

**Zeitschrift:** Palliative.ch : Zeitschrift der schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung = revue de la Société suisse de médecine et de soins palliatifs = rivista della Società svizzera di medicina e cure palliative

**Herausgeber:** Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

**Band:** - (2004)

**Heft:** 4: On the way to quality

**Artikel:** Qualité en soins palliatifs : une expérience belge = Qualität in Palliative Care - eine Erfahrung aus Belgien (Zusammenfassung) = Qualità in cure palliative : una esperienza belga (Riassunto)

**Autor:** Desmedt, Marianne

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-1091946>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 25.04.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

Dans la première partie de cet article, l'auteur expose brièvement quelques principes théoriques, avant de relater dans la seconde ses expériences dans le cadre de

l'hôpital régional de la province de Liège. L'auteur est directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège. Il a été directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège pendant 10 ans. Il a été directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège pendant 10 ans. Il a été directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège pendant 10 ans.

de l'hôpital régional de la province de Liège. L'auteur est directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège. Il a été directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège pendant 10 ans.

de l'hôpital régional de la province de Liège. L'auteur est directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège. Il a été directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège pendant 10 ans.

de l'hôpital régional de la province de Liège. L'auteur est directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège. Il a été directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège pendant 10 ans.

de l'hôpital régional de la province de Liège. L'auteur est directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège. Il a été directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège pendant 10 ans.

de l'hôpital régional de la province de Liège. L'auteur est directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège. Il a été directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège pendant 10 ans.

de l'hôpital régional de la province de Liège. L'auteur est directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège. Il a été directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège pendant 10 ans.

de l'hôpital régional de la province de Liège. L'auteur est directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège. Il a été directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège pendant 10 ans.

de l'hôpital régional de la province de Liège. L'auteur est directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège. Il a été directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège pendant 10 ans.

de l'hôpital régional de la province de Liège. L'auteur est directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège. Il a été directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège pendant 10 ans.

de l'hôpital régional de la province de Liège. L'auteur est directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège. Il a été directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège pendant 10 ans.

de l'hôpital régional de la province de Liège. L'auteur est directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège. Il a été directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège pendant 10 ans.

de l'hôpital régional de la province de Liège. L'auteur est directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège. Il a été directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège pendant 10 ans.

de l'hôpital régional de la province de Liège. L'auteur est directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège. Il a été directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège pendant 10 ans.

de l'hôpital régional de la province de Liège. L'auteur est directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège. Il a été directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège pendant 10 ans.

de l'hôpital régional de la province de Liège. L'auteur est directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège. Il a été directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège pendant 10 ans.

de l'hôpital régional de la province de Liège. L'auteur est directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège. Il a été directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège pendant 10 ans.

de l'hôpital régional de la province de Liège. L'auteur est directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège. Il a été directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège pendant 10 ans.

de l'hôpital régional de la province de Liège. L'auteur est directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège. Il a été directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège pendant 10 ans.

de l'hôpital régional de la province de Liège. L'auteur est directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège. Il a été directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège pendant 10 ans.

de l'hôpital régional de la province de Liège. L'auteur est directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège. Il a été directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège pendant 10 ans.

de l'hôpital régional de la province de Liège. L'auteur est directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège. Il a été directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège pendant 10 ans.

de l'hôpital régional de la province de Liège. L'auteur est directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège. Il a été directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège pendant 10 ans.

de l'hôpital régional de la province de Liège. L'auteur est directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège. Il a été directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège pendant 10 ans.

de l'hôpital régional de la province de Liège. L'auteur est directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège. Il a été directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège pendant 10 ans.

de l'hôpital régional de la province de Liège. L'auteur est directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège. Il a été directeur de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital régional de la province de Liège pendant 10 ans.

dichiarato disponibile. Essendo egli stesso nella direzione ospedaliera e quindi committente, ha svolto una funzione di collegamento fra la direzione e la gestione del progetto. In prosieguo di tempo abbiamo constatato quanto sarebbe stata utile la presenza di un medico nella gestione del progetto.

