

12 mai 2009 : **la qualité de proximité, fondements méthodologiques**

Journée d'échanges pratiques et d'apports techniques sur « la qualité de proximité ».

La rencontre s'est déroulée comme suit :

Thèmes & objectifs	Intervenants
<p>Matin : mise en situation en trois sous-groupes, apports théoriques sur les difficultés rencontrées, conseils pratiques en termes de méthodologie, attitudes, formalisme, posture pratique, relationnel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chaque sous-groupe décrit précisément une situation problème, liste les améliorations possibles, se projette un an plus tard et explique pourquoi cela n'a pas bougé • Apport sur la pensée positive, sur la dynamique de l'amélioration rapide de la qualité et sur le support de travail et de communication • Un exemple <p>Après-midi : travaux en sous-groupes sur 3 situations pratiques, réalisation des posters* de conduite du chantier de progrès puis mise en commun et conseils</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conseils méthodologiques ; • Conseils de management pour la résolution des petits problèmes dans la dynamique d'établissement ; • La communication de proximité : utilisation du poster dans la dynamique et sa pérennisation <p>Plan d'action personnel (chaque participant)</p>	<p>Co-animation : Catherine Barette, Christophe Geisler, Alain Brailon</p> <p>Il s'agit de modifier notre regard de qualicien et de soignants tant sur le plan théorique que pratique :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>pourquoi il ne faut pas reproduire sur le terrain les outils, la méthodologie et l'approche qui prévaut au global,</i> 2) <i>pourquoi il faut une attitude et une psychologie différente</i> 3) <i>comment il faut s'appuyer sur le manque de temps et de ressource pour produire simplifier les décisions, accélérer la mise en œuvre et multiplier les petits résultats remarquables</i> <p>Merci à Georges Maguerez, auteur de <i>L'amélioration rapide de la qualité en établissement de soins</i> dont les principes ont été partagés au cours de cette journée.</p>

*Un compte rendu détaillé a été rédigé par Anaba Andela-Assomo (voir le pdf sur le site avec les documents associés et les photos des posters)

Plusieurs participants vont mettre en œuvre un ou plusieurs programmes d'amélioration rapide de la qualité de proximité et nous nous retrouverons pour la rencontre d'approfondissement suivante :

22 octobre 2009 : **la qualité de proximité, fondements managériaux et stratégiques**

* Précisions : www.afqho.fr - Contacts, renseignements : Alain Miquel ou Christophe Geisler : 01 45 46 19 00 // // // // afqho@atefo.fr

Présidente : Catherine Barette : Responsable qualité du Val de Grâce // // // // catherine.barette@wanadoo.fr ; Lettre électronique gratuite : AFQHO Info - Animateur : Dr Alain Brailon, CHU d'Amiens // // // // diffusion : robillart.helene@chu-amiens.fr

L'amélioration rapide de la qualité ... dans les établissements sanitaires et médicaux-sociaux

