

Agir en prévention: trois outils construits avec les équipes de terrain

*Yves Gosselain,
licencié en
communication,
Jean Laperche,
médecin
généraliste et
Marianne
Prevost,
sociologue.*

Le projet Agir ensemble en prévention accompagne les équipes des maisons médicales dans leurs projets de prévention et leur propose des formations, des groupes de travail, centralise un certain nombre d'informations, analyse l'évolution des besoins, fait connaître les ressources existantes... C'est la partie « habituelle » de ce service. Mais à côté de celle-ci, il y a aussi un travail très différent qui essaye d'apporter une réponse la plus appropriée possible à un manque particulièrement répété ou important. Et cette réponse prend parfois la forme de la conception d'un nouvel outil, d'un support méthodologique adapté aux besoins perçus.

Voici quelques manques et besoins mis à jour dans les maisons médicales et qui ont servi de point de départ pour les trois projets présentés ci-dessous :

- manque de formation dans le domaine de la prévention ; manque d'outils accessibles et adéquats ;
- souhait de pouvoir mieux structurer et évaluer les activités ;
- besoin de soutien, de reconnaissance et d'échanges avec des pairs.

Un répertoire d'actions : pour échanger mais aussi pour structurer

Dès le départ, plus de vingt équipes ont participé à ce programme : cela représente une diversité impressionnante d'actions en prévention. Très vite l'idée a germé de créer un répertoire

d'actions en prévention. Ce qui répondait à la nécessité de profiter des expériences acquises par toutes ces équipes. Il apparaissait prioritaire de lever un double obstacle : la difficulté des intervenants de terrain (infirmières, médecins, kinésithérapeutes, assistants sociaux ou psychologues) d'une part à se situer dans les champs de la prévention et d'autre part à définir correctement les différents aspects de leurs projets.

Avant la mise en route du répertoire, un travail de définition de concepts a donc été entamé avec l'aide du comité d'encadrement, les ébauches faisant l'objet d'allers-retours vers les délégués des équipes. Un langage commun a ainsi été précisé et une fiche de récolte d'information sur les activités de prévention a été mise au point, avec des questions bien précises : objectifs, public visé, type de prévention, lien avec le projet de la maison médicale...

En six mois, vingt et une maisons médicales avaient rempli plus de soixante fiches d'activités de prévention, pour la plupart en cours. Deux ans plus tard, le nombre de fiches était monté à cent vingt. Certaines ont subi des mises à jour. Par contre, amener d'autres équipes à rédiger des fiches constitue un obstacle persistant. De fait, tous ceux qui ont fait ce travail d'écriture le trouvent éprouvant mais très utile pour (re)structurer les projets, et donc pouvoir plus facilement les partager en équipe et les évaluer.

Développer l'assurance de qualité pour des projets de prévention

Avec les années, les équipes ont exprimé un besoin de plus de méthode et d'outils d'évaluation pour mesurer la qualité de leurs actions de prévention. Cela rejoignait l'objectif d'aide à la prise de décision en fin de projet (continuité de celui-ci, réorientation ou suspension), par le choix d'une méthodologie adéquate. Par ailleurs, le développement actuel de l'assurance de qualité dans le champ des



Voici les rubriques de classement actuellement utilisées dans le répertoire¹ :

ACC Accident

- ACC.1 domestique
- ACC.2 vacances

ALI Alimentation

- ALI.1 étude
- ALI.2 petit déjeuner
- ALI.3 hygiène alimentaire

DEP Dépendances

- DEP.1 toxicomanies
- DEP.2 médicaments
- DEP.3 tabac

DIV Divers

- DIV.1 salle d'attente
- DIV.2 document, journal
- DIV.3 réunion, animation

MAT Maternité, enfance

- MAT.1 enfants, parents, familles
- MAT.2 enfants malades

VIE Mode de vie, environnement

- VIE.1 condition physique
- VIE.2 sommeil
- VIE.3 habitat
- VIE.4 social, psychologique et relationnel
- VIE.5 personnes âgées