I procedimenti e gli standards elaborati nel gruppo del progetto sono stati resi praticamente operanti mediante quattro provvedimenti.

### 1. Responsabili delle tematiche

Nel contesto della gestione della qualità dell'intera istituzione, gli attuali componenti del gruppo del progetto sono i cosiddetti responsabili delle tematiche di cure palliative nei loro servizi e rispettivamente nel loro ambito. Essi rappresentano figure di riferimento per problemi specialistici, danno informazioni e propongono innovazioni nel team, introducono nuovi collaboratori nella tematica, coadiuvano all'elaborazione di mezzi ausiliari, portano innanzi i quesiti e svolgono così la funzione di moltiplicatori.

### 2. Aggiornamento

Quale struttura interdisciplinare, per prima cosa abbiamo organizzato nel gruppo del progetto un aggiornamento sui concetti basilari delle cure palliative della durata di due giorni allo scopo di riflettere sul concetto di palliazione.

### 3. Mezzi ausiliari

Accanto ai principi della qualità fissati nel nostro concetto ed allo svolgimento del processo, abbiamo elaborato diversi mezzi ausiliari e strumenti accessibili a tutti i collaboratori.

### 4. Garanzia di qualità

La qualità del nostro operato viene, tra l'altro, verificata per mezzo di interviste telefoniche ai pazienti ed ai loro familiari. Accanto ad una inchiesta regolare sull'operato dei nostri collaboratori, le risposte ci offrono molte importanti informazioni retrospettive sul nostro lavoro.

«Je ne sais pas ce qu'est la qualité des soins, mais je m'en aperçois quand je ne la vois pas.»<sup>1</sup> J'ai choisi d'entamer mon exposé par cette phrase parce qu'elle marque la difficulté mais surtout la nécessité de se préoccuper de la qualité des soins et des services que nous proposons.

Dr. Marianne Desmedt

## Qualité en soins palliatifs: une expérience belge

### Qualité? Qualité!

Le terme «qualité» est tellement répandu qu'il semble tomber sous le sens. La qualité donne la valeur d'une personne, d'une chose, d'un service. Elle peut être mauvaise, partielle ou bonne. Elle est palpable au premier contact. Mais si l'on tente de mieux la cerner, elle est évasive, variant dans le temps, l'espace, suivant les points de vue et les personnes.

Lorsqu'on se hasarde à l'appliquer au domaine des soins palliatifs, elle suscite bon nombre d'interrogations:

- Est-il possible d'évaluer, de mesurer la qualité d'un soin ou d'un service lorsqu'il procède d'une rencontre singulière, d'un accompagnement centré sur l'unicité de la personne?
- Comment quantifier le «produit vendu» s'il s'agit de confort, bien être ou qualité de vie?
- N'est-ce pas prématuré de se lancer dans une telle démarche alors que le contenu de notre discipline fait toujours l'objet de discussions?

En Belgique, malgré ce questionnement, certaines démarches «qualité» ont été entreprises.

Pour trois motifs:

- Premièrement, pour un motif économique. Le dispositif législatif belge nous a obligé à mettre en place une politique d'évaluation de notre pratique professionnelle. Sans cela, il n'est plus possible d'obtenir de financement.
- Deuxièmement, parce que les soins palliatifs sont en quête de crédibilité, de légitimité. Depuis quelques années, nous n'avons plus à faire connaître notre discipline mais à démontrer sa fiabilité et à prouver son efficacité.
- Troisième motif et non des moindres sur le plan éthique, parce qu'en tant que professionnel de la santé, nous nous devons d'évaluer la qualité des soins que nous prodiguons, pour les améliorer et proposer au patient la meilleure prise en charge possible.
- S'ajoute à cela, le fait qu'une démarche qualité donne confiance à celui qui y participe en valorisant le travail accompli, en apportant la preuve des progrès réalisés.

### Le cadre légal en Belgique

Une première démarche, obligatoire et assez simple, concerne les services de soins palliatifs qui souhaitent être agréés par l'état belge. Ils doivent démontrer à l'aide de différents indicateurs qu'ils répondent aux normes fixées dans un référentiel légal. Voici, par exemple, quelques normes auxquelles doivent se conformer les équipes de soins palliatifs à domicile.