Dr Georges Maguerez, ENSP Editions, 2005

Le modèle théorique est... très pratique, très collaboratif

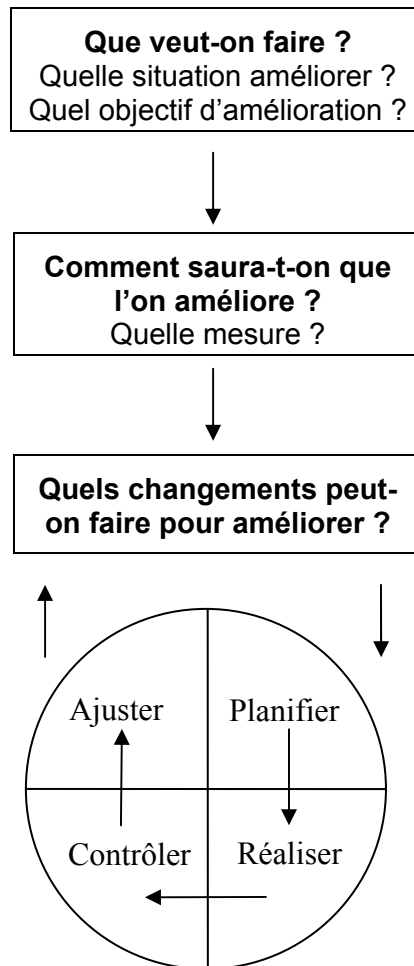


Schéma général de la démarche

→ Le modèle d'amélioration rapide de la qualité **économise du temps** sur la phase étude et le processus de décision. C'est « un art tout d'exécution ». Point de formalisme inutile. Juste le minimum pour : savoir de quoi on parle, suivre le projet, mesurer le progrès et communiquer en retour. Une fiche ou un panneau ou une feuille de paperboard suffit.

→ Les conditions de réussite sont avant tout un **état d'esprit** et une **méthodologie de travail en groupe**. Les maîtres mots sont « **collaboratif** », « **compétences** », « **visibilité** », « **simplicité** », « **pragmatisme** », « **rapidité** » et... « **dynamique de groupe** ». On est sur le terrain, avec les parties prenantes impliquées !

→ A partir de la méthode et avec l'expérience acquise réussite après réussite, **chaque entité développe son propre modèle**.

→ **Le plus important, c'est l'amélioration**, pas la méthode, pas l'apprentissage.

* Précisions : www.afqho.fr - Contacts, renseignements : Alain Miquel ou Christophe Geisler : 01 45 46 19 00 // // // afqho@atefo.fr

Présidente : Catherine Barette : Responsable qualité du Val de Grâce // // // catherine.barette@wanadoo.fr ;

Lettre électronique gratuite : AFQHO Info - Animateur : Dr Alain Braillon, CHU d'Amiens // // // // diffusion : robillart.helene@chu-amiens.fr

Une approche pragmatique, simple, simple, simple !

Une méthodologie EPP allégée, en quelque sorte, mais avec un état d'esprit et une dynamique humaine bien plus forts. Exemple :

Premier récit

Cette nuit, le vent a soufflé très fort. Au matin, sur la route qui mène à l'hôpital, on peut voir des arbres couchés et de nombreuses branches cassées. A l'entrée de l'hôpital, sur les marches d'accès, un arbuste est couché, renversé par le vent. Heureusement, le pot n'est pas cassé. Pendant toute la journée, tout le monde ne fait que parler de la tempête. Le soir, en partant, en voyant le petit arbre couché, vous vous dites que la journée n'a pas dû être facile pour le personnel de la maintenance. Il faudra sans doute plusieurs jours pour réparer tous les dégâts. D'ailleurs, le lendemain, en arrivant à l'hôpital, le petit arbre de l'entrée est toujours couché. Le soir aussi d'ailleurs, ce qui fait un peu désordre. Le jour suivant, en voyant cet arbuste toujours au même endroit, ce n'est plus à la tempête que vous pensez mais à l'image peu reluisante qu'il donne de l'établissement. Décidément, l'équipe de maintenance n'a pas l'air trop pressée... Ce sont sans doute les mêmes employés qui doivent venir installer une nouvelle étagère dans votre bureau : le petit arbre risque d'attendre longtemps. D'ailleurs, il n'y a pas que vous, tout le monde parle des problèmes de maintenance. Ils ne font vraiment rien. Il faudra faire une réunion sur le sujet.

Second récit

Cette nuit, le vent a soufflé très fort. Au matin, sur la route qui mène à l'hôpital, on peut voir des arbres couchés et de nombreuses branches cassées. A l'entrée de l'hôpital, sur les marches d'accès, un arbuste est couché, renversé par le vent. Heureusement, le pot n'est pas cassé. Vous relevez le petit arbre. Pendant la journée, tout le monde ne fait que parler de la tempête. Le soir en partant, vous êtes de bonne humeur et vous ne savez pas pourquoi.