PRE Prévention des maladies

- PRE.1 échecancier, fiche prévention individuelle
- PRE.2 vaccin
- PRE.3 cancer
- PRE.4 système osseux et musculaire
- PRE.5 système nerveux
- PRE.6 dents
- PRE.7 système respiratoire
- PRE.8 consultation (para)médicale
- PRE.9 système cardio-vasculaire
- PRE.10 système urinaire
- PRE.11 système digestif
- PRE.12 métabolisme et endocrinologie

SOC Santé, société

- SOC.1 participation, autonomie
- SOC.2 entraide
- SOC.3 intégration
- SOC.4 surendettement
- SOC.5 solitude
- SOC.6 accessibilité aux soins

SEX Sexualité

- SEX.1 SIDA et maladies sexuellement transmissibles
- SEX.2 féminine
- SEX.3 contraception

soins de santé primaires et de la promotion de la santé a facilité le choix de cette voie pour répondre aux besoins des équipes.

L'assurance de qualité est un processus de réflexion et de recherche par lequel on cherche à savoir ce que l'on fait bien, à détecter et comprendre les failles d'une activité, à améliorer son travail. C'est un processus dynamique par lequel on cherche à définir et implanter des solutions optimales dans des situations ressenties comme posant problème.

Le programme Agir ensemble en prévention a toujours privilégié l'intégration des étapes méthodologiques en partant des acquis et des attentes des intervenants de terrain. A cette époque, les échanges d'expériences occupaient une place importante dans les réunions. Sur un ton de reconnaissance mutuelle, d'émulation et de recherche d'amélioration. Dans ce contexte, c'est naturellement que la question de *critères de référence* s'est posée pour essayer d'orienter les actions en fonction de *standards* qui pourraient être définis au préalable. Tout un travail de réflexion a été mené avec des représentants des équipes qui a débouché sur la définition de sept critères de références² : un projet de prévention devrait être collectif, structuré, systématique, réaliste, efficace, agréable et participatif.

La lecture de la charte des maisons médicales nous éclaire, par ailleurs, sur un certain nombre de valeurs qui doivent aider à offrir des soins de santé primaires de qualité : la prise en compte de l'individu dans sa **globalité**, **l'intégration** des activités d'information et de prévention au contexte curatif, **la continuité** des soins grâce à la tenue d'un dossier commun aux différents soignants et enfin **l'accessibilité** des soins.

A ce stade, les acteurs du programme ont entamé un travail d'adaptation de l'assurance de qualité au champ de la prévention, avec l'aide précieuse d'experts universitaires qui suivent le programme depuis ses débuts. Compte tenu de ce qui avait été construit avec les équipes, de ce qui était inscrit dans la charte, puis surtout grâce à une recherche importante dans la littérature³, ce sont finalement treize dimensions de la qualité qui ont été retenues.

(1) Le classeur avec les fiches peut être consulté à la Fédération des maisons médicales ou dans les différents intergroupes régionaux, avant de rencontrer un membre de l'équipe pour en connaître plus encore...

(2) C'est évidemment à dessein que nous utilisons des termes propres à l'assurance de qualité, même si à ce stade ils n'appartenaient encore qu'au langage courant pour les participants.

(3) références en fin d'article

Agir en prévention: trois outils construits avec les équipes de terrain

Voici ces dimensions - parfois appelés critères - de la qualité :

PERTINENCE

est **PERTINENTE** la démarche de prévention ou la stratégie qui répond à un (des) besoin(s) clairement identifiés, médicaux, sociaux, personnels, et/ou autres. Les besoins peuvent être définis objectivement ou subjectivement.

EFFICACITE théorique ou potentielle

est **POTENTIELLEMENT EFFICACE** la démarche de prévention ou la stratégie qui est construite sur base d'informations ou de démarches dont l'efficacité a été démontrée par ailleurs, dans des conditions spécifiques.