- Disposer d'un personnel multidisciplinaire
- Disposer d'un local de réunion
- Organiser une réunion d'équipe hebdomadaire
- Tenir un dossier multidisciplinaire
- Obtenir l'accord du médecin de famille avant toute intervention
- Être en contact régulier avec l'équipe soignante de 1ère ligne
- Être disponible 24 h sur 24 pour l'équipe soignante de 1ère ligne.

**Cette approche a le mérite d'exister mais elle a ses limites.**

- Première limite: elle est axée sur la structure et le processus du soin ou du service, pas sur le résultat obtenu. Je m'explique: la composition pluridisciplinaire de l'équipe, la mise à disposition d'un local de rencontre, l'utilisation d'un dossier de soins unique et l'organisation d'une réunion hebdomadaire sont quatre éléments indispensables à un suivi global du patient mais ils n'en garantissent pas l'existence. Autre exemple: ce n'est pas parce que le médecin de famille permet à l'équipe d'accompagnement d'intervenir, qu'elle le contacte et se tient à sa disposition 24 heures sur 24 que le soutien qu'elle lui propose sera de qualité.
- Deuxième limite: ce type d'approche n'est pas très dynamique. Le soignant vérifie si le service qu'il offre est conforme au référentiel. Si tel est le cas, il peut s'en satisfaire et en rester là. En réalité, il devrait profiter de la démarche pour repérer les points faibles et tenter d'y remédier. Certaines équipes ont franchi ce pas, à titre individuel. Je vous présenterai le travail de l'une d'elles.

**Interface**

Interface est une équipe de soins palliatifs de la région bruxelloise. Elle vise à préserver le confort des patients en fin de vie, séjournant à domicile, dans un esprit de complémentarité et de collaboration avec l'équipe soignante de 1ère ligne. Interface a été agréée en octobre 1999. En 2000, pour conserver son agrément, elle se conforme au dispositif légal et enregistre son activité. A cette époque, elle prend en charge un peu plus de cent patients par an. Leur durée médiane de suivi atteint 4 semaines et le nombre de visites effectuées par les membres de l'équipe chez chacun d'eux est, en moyenne, de 8,7.

Interface intervient en deuxième ligne, c'est-à-dire en plus du médecin de famille et des autres soignants de 1ère ligne. En 2000, elle côtoie une petite centaine de médecins généralistes différents, une septantaine d'infirmières, une trentaine de kinésithérapeutes et toute une série d'autres professionnels de la santé (aides familiales, assistants sociaux, gardes malades, ergothérapeutes...), de façon plus ponctuelle. Comme le prévoit le référentiel, elle enregistre le nombre de contacts établis avec chacun d'eux: en moyenne, 5 contacts par patient dont 3 avec le médecin de famille et 1,5 à l'initiative de l'équipe de 1ère ligne.

Ces chiffres ont surpris et interpellé l'équipe parce qu'ils étaient inférieurs à ceux rapportés par d'autres équipes. De plus, le vécu des infirmières et du médecin d'Interface à l'égard du contenu des quelques contacts établis avec les soignants de 1ère ligne n'était guère satisfaisant. Cela a décidé Interface à évaluer la qualité du soutien qu'elle proposait aux soignants de 1ère ligne. Plus précisément au médecin de famille, parce qu'il est la clé de voûte des soins prodigués à domicile. Aucun traitement, aucun projet de soins n'est modifié sans avoir obtenu son approbation.

**Conditions préalables à une démarche «qualité»**

Pour se donner toutes les chances de mener à bien le projet, il fallait, à ce stade de la démarche, remplir trois conditions:

- L'engagement personnel du responsable d'équipe. Il a dû vérifier si l'objectif retenu était bien compatible avec les orientations stratégiques du service, s'il disposait de ressources suffisantes pour conduire l'évaluation et s'il existait des solutions raisonnables pour pallier aux déficits qui inévitablement seraient mis en évidence.
- L'adhésion de toute l'équipe. Les membres d'Interface ont dû s'approprier, le plus tôt possible, l'objectif qualité. Il a été discuté et défini en leur présence. Tous l'ont compris et accepté.
- L'attribution d'une fonction «leadership» à un membre de l'équipe. Cette personne devait avoir une vision claire du développement du projet. Elle devait être capable de la communiquer et de mobiliser ses collègues dans sa mise en œuvre opérationnelle.