Voilà. C'est aussi simple que ça : l'amélioration commence avec l'envie de mieux faire face à une situation. Pas besoin de rapport : souvent, les problèmes sont nombreux et visibles. Ce ne sont pas les situations à améliorer qui manquent, c'est l'envie de changer les choses.

→ Améliorer veut dire « changer quelque chose » et par conséquent réclame un effort. Commencez donc par faire vous-même cet effort avant de le demander aux autres.

→ Commencez par leur donner envie, quel que soit le sujet. Partez d'un problème, celui que les participants auront choisi, pas de celui que vous avez identifié. C'est **leur choix**, pas le vôtre. Ce point est capital.

→ A priori, « régler un problème », ça commence par analyse les causes. Eh bien non ! Améliorer, c'est autre chose, c'est chercher à mieux faire. Observez d'abord la situation. Restez naïf, ouvert à toute idée nouvelle. Quand on décide d'améliorer, on ne connaît pas le résultat, on sait seulement une chose : la situation devrait être meilleure. Ceci distingue l'amélioration rapide de la qualité d'avec la résolution de problème. Certains problèmes peuvent être extrêmement longs à traiter.

On peut citer de nombreux exemples d'objectifs d'amélioration :

- Un meilleur accueil du patient ;
- Des patients plus satisfaits de leur séjour ;
- Moins de temps d'attente aux consultations ;
- Moins de stress en chirurgie ;
- Une meilleure ambiance de travail ;
- Des transferts plus simples vers la réanimation, etc.

→ Tiens, les intitulés ne permettent pas de dire que les situations sont bonnes ou mauvaises !

→ Tiens, la définition de votre objectif n'accuse personne !

→ Pour le suivi, réduisez la paperasserie à un poster très didactique, actualisé au fur et à mesure, et quelques comptes-rendus de réunion succincts qui lui sont joints.

→ Rappelez-vous quand vous avez appris à faire du vélo : pas de vélo trop grand pour débiter et pas sur la place du village !

* Précisions : www.afqho.fr - Contacts, renseignements : Alain Miquel ou Christophe Geisler : 01 45 46 19 00 // afqho@atefo.fr

Présidente : Catherine Barette : Responsable qualité du Val de Grâce // catherine.barette@wanadoo.fr ;
Lettre électronique gratuite : AFQHO Info - Animateur : Dr Alain Braillon, CHU d'Amiens // diffusion : robillart.helene@chu-amiens.fr

Interview du Dr Christine Lajugie

Présidente de la CME de l'EPSM Lille Métropole (Armentières)

Mardi 5 mai 2009

Source : enquête-benchmarking du comité scientifique des JIQHS [vingt autres témoignages disponibles sur www.jiqhs.fr]