EFFICACITE pratique

est **EFFICACE** la démarche de prévention ou la stratégie qui atteint ses objectifs, c'est-à-dire dont les effets positifs sont ceux qui ont été recherchés, dans le contexte particulier de l'action.

EFFICIENCE

est **EFFICIENTE** la démarche de prévention ou la stratégie qui parvient à obtenir les meilleurs effets au moindre coût, ou avec la meilleure utilisation des ressources existantes.

GLOBALITE

est **Globale** la démarche de prévention ou la stratégie qui s'intéresse explicitement et simultanément aux différents aspects de la personne ou du patient : biomédicaux, sanitaires, psychologiques, sociaux, éducatifs.

CONTINUE

est **CONTINUE** la démarche de prévention ou la stratégie qui s'assure d'un suivi adéquat dans le temps de la question, du projet ou encore de la personne (patient). Exemple : mise en place annuelle d'une action de rappel de vaccination contre la grippe, chez les patients concernés.

INTEGRATION

est **INTEGREE** la démarche de prévention ou la stratégie qui s'assure que les préoccupations de prévention, éducation ou promotion de la santé sont **INCLUDES** dans les autres activités (quotidiennes ou habituelles).

ACCESSIBILITE – EQUITE

est **EQUITABLE** (et accessible) la démarche de prévention ou la stratégie qui s'adresse à toutes les personnes, ou encore à celles qui en ont le plus besoin, et qui est conçue pour toucher aussi les personnes les plus démunies.

PARTICIPATION DES PATIENTS y compris acceptabilité et y compris autonomisation

est **PARTICIPATIVE** la démarche de prévention ou la stratégie qui permet au patient de prendre part à la prise en charge de sa santé, qui l'incite à exprimer ses choix et l'aide à les réaliser. Une telle démarche implique un partage du pouvoir de décision et une prise en compte du point de vue du patient.

SUBSIDIARITE

c'est le caractère de la démarche de prévention ou la stratégie qui d'une part reconnaît les rôles et places des divers organismes et intervenants concernés, et d'autre part qui incite à un partage des rôles et tâches en fonction des compétences et services existants.

SYSTEMATISATION

est **SYSTEMATIQUE** la démarche de prévention ou la stratégie qui vise à toucher toutes les personnes et patients concernés.

SATISFACTION des patients et/ou des soignants

est **SATISFAISANTE** (pour les intervenants et/ou pour la population) la démarche de prévention ou la stratégie qui répond aux **ATTENTES** et aux **SOUHAITS** des participants.

INTERDISCIPLINARITE et travail d'équipe collectif

est **COLLECTIVE** la démarche de prévention ou la stratégie qui associe l'ensemble des intervenants concernés par les actions prévues.

L'intérêt manifesté par les participants aux formations a certainement facilité la mise sur pied l'année suivante de séminaires d'assurance de qualité : une dizaine d'équipes se sont engagées dans un processus de recherche-



action. Ces séminaires permettaient à la fois une évaluation de l'implantation des cellules d'assurance de qualité, et une réflexion pour la mise en œuvre de l'assurance de qualité en maison médicale. Les experts extérieurs ont collaboré activement à cette phase du programme.