**Questionnaire sur la satisfaction des médecins de famille**

Pour mesurer la qualité du soutien qu'elle offrait aux médecins de famille, Interface a décidé de réaliser une enquête de satisfaction. Elle a rédigé un questionnaire écrit destiné à être adressé aux médecins, par voie postale, dès la fin du suivi de chaque patient. Ce questionnaire sondait leur degré de satisfaction globale à l'égard du soutien qu'ils avaient reçu et les interrogeait plus précisément sur son efficacité, son accessibilité et son adéquation.

La mise à disposition et la rapidité d'intervention de l'équipe Interface, la compétence et le support pratique proposés, la façon dont elle respecte le rôle du médecin de famille et celle dont elle communique avec lui ont été explorés par une vingtaine d'items. Chacun donnait lieu à une réponse sur une échelle d'accord graduée en cinq points (1 pour pas du tout d'accord, 2 pour pas d'accord, 3 pour neutre, 4 pour d'accord et 5 pour tout à fait d'accord) Deux items supplémentaires, ouverts, permettaient aux médecins de s'exprimer plus librement, notamment à propos d'attentes qui n'auraient pas été explorées ou rencontrées.

Deux questions se posent à propos de ce questionnaire et de son élaboration: Premièrement, le degré de satisfaction du médecin de famille reflète-t-il bien la qualité du

soutien que lui offre l'équipe Interface? Oui mais dans ce cas, il faut distinguer 4 types de qualité:

- la qualité voulue, formulée sous forme de critères explicites
- la qualité attendue qui se construit autour des besoins du médecin traitant et de son expérience antérieure dans le système de soins
- la qualité perçue, celle qu'expérimente le médecin et qui dépend à la fois de la qualité attendue et de la qualité délivrée
- la qualité délivrée, celle que reçoit effectivement le médecin.

La prise en compte de la satisfaction permet de réduire l'écart de conception (qualité attendue - qualité voulue), l'écart de perception (qualité perçue - qualité délivrée) et l'écart de satisfaction (qualité perçue - qualité attendue). L'écart de délivrance (qualité délivrée - qualité voulue) est du domaine de la recherche de conformité.

La deuxième question concerne l'outil utilisé. Un questionnaire de satisfaction a été créé, testé et réajusté par l'équipe. N'était-il pas préférable de recourir à un outil déjà validé?

Certainement, mais l'équipe n'a pas trouvé l'outil dont elle avait besoin. En dehors des questionnaires qui mesurent le degré de contrôle des symptômes, le confort ou la qualité de vie, il n'y a quasiment aucun outil adapté au domaine spécifique de la fin de vie. Quelques questionnaires analysent la satisfaction des patients (QUEST...) ou des proches (FAMCARE ...) mais ils sont rares et non validés en français. S'ajoute à cela que le fait que le concept «satisfaction» est tellement influencé par les expériences passées et les valeurs de chacun que la plupart des enquêtes de satisfaction ont été élaborées après avoir exploré les attentes spécifiques des clients.

Interface a exploré celles des médecins de famille en prenant connaissance des publications qui traitaient du sujet et en analysant, de façon structurée, leurs comportements et leurs réactions positives ou négatives (analyse des réclamations...) à l'égard du soutien qu'elle leur avait offert. Ce travail préliminaire mais indispensable a permis d'identifier parmi les différentes composantes de la qualité celles qui intéressaient particulièrement le médecin de famille. L'efficacité qui présume du rapport entre le résultat obtenu et l'objectif souhaité, l'accessibilité qui vérifie si le service a été dispensé au bon moment et au bon endroit et l'adéquation qui s'assure que le service répond bien aux besoins de la population visée ont servi de base à l'élaboration du questionnaire.

### Les résultats

Revenons à l'enquête et à l'analyse de ses résultats. Les données de 50 questionnaires (50/97 - 51%) ont pu être traitées. Un indice de satisfaction et un degré d'importance ont été établis pour chaque item:

- L'indice de satisfaction a été calculé en attribuant une valeur chiffrée de 0 à 10 à chaque graduation de

l'échelle d'accord (10 pour tout à fait d'accord, 7 pour d'accord, 5 pour neutre, 3 pour pas d'accord et 0 pour pas du tout d'accord) et en effectuant la moyenne des indices individuels.