<p>1 - Notre stratégie médicale existe et vit, elle repose sur l'amélioration du service médical rendu aux patients. Elle est clarifiée dans un Projet Médical (PM) où les améliorations de la qualité et de la sécurité des soins sont priorisées en cohérence avec le projet d'établissement (PE) et les exigences du territoire. Elle est connue des médecins.</p> <p>Oui, depuis longtemps, dès avant la procédure d'accréditation mais celle-ci codifie et structure notre réflexion. Depuis les années 60 nous sommes dans la territorialisation, nous raisonnons pour les patients du territoire et à partie de leur besoins. Du coup, nous devons trouver les ressources chez nous, ou avec le privé ou avec les établissements généraux.</p> <p>Ici, la démarche est « sans souci », c'est travaillé en commun. Le climat est bon. On se connaît donc on peut discuter. Le risque, c'est de se rejeter les patients et finalement de ne pas les prendre correctement en charge ! On fait en sorte de ne pas tomber dans ces travers. On aborde les difficultés publiquement, on essaie de comprendre, de proposer, de promouvoir des solutions, etc. La problématique du plaisir à travailler ensemble est très importante mais très fragile ! Il faut des valeurs communes positives. Elles sont bien plus efficaces que les valeurs négatives, que les sanctions. Ça demande de l'imagination, de « se creuser les méninges », mais il faut le faire : la critique négative n'aide pas à vivre. Râler ne sert à rien et aveugle sur les solutions.</p> <p>J'ai un directeur qui pratique la pensée positive (Aaron Beck) : on se soutient. Les valeurs positives : c'est un aussi de mes sujets préférés ! La satisfaction au travail est importante, pour l'engagement, pour vivre. Mais aussi c'est un défi intellectuel. J'ai un article du monde du Pr XXX prix Nobel.</p> <p>Je cite aussi Anita Roddick, fondatrice de The Body Shop. Il faut être un peu franc tireur, c'est-à-dire en terme de management, il faut soutenir les valeurs, être créatif, inspirer confiance, avoir la capacité d'indignation. Il faut s'évaluer à l'aulne de la créativité et du plaisir. Tirer parti de la composante féminine : croire à son intuition, à ses convictions intime si elles sont réfléchies, donc ne sont pas les foucades. On ne sait pas tout faire mais le peu, il faut le faire et bien le faire.</p> <p>J'ai fait une formation à la qualité, il y a 20 ans avec le Canada. J'en retiens un point essentiel : l'objectif est de travailler mieux ensemble. Il faut penser sans cesse à tirer le parti des compétences que nous avons. Plutôt que râler, je préfère inciter les gens à s'exprimer dans leur domaine. Ayant été DIM, j'ai également travaillé sur les données. Avant l'Hôpital était une boîte noire. Or, il est utile de savoir ce qui s'y passe. Les contraintes nous ont poussés à dire ce qu'on fait. Je n'ai pas honte de mon travail, il est perfectible. Pour les autres aussi. Mais il nous faut le justifier avec des chiffres et des informations solides.</p> <p>Une chose est plus dure : les injonctions qui changent selon le vent. Or nous sommes des institutions lentes, nous sommes des paquebots : on n'a pas la marche arrière. Trop de réformes, trop de zigzag nuisent. La co-décision, la co-responsabilité sont nécessaires pour améliorer la qualité des soins sur la durée. C'est lent mais efficace quand c'est responsable. Il faut écouter tout le monde. Les gens ont envie de bien travailler mais il faut prendre en compte ce qu'ils sentent, ce qu'ils voient, ce qu'ils disent. On a des tableaux de bord réguliers depuis longtemps. Ils sont bien positionnés sur l'essentiel. Les questionnaires sont à l'écoute nous recherchons ensemble les bons critères ; alors on peut faire des analyses fines, on peut pondérer les choses, essayer de comprendre les situations.</p>
<p>2 - Nous avons une réflexion approfondie et continue se traduisant par une politique active en EPP. Celle-ci est orientée vers les exigences de demain en matière de travail pluridisciplinaire et elle inclut médecins, soignants, paramédicaux, gestionnaires, ingénieurs, techniciens, RH et QGR, sans oublier le patient et ses représentants. Son impact est multidimensionnel : activités médicales, investissements, RH et FMC, informatique, certification (HAS, ISO, normes, réglementations), coordination avec les professionnels de santé, etc.)</p> <p>Notre réflexion avait commencé avec la V2, nous étions dans les premiers : on avait choisi des thèmes utiles et ambitieux. Mais les évaluateurs nous ont dit qu'on avait fait trop de choses. Nous ça nous convenait mais hélas, « on s'est fait étalé à l'oral », ce fut dévastateur ! Notre démarche n'était pas scientifiquement suffisantes en termes de mesure. On a eu un sentiment d'injustice. Or le rendu écrit ultérieur était élogieux.</p> <p>Depuis, nous avons essayé de nous corriger. On est dans une dynamique où vise que tous les services soient impliqués, y compris les deux services qu'on vient d'intégrer récemment.</p> <p>On a régulièrement des moments de communication en commission EPP. C'est un facteur de réussite. Mais il faut aussi chercher les médecins qui ne sont pas en CME : aller vers l'assemblée des médecins. Et c'est difficile car de nouvelles personnes arrivent régulièrement. Mais il faut les intégrer à la dynamique d'Etablissement.</p> <p>Les EPP sont multidimensionnelles et pluridisciplinaires. C'est un travail d'équipe, avec les infirmiers, les assistantes sociales.</p> <p>Sur le notre plate-forme informatique QUASYS, on trouve tout. Les problèmes et les réponses sont capitalisés. On a beaucoup de référentiels. Certains trouvent ça contraignant mais ça aide à faire le minimum au moins en sécurité.</p>