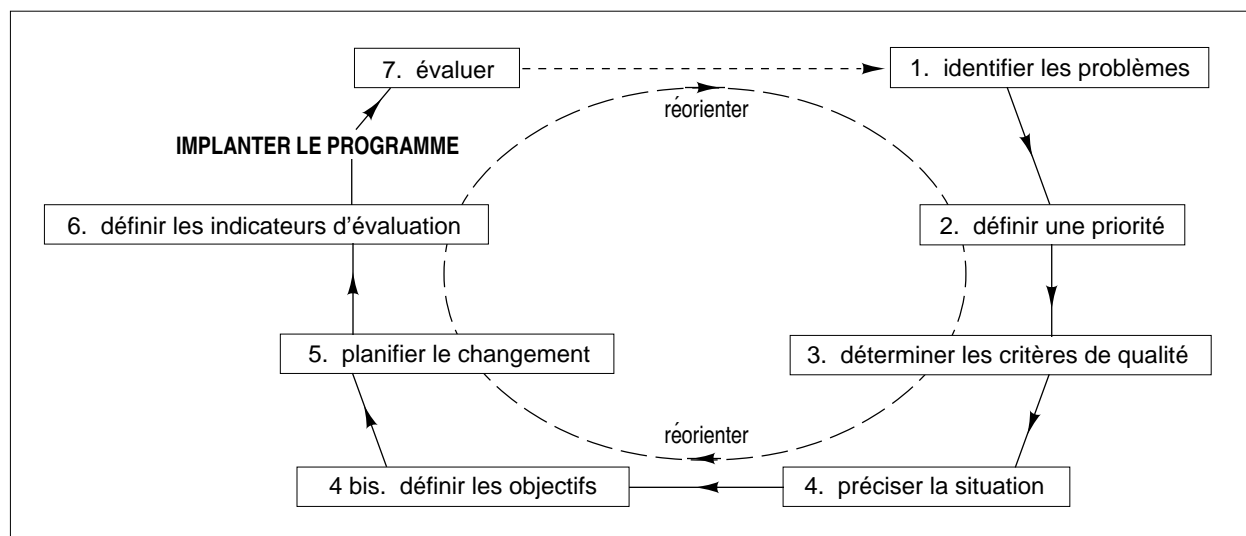
Aujourd'hui, plusieurs cellules fonctionnent et d'autres maisons médicales devraient rejoindre le premier groupe. Mais si la phase d'adaptation du modèle d'assurance de qualité n'est certainement pas terminée, une évaluation réalisée en 1998 a permis de tirer déjà certains enseignements quant au fonctionnement des cellules assurance de qualité⁴ :

- elles doivent acquérir une certaine compétence, qu'apporte le séminaire grâce à des contenus théoriques, aux partages

manière trop isolée est plus facilement reconnue ;

- le mandat des cellules doit non seulement être clair et connu, mais aussi suffisamment précis : sa durée, le suivi des propositions qui découleront du cycle d'assurance de qualité ;
- on doit prêter attention aux conditions de travail de la cellule ; ses membres doivent avoir la possibilité d'y enrichir leurs connaissances.

Les acquis de ce séminaire et le souhait de faciliter l'accès à l'assurance de qualité au plus grand nombre d'équipes ont été des éléments déclencheurs pour la préparation d'un nouvel outil pour le suivi d'un projet de prévention : le « carnet de bord en assurance de qualité » présenté ci-dessous.



d'expériences et au travail commun sur des cas concrets ; ces compétences devraient être progressivement partagées avec le reste de l'équipe ;

- il est nécessaire que l'équipe adhère à la démarche d'assurance de qualité et qu'elle mette en place une cellule ; qu'elle reconnaisse la compétence des membres de la cellule et leur mandat ; une cellule pluridisciplinaire qui évite de travailler de

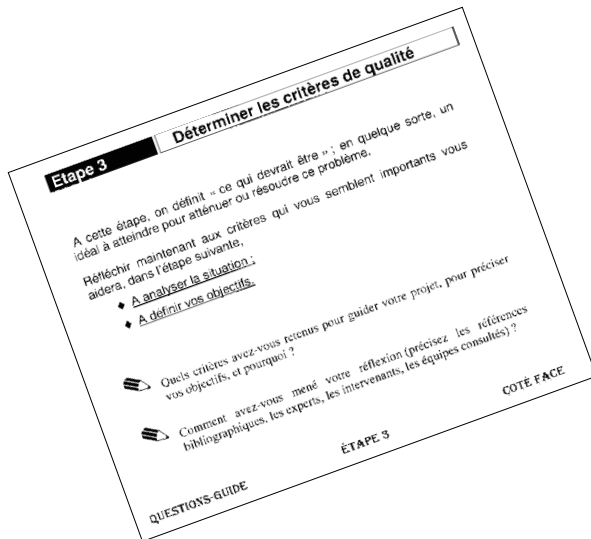
Le carnet de bord en assurance de qualité : une méthode « sur mesure »