- Le degré d'importance correspond au degré de corrélation entre l'indice de satisfaction accordé à chaque item et l'indice de satisfaction globale. Il a été indicé à 100.

Voici les résultats: Les médecins de famille se sont déclarés globalement satisfaits du soutien que leur apportait Interface: l'indice de satisfaction globale a été calculé 8.6. Ils ont attribué les indices de satisfaction les plus élevés aux items qui mesuraient la compétence, le support pratique, la mise à disposition et la rapidité d'intervention de l'équipe avec une note de 9.1 pour l'apport de matériel spécialisé, 8.9 pour la compétence technique et 8.8 pour le support médical. Les indices de satisfaction les plus bas concernaient la plupart des items traitant de la communication et du respect de leur rôle: 7,5 pour l'information portant sur le suivi par l'équipe, 7,6 pour l'information portant sur le fonctionnement de l'équipe et 7,8 pour la reconnaissance de leur rôle en tant que responsable des soins.

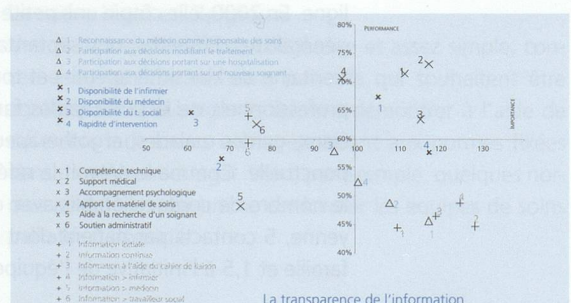
Lorsqu'on s'intéresse au degré d'importance, on découvre que les médecins accordent une grande d'importance à plusieurs items dont ils ne sont pas satisfaits: 128 pour l'information portant sur le suivi par l'équipe, 117 pour la reconnaissance de leur rôle et 110 pour l'information portant sur le fonctionnement de l'équipe.

La transparence de l'information est un principe fort de la qualité. Il était important à ce stade de la démarche de communiquer à tous les membres de l'équipe les résultats de l'enquête de façon claire et concise. Ils ont été présentés sous la forme d'un graphique (fig.1):

- le degré d'importance a été rapporté en abscisse et le taux de performance (le pourcentage des médecins tout à fait satisfaits) en ordonnée.
- Les axes ont été croisés, de façon arbitraire, aux points 100 (moyenne des corrélations) et 60 (60% de médecins «tout à fait d'accord»)

Cela a permis de rassembler dans le quadrant supérieur droit les items jugés importants et performants, dans le quadrant supérieur gauche les items peu importants et performants, dans le quadrant inférieur droit les items importants et peu performants et dans le quadrant inférieur gauche les items peu importants et peu performants.

Fig. 1, La transparence de l'information



### L'enquête auprès de l'équipe

Un deuxième principe indispensable à respecter pour mener à terme un projet qualité est l'engagement de tous les membres du service. Pour s'assurer de ce point, un questionnaire miroir a été rempli par les soignants d'Interface avant qu'ils n'aient pris connaissance de l'opinion du médecin de famille. Il explorait, à l'aide de 9 items, la perception qu'ils avaient à l'égard de la satisfaction du médecin.

Les résultats ont surpris mais aussi motivé tous les membres de l'équipe. Ils ont découvert qu'ils sous-estimaient largement le degré de satisfaction global du médecin de famille (6,9) et se méprenaient sur l'importance qu'il accordait à certaines dimensions du soutien. Les soignants d'Interface sous-estimaient l'importance que le médecin accordait à la communication et au respect de son rôle et surestimaient l'importance qu'il accordait à l'accompagnement psychologique.

### Conséquences

Après avoir pris connaissance et tiré conclusion de ces résultats, Interface a mis en place une série d'actions correctives visant à mieux informer et mieux respecter le rôle du médecin de famille. Pour cela, l'équipe a travaillé en trois temps. Elle a d'abord fait une analyse structurée de ses interventions auprès du médecin traitant. Elle a tenté d'en identifier les dysfonctionnements puis, les a rectifiés en établissant de nouvelles procédures.