* Précisions : www.afqho.fr - Contacts, renseignements : Alain Miquel ou Christophe Geisler : 01 45 46 19 00 // afqho@atefo.fr

Présidente : Catherine Barette : Responsable qualité du Val de Grâce // catherine.barette@wanadoo.fr ;
Lettre électronique gratuite : AFQHO Info - Animateur : Dr Alain Braillon, CHU d'Amiens // diffusion : robillart.helene@chu-amiens.fr

3 - Notre politique EPP et d'amélioration du SMR se compare à d'autres établissements de référence et satisfait aux exigences de la HAS (V2010). Dans les secteurs avancés, nous progressons par étalonnage comparatif, entre pairs, et nous connaissons nos priorités pour atteindre l'excellence au service des patients.

On se compare souvent avec des établissements comme Rouffach, Limoges, St Anne : c'est un réseau informel mais efficace : on aborde des sujets comme l'information au patient, l'informatique, etc.
On a aussi des rencontres de travail sur la région ainsi que l'ADESM (association des établissements de santé mentale). On échange et on peut ainsi trouver des solutions nouvelles.
L'exemple parlant concerne la gestion de la démence : c'est une collègue qui a trouvé au Canada une formation très élaborée pour la prévention de crise, la formation Omega. Les formateurs deviennent experts certifiés par les canadiens et sont réévalués régulièrement. C'est une démarche exigeante et structurante. Le hasard fait que les canadiens sont aussi cloisonnés avec les médecins d'un côté et les soignants de l'autre. Cette formation est à la base pour les soignants. Ainsi, je suis devenu le premier médecin au monde formé à Omega ! En tant que président de CME, j'ai voulu m'impliquer. Il faut une solidarité, c'est une valeur à défendre dès le départ sur les sujets transversaux : infirmiers, psychologues, internes, médecins, tous. Non seulement ça professionnalise les infirmiers mais c'est fédérateur.

4 - Sur le terrain, nous soutenons une culture de la qualité, de la sécurité, de l'amélioration continue au quotidien. Nous développons de très nombreuses actions d'amélioration rapides de façon participative, justifiées par des données factuelles.

On essaie d'aider les gens qui trouvent des « micro solutions ». On les soutient. Puis on en parle librement. On présente les tests. Toute idée peut être entendue. On soutient l'expression, devant les directeurs, les soignants, les médecins, les usagers. Ecouter la critique en retour. On entend les observations. Si on se « plante », ce n'est pas grave. Mais ça n'est pas un dispositif structuré, en tout cas au médical. La philosophie que nous partageons est celle-ci : si d'autres veulent copier une idée, alors elle est à leur disposition. On essaie de développer un système moins coercitif et plus valorisant.

5 - Les pôles et chefs de service sont constamment challengés sur l'amélioration des pratiques professionnelles médicales, paramédicales et sur les chantiers d'améliorations ayant un impact sur la qualité, la sécurité et cherchant l'implication responsabilisante de tous. Le président de CME implique régulièrement les médecins pour qu'ils soient exemplaires et fiers des progrès accomplis collectivement. On recrute et on promeut sur ces critères.