Après quatre années d'accompagnement des équipes des maisons médicales, la connaissance des besoins récurrents et la pertinence des différentes propositions méthodologiques commençaient à être bien affinées. Pouvoir

(4) M. Prévost et al.,
Développement de l'assurance de qualité dans les maisons médicales,
Rapport d'évaluation
1997-98.

Agir en prévention: trois outils construits avec les équipes de terrain

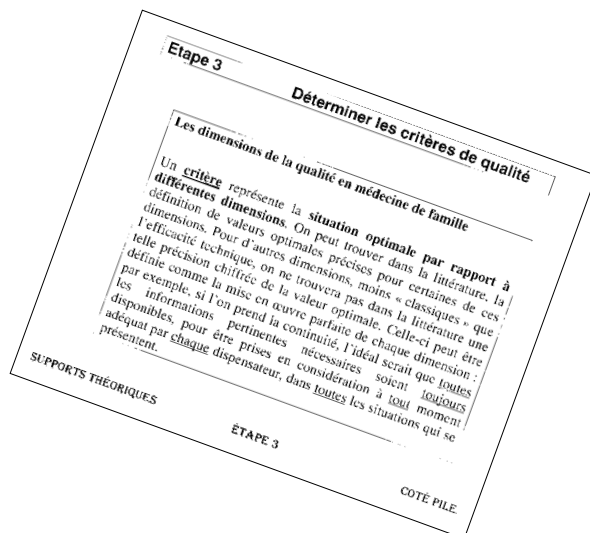
concrétiser les étapes d'évaluation et profiter de celles-ci pour fixer de nouvelles priorités constituait la demande la plus importante des équipes fin 1998.



Profitant de la bonne intégration des dimensions de la qualité dans les équipes, et de l'intérêt manifeste des cycles d'assurance de qualité développés dans certaines maisons médicales, la Fédération des maisons médicales a décidé d'élaborer un outil de conception, de suivi et d'évaluation des projets de prévention, propre aux pratiques en maison médicale. Il est appelé carnet de bord car il est construit pour accompagner les promoteurs d'un projet tout

au long des étapes de conception, de réalisation et d'évaluation. Pour chaque étape, il pose des questions de base et surtout il aide à se poser les questions nécessaires pour viser la qualité des projets et apporte certaines pistes de réponse. Au recto, c'est le fil conducteur avec les interrogations, au verso, ce sont les rappels théoriques, et deux exemples fictifs peuvent être intercalés pour illustrer les démarches.

Cet outil va permettre de récolter des résultats d'évaluation auprès d'équipes participantes pour juin 2000. ●



Bibliographie

Grol R., Wensing M., Jacobs A., Baker R., *Quality assurance in general practice, the state of the art in Europe*, Utrecht, Nederlands Huisartsen Genootschap, 1993.

Donabedian A., « The quality of care : how can it be assessed ? », *JAMA*, 1988, 260 : 1743-8.

Hutchinson A., « Primary Care quality improvement », *Huisarts en Wetenschap*, 1993, 36(13).

Grol R., « National standard setting for quality of care in general practice : attitudes of general practitioners and response to a set of standards », *Br J Gen Pract*, 1990, 40 : 361-364.

Evans D., Head M.J., Speller V., *Assuring quality in health promotion. How to develop standards of good practice*.

MacDonald G., « Indicateurs de qualité et efficacité de la promotion de la santé : la nécessité de les marier. Troisième Conférence européenne sur l'efficacité », *L'évaluation de la qualité en promotion de la santé et en éducation pour la santé*, 12-14 septembre 1996, Turin.