- Il est devenu obligatoire, avant toute nouvelle prise en charge, de contacter le médecin de famille par téléphone afin de clarifier la fonction d'Interface et de fixer avec lui les modalités de collaboration.
- Il a également été prévu de le contacter systématiquement lorsqu'Interface envisageait de modifier le traitement, d'hospitaliser le malade ou d'élargir l'équipe soignante de 1ère ligne, quelle que soit la nature ou l'importance du changement.

Après avoir apporté ces corrections, pour s'assurer de leurs résultats, Interface a lancé une deuxième enquête de satisfaction. Les données de 56 questionnaires (56/109 – 51%) ont été analysées. L'indice de satisfaction global a progressé favorablement (-il est passé d'une valeur de 8.6 à une valeur de 8.9-) de même que la plupart des indices liés à la communication et au respect du rôle.

### Conclusions

La qualité d'un service peut être évaluée en terme de structure, c'est à dire d'équipement, de ressources humaines, financières et de logistique. Elle est liée, dans la démarche d'Interface, à l'organisation d'une permanence médicale et infirmière, à la mise à disposition de téléphones portables et à l'utilisation d'un cahier de liaison. Mais il est préférable de se centrer sur le processus et le résultat car on ne peut présumer de la qualité d'un service sur le seul fait qu'on est capable de le dispenser. Chaque service est constitué d'une série d'étapes dont la succession aboutit

à un résultat final. Ce dernier devrait, idéalement, rendre compte de la capacité d'action du service. Mais cela ne va pas de soi, pour les raisons suivantes:

- Primo, dans le domaine de la santé, nous n'avons pas l'obligation de fournir un produit fini de qualité mais bien celle de tout mettre en œuvre pour y parvenir.
- Secundo, le résultat final peut être influencé par une série de facteurs intercurrents sur lesquels nous n'avons pas prise (par exemple, l'insatisfaction du médecin traitant à l'égard d'un soignant de l'équipe de 1ère ligne santé ou de l'institution dont dépend l'équipe Interface).

Tout cela incite à considérer en plus du résultat final (outcome) des résultats intermédiaires (output) qui mesurent les conséquences de chaque étape du processus. Dans le cas d'Interface, il était intéressant de comparer la progression de l'indice de satisfaction et le nombre de contacts établis avec les médecins.

Après avoir eu connaissance des résultats de la deuxième enquête, Interface a renforcé les actions correctives qu'elle avait mises en place et raccourci le questionnaire de satisfaction afin de pouvoir l'utiliser en routine. L'indice de satisfaction global des médecins de famille a continué à progresser (9.2), dépassant largement le seuil d'excellence fixé arbitrairement à 8.8 (60% de médecins tout à fait satisfaits et 40% de médecins satisfaits). Les autres indices ont également continué à évoluer de façon favorable, avec l'enregistrement d'une différence significative entre les résultats de la première enquête et celle-ci.

Le type de démarche mise en œuvre par Interface repose sur l'idée que la qualité peut continuellement être améliorée. Deming<sup>2</sup> l'a décrite comme une roue comportant quatre temps:

- le temps «plan» pour établir une politique «qualité», fixer des objectifs et les moyens pour les atteindre
- le temps «do» pour réaliser ce qui a été prévu
- le temps «check» pour contrôler les résultats et mesurer les avancées
- le temps «act» pour réduire les écarts et faire évoluer les objectifs

Finalement, je dirais qu'il y a dans le type de démarche que je vous ai présenté une vision d'avenir. Cela lui confère un caractère enthousiasmant et extrêmement porteur.

### Adresse de l'auteur:

Marianne.Desmedt.@onco.ucl.ac.be

1 Orlikoff JE, Totten MK, The board's role in quality care: a practical guide for hospital trustees. Chicago, 1991, American Hospital Publishing  
2 Chardonnet A., Thibaudon D., Le guide du PDCA de Deming: progrès continu et management, Ed. d Organisation, 2002, 368 p.

«Ich weiss nicht, was Qualität in der Pflege genau bedeutet, aber ich merke es, wenn sie fehlt.» (Orlikoff, Totten). Dieser Satz weist sowohl auf die Schwierigkeit als vor allem auch auf die Notwendigkeit hin, sich in der Pflege und unseren übrigen Leistungen um die Qualität zu kümmern.