On ne passe pas notre temps à nous comparer les uns aux autres. Les tableaux d'activité et les tableaux de bord donnent des repères.
On essaie d'avoir des EPP valorisantes mais pas dans un esprit de compétition. Certains font de belles choses modestement. A la CME, on parle aussi du plaisir qu'on a à progresser. On a l'habitude de fêter les succès : normes ISO, etc. On partage le plaisir d'avoir réussi. Le directeur sait très bien le faire ! L'envie de travailler, ça compte. Cela renvoie à la résilience de Cyrulnick : on est sensible à ça en psychiatrie.

6 - Nous sommes constamment en formation, en innovation, en recherche de progression sur ce sujet. Nous utilisons activement les référentiels (HAS, spécialités médicales à risque, recommandations médicales, ICALIN, etc.) pour progresser.

Les référentiels, on les utilise. Mais on est un peu « martyrisé » ils ne sont pas très adaptés. Icalin, c'est la même chose. Néanmoins, on se positionne le mieux possible. Au fond, ça ne nous gêne pas, on interprète. La démarche ISO est très déployée mais c'est surtout bon pour la DRH, la blanchisserie, pour la psy, c'est moins facile. Les évaluateurs-auditeurs ont des repères industriels. Par exemple, fixer des objectifs de progrès précis, ça ne nous convient pas. Si un patient en dépression fait une rechute, est-on mauvais ou est-ce sa maladie qui évolue ? Les collègues ne sont pas très réceptifs à ces méthodes. Cocher une case, pour attester qu'on a bien fait telle prestation, c'est forcément réducteur.

7 - Question ouverte : la question clé qui n'a pas été posée ?

Sur les questions de motivation. Nous avons un fort sentiment d'utilité sociale. Voilà pourquoi nous continuons. On aide les gens à vivre.

Le pouvoir de la pensée positive : soulager la dépression*

*Source : Lisa Dutton, Montréal, Canada - McGill University Health Centre Journal, Février 2003

Michael Spevack, psychologue qui est également directeur de la Clinique de thérapie cognitive du comportement de l'Hôpital général de Montréal, donne un exemple de la puissance des représentations et pensées sur les émotions.

Un homme marche sur la rue Sainte-Catherine et se sent poussé brusquement dans le dos. « Quel malpoli et quel malotru ! » pense-t-il aussitôt, agacé et furieux. Se retournant pour vitupérer contre lui, il aperçoit un aveugle avec sa canne blanche. « Comme je suis odieux de m'être mis en colère pour la maladresse d'un aveugle », se dit l'homme avec de la culpabilité et du remords. Il s'excuse auprès de l'aveugle d'avoir gêné sa route et s'offre à l'aider. « C'est bon et généreux de ma part d'être aussi compréhensif, serviable et attentif aux besoins de cet aveugle », pense-t-il alors, fier de lui et de sa générosité.

« Dans cet exemple, trois représentations différentes entraînent en quelques secondes trois émotions différentes puissantes, dit M. Spevack. C'est la preuve que les pensées influent fortement sur les émotions. Quand la pensée change, l'émotion change aussi. »

Le Dr Aaron Beck a élaboré la théorie cognitive du comportement dans les années 1970. Il a conclu qu'un grand nombre de nos problèmes psychologiques (troubles divers, anxiété, dépression ou toxicomanie, par exemple) viennent des pensées et des croyances qui traversent la conscience, plutôt que des craintes ou désirs enfouis dans le subconscient selon les théories de Freud. Ils sont donc dus à des défaillances dans nos processus de traitement de l'information. En langage courant, selon les thérapeutes pratiquant la thérapie comportementale cognitive, la façon de penser affecte l'humeur. La perception de soi-même, de l'environnement et de l'avenir est biaisée par des pensées automatiques inappropriées et automutilantes, engendrées par des structures cognitives stockées dans notre mémoire à long terme : « de toutes façons, je ne vais pas y arriver ». Quand on prévoit toujours le pire et qu'on se fixe de manière chronique sur du négatif, ces pensées guident nos actions et finissent par se réaliser. Le cycle se déroule généralement de la manière suivante :

- les pensées négatives automatiques entraînent un sentiment de dépression,
- qui entraîne une baisse de la motivation,
- qui entraîne une baisse d'activité,
- qui peuvent vous anéantir et vous déprimer.