Dr. Marianne Desmedt

## Qualität in Palliative Care – eine Erfahrung aus Belgien

(Zusammenfassung)

### Interface

Interface ist ein Palliative Care-Team in der Region von Brüssel. Im Jahr 2000 hatte es Interface mit knapp hundert Hausärzten, etwa siebzig Pflegefachleuten, rund dreissig Physiotherapeuten und mit Angehörigen einer ganzen Reihe anderer Berufe zu tun. Interface dokumentierte jeden Kontakt mit ihnen. Im Mittel waren es fünf Kontakte pro Patient, davon drei mit dem Hausarzt. 1,5 Kontakte kamen auf Initiative des Teams vor Ort zustande.

Diese Zahlen haben das Team überrascht, weil sie niedriger waren als jene anderer Teams. Dies hat Interface dazu bewogen, die Qualität der Unterstützung, die es den Hausärzten anbietet, zu evaluieren.

### Ein Fragebogen zur Zufriedenheit der Hausärzte

Um die Qualität dieser Unterstützung zu messen, hat Interface beschlossen, eine Umfrage über deren Zufriedenheit zu machen. Vorerst wurde ein Fragebogen geschaffen, der den Ärzten gleich nach Beendigung jeder Begleitung zugestellt wurde. In rund zwanzig Items fragte er nach der allgemeinen Zufriedenheit mit der erhaltenen Unterstützung und genauer noch nach ihrer Effektivität, nach ihrer Zugänglichkeit und ihrer Angemessenheit.

### Die Resultate

Es konnten die Antworten von 50 Fragebogen (50 von 97 = 51%) ausgewertet werden. Die Hausärzte erklärten sich mit der von Interface gelieferten Unterstützung im Allgemeinen zufrieden. Der Index der Gesamtzufriedenheit erreichte 8,6. Dabei wurden den Fragen, die die Kompetenz, die praktische Hilfe, die angebotenen Hilfsmittel und die Kurzfristigkeit der Interventionen betreffen, die höchsten Indizes zugeordnet, nämlich 9,1 für das Angebot spezialisierter Hilfsmittel und 8,8 für den medizinischen Support. Die tiefsten Indizes bekamen die Fragen zur Kommunikation und zur Anerkennung der Rolle des Hausarztes.

### Die Umfrage beim Team

Um das Engagement aller Teammitglieder sicherzustellen, haben die Pflegenden noch bevor sie von der Meinung der Hausärzte Kenntnis hatten, in einer Spiegel-Umfrage ebenfalls einen Fragebogen beantwortet. Die Resultate haben alle Teammitglieder sowohl überrascht als auch mo-

tiviert. So entdeckten sie, dass sie die Gesamtzufriedenheit der Hausärzte weit unterschätzt hatten. Sie unterschätzten aber auch die Wichtigkeit, die die Ärzte der Kommunikation und der Anerkennung ihrer Rolle zusprachen.

### Konsequenzen und Schlussfolgerungen

Nachdem Interface von diesen Resultaten und ihrer Auswertung Kenntnis genommen hatte, wurden einige korrigierende Massnahmen beschlossen:

- Es ist vor jeder Begleitung obligatorisch geworden, telefonisch mit dem Hausarzt Kontakt aufzunehmen, um die Funktionsweise von Interface zu erklären und mit ihm die Modalitäten der Zusammenarbeit festzulegen.
- Auch wurde beschlossen mit dem Hausarzt systematisch Kontakt aufzunehmen, wenn Interface eine Änderung der Behandlung, eine Spitaleinweisung oder eine Erweiterung des Pflegeteams vor Ort vorsieht.

Nach diesen Massnahmen hat Interface zur Kontrolle von deren Auswirkungen eine zweite Umfrage gemacht. Der Index der Gesamtzufriedenheit hat sich dabei positiv entwickelt, ebenso wie die meisten Indizes, die mit der Kommunikation und der Anerkennung der Rolle des Hausarztes zu tun haben. Nachdem Interface von den Resultaten der zweiten Umfrage Kenntnis genommen hatte, wurden die beschlossenen Massnahmen noch verstärkt und der Fragebogen so verkürzt, dass er auch routinemässig angewandt werden kann. Inzwischen ist der Index der Gesamtzufriedenheit der Hausärzte noch weiter gestiegen und hat den ursprünglich angesetzten Zielwert weit übertroffen.