Or on peut modifier nos systèmes de croyances et de pensées automatiques. Pour se reconforter, il faut commencer à penser des choses agréables. Inutile de fouiller dans le passé du patient pour explorer ses souvenirs anciens. Les thérapeutes se concentrent sur le présent et aident le patient à modifier sa petite voix intérieure critique. Ils aident le patient à changer ses schèmes de pensée et à jouer un rôle actif dans la thérapie. Ils lui demandent d'être conscient de ses pensées négatives et de son autocritique. Quand les patients deviennent habiles à « détecter » leurs pensées, ils les remettent en question car, presque toujours, un grand nombre des pensées qui provoquent des émotions négatives comportent des failles logiques qui ne résistent pas à l'analyse.

La sérotonine en cause

On ne comprend pas parfaitement pourquoi les pensées négatives continues engendrent la dépression. Pour beaucoup, l'explication est de nature chimique. La sérotonine, substance chimique présente dans le cerveau, serait la clé. Des médicaments antidépresseurs tels le Prozac ou le Paxil augmentent la sérotonine dans les points de jonction entre les cellules nerveuses du cerveau. « Il se pourrait que toute pensée positive en laquelle nous croyons vraiment déclenche un apport minuscule de sérotonine dans le cerveau et qu'à l'inverse, une auto-critique ou une comparaison défavorable de soi avec autrui engendre une petite perte de sérotonine, explique M. Spevack. Au fil des années, le résultat net des apports et retraits de sérotonine pourrait déterminer le niveau de la confiance en soi et de la bonne humeur ou de l'insécurité et de la dépression. » Et selon un grand nombre d'études sur des milliers de patients, la thérapie cognitive du comportement marche. Hors du contexte de la dépression, le fait de devenir conscient de son autocritique irrationnelle, de ses comparaisons défavorables avec autrui et de ses croyances autodestructrices donne à toute personne une meilleure image de soi, la rend plus positive et mieux disposée à l'égard des nouvelles expériences tout en facilitant sa capacité d'adaptation à l'adversité.

* Précisions : www.afqho.fr - Contacts, renseignements : Alain Miquel ou Christophe Geisler : 01 45 46 19 00 // afqho@atefo.fr

Présidente : Catherine Barette : Responsable qualité du Val de Grâce // catherine.barette@wanadoo.fr ;
Lettre électronique gratuite : AFQHO Info - Animateur : Dr Alain Braillon, CHU d'Amiens // diffusion : robillart.helene@chu-amiens.fr

Taxinomie du bon caractère*

*Source : Martin Seligman et Christopher Peterson, grands pontes de la psychologie positive, ont établi en 2004 une liste de six vertus et vingt-quatre forces de caractère qui contribuent au bonheur.

SAGESSE ET CONNAISSANCE Forces cognitives qui favorisent l'acquisition et l'usage de la connaissance.
Créativité : trouver des manières originales et productives de faire les choses. Cela comprend les réalisations artistiques, mais ne s'y limite pas.
Curiosité : trouver un intérêt à toute expérience en cours ; s'intéresser à tel ou tel sujet ; explorer et découvrir.
Ouverture d'esprit : examiner les choses sous tous les angles ; ne pas tirer de conclusions hâtives ; être capable de changer d'avis à la lumière de nouvelles informations.
Amour de l'apprentissage : acquérir de nouvelles compétences et de nouveaux domaines de connaissance (en autodidacte ou non). Cette force est évidemment liée à la curiosité, mais s'en distingue par une tendance à vouloir acquérir systématiquement de nouvelles connaissances. Sagesse : être capable de donner de conseils avisés ; posséder une manière de voir le monde qui soit porteuse de sens tant pour soi que pour les autres.

COURAGE Forces émotionnelles qui impliquent l'exercice de la volonté pour atteindre les buts que l'on s'est fixés, malgré les obstacles internes et externes.

Bravoure : ne pas reculer devant une menace, les difficultés ou la douleur défendre ce qui est juste envers et contre tous ; agir selon ses convictions, même si c'est impopulaire. Cela inclut le courage physique, mais ne s'y limite pas.
Persévérance : finir ce qu'on a commencé ; persister malgré les difficultés ; aimer mener à bien un travail.
Authenticité : dire la vérité, mais plus généralement se présenter de façon authentique ; être sans prétention ; assumer ses sentiments et ses actes.
Vitalité : aborder la vie avec enthousiasme et énergie ; ne pas faire les choses à moitié ; vivre la vie comme une aventure ; se sentir bien vivant.

HUMANITÉ Forces interpersonnelles consistant à tendre vers les autres et à leur venir en aide.
Amour : valoriser les relations étroites avec les autres, particulièrement lorsque les sentiments (partage, affection) sont réciproques ; être proche ces gens.
Gentillesse : rendre des services, faire de bonnes actions ; aider les autres, prendre soin d'eux.
Intelligence sociale : être conscient des motivations et émotions (des autres et des siennes) ; savoir faire ce qui convient dans différents contextes : comprendre les ressorts du comportement des gens.

JUSTICE Forces qui sont à la base d'une vie sociale harmonieuse.
Travail en groupe : savoir travailler au sein d'un groupe ou d'une équipe ; avoir l'esprit d'équipe ; accomplir sa part.
Sens de l'équité : traiter toute personne équitablement ; ne pas se laisser influencer par ses sentiments personnels dans les décisions concernant autrui ; donner à chacun sa chance.
Leadership : encourager le groupe dont on fait partie à réaliser des choses, tout en s'efforçant de maintenir de bonnes relations en son sein ; organiser des activités collectives.

TEMPÉRANCE Forces qui protègent contre les excès.
Pardon : pardonner à ceux qui ont mal agi ; accepter les défauts des autres ; savoir donner une seconde chance ; ne pas être animé par la vengeance.
Modestie : laisser ses réalisations parler d'elles-mêmes ; ne pas se mettre en avant ; ne pas se prendre pour plus que ce que l'on est.
Prudence : être prudent dans ses choix ; ne pas prendre de risques inutiles ; ne pas dire ou faire des choses que l'on pourrait regretter par la suite.
Maîtrise de soi : rester maître de ses sentiments et de ses actes ; être discipliné ; maîtriser ses appétits et ses émotions.

TRANSCENDANCE Forces qui favorisent l'ouverture à une dimension universelle et donnent un sens à la vie.
Appréciation de la beauté et de l'excellence : remarquer et apprécier la beauté, l'excellence et/ou la maîtrise technique dans les domaines les plus divers.
Gratitude : être conscient et reconnaissant des bonnes choses qui arrivent ; prendre le temps d'exprimer des remerciements.
Optimisme : attendre le meilleur de l'avenir et œuvrer à sa réalisation ; penser qu'un avenir heureux est quelque chose que l'on peut provoquer.
Humour : aimer rire et taquiner ; être souriant ; voir le côté drôle des choses ; faire des plaisanteries.
Spiritualité : connaître sa place au sein de l'Univers ; croire au sens de la vie, en tirer un réconfort et une ligne de conduite.

* Précisions : www.afqho.fr - Contacts, renseignements : Alain Miquel ou Christophe Geisler : 01 45 46 19 00 // // // afqho@atefo.fr
Présidente : Catherine Barette : Responsable qualité du Val de Grâce // // // catherine.barette@wanadoo.fr ;
Lettre électronique gratuite : AFQHO Info - Animateur : Dr Alain Braillon, CHU d'Amiens // // // // diffusion : robillart.helene@chu-amiens.fr

Source: Character Strengths and Virtues: A Handbook and Classification, coédition American Psychological Association/Oxford University Press, 2004.