In dieser Art von Prozess ist auch eine Zukunftsvision mitenthalten. Dies gibt ihm einen begeisternden und äusserst durchtragenden Charakter.

«Non so cosa sia la qualità delle cure, però me ne accorgo quando non la vedo» (Orlinkoff, Tootten). Questa frase rivela la difficoltà ma soprattutto la necessità di preoccuparci della qualità delle cure e dei servizi che proponiamo.

Dr. Marianne Desmedt

## Qualità in cure palliative: una esperienza belga

(Riassunto)

### Interface

Interface è una équipe di cure palliative della regione di Bruxelles. Nel 2000, essa affianca quasi un centinaio di medici generici, una settantina d'infermiere e una serie di altri operatori sanitari. Registra il numero di contatti stabiliti con ciascuno di essi: in media, 5 contatti per paziente di cui 3 con il medico di famiglia e 1,5 a favore dell'équipe di prima linea. L'équipe ha ritenuto queste cifre sorprendenti poiché inferiori a quelle riferite da altre équipes. Per cui Interface ha deciso di valutare la qualità del sostegno offerto al medico di famiglia.

### Questionario riguardante il grado di soddisfazione dei medici di famiglia

Per valutare la qualità del sostegno offerto ai medici di famiglia, Interface ha proceduto ad una inchiesta allestendo un questionario destinato ad essi alla fine dell'accompagnamento di ogni paziente. Il questionario, comprendente una ventina di punti, sondava il loro grado di soddisfazione globale riguardo al sostegno ricevuto e li interrogava con maggiore precisione sulle sue efficacia, accessibilità e adattamento.

### Risultati

Si sono potuti trattare i dati di 50 questionari (50/97-51%). I medici di famiglia si sono dichiarati sostanzialmente soddisfatti del sostegno apportato da Interface; l'indice di soddisfazione globale è stato calcolato dell'8,6. Essi hanno attribuito gli indici di maggiore soddisfazione ai punti che valutavano la competenza, il supporto pratico, la disponibilità e la rapidità d'intervento dell'équipe. Gli indici più bassi concernevano la maggior parte dei punti riguardanti la comunicazione e il rispetto del loro ruolo.

### L'inchiesta nell'équipe

Per assicurarsi dell'impegno di tutti i componenti del servizio, un questionario speculare è stato compilato dai curanti d'Interface prima di avere preso conoscenza dell'opinione del medico di famiglia. I risultati hanno sorpreso ma anche motivato tutti i componenti dell'équipe. Essi hanno scoperto di sottostimare in larga misura il grado di soddisfazione globale del medico di famiglia e l'importanza che questi attribuisce alla comunicazione e al rispetto del suo ruolo e di sovrastimare l'importanza attribuita all'accompagnamento psicologico.

### Conseguenze e conclusione

Dopo avere preso conoscenza dei risultati ed averne tratto una conclusione, Interface ha adottato una serie di misure correttive:

- E' stato reso obbligatorio, prima di ogni nuova presa a carico, di contattare il medico di famiglia al fine di chiarire il ruolo di Interface e di stabilire con lo stesso le modalità di collaborazione.
- E' pure stato previsto di contattarlo sistematicamente quando Interface intenda modificare il trattamento, ospedalizzare il malato o incrementare l'équipe curante di prima linea.

Introdotti questi correttivi e per assicurarsi dei risultati, Interface ha proceduto a una seconda inchiesta sul grado di soddisfazione. L'indice di soddisfazione globale ha progredito in misura soddisfacente come pure la maggior parte degli indici della comunicazione e del rispetto del ruolo.

Preso atto dei risultati della seconda inchiesta, Interface ha rafforzato le misure correttive messe in atto e snellito il questionario sul grado di soddisfazione per un impiego di routine.

L'indice di soddisfazione globale dei medici di famiglia non ha cessato di progredire, oltrepassando di gran lunga la soglia di eccellenza fissata arbitrariamente. Questo modo di procedere contiene una visione d'avvenire e questo gli conferisce un carattere entusiasmante e molto promettente.