



Un projet pilote sur la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile

La question de départ : quelles stratégies proposer pour prévenir les chutes chez les personnes âgées vivant à domicile ?

L'auteur, particulièrement intéressé par ce thème de prévention, a déjà réalisé deux mémoires dans le cadre d'autres études (kinésithérapie – ergothérapie). Il a mis en évidence, la nécessité de fixer des objectifs thérapeutiques liés au vécu du patient, et non pas reliés à des considérations uniquement physiologiques ; un grand nombre de personnes de plus de soixante ans vivant à domicile présentent des problèmes majeurs d'autonomie fonctionnelle, insuffisamment rencontrés par les services d'aide à domicile.

Cette situation est préoccupante en terme de santé publique : chaque année en Belgique, parmi les plus de soixante-cinq ans, 30 à 50 % font une chute, dont deux tiers surviennent au domicile. Les conséquences physiques et psychosociales de ces chutes sont importantes. Le taux de récurrence dans l'année est élevé (un cas sur deux).

L'objectif de cette recherche-action est d'optimiser les possibilités des aînés, avec l'aide des structures de soins existantes ; il ne s'agit pas d'augmenter le pouvoir des soignants sur la personne vieillissante en créant de nouveaux types de dépendance, mais bien de considérer la personne âgée comme un être autonome, un acteur à part entière.

Ce projet se situe donc dans une double logique d'*Evidence-base Medicine* et d'*Evidence-based Public Health*, tout en tenant compte des aspects politico-économiques, sociaux et professionnels spécifiques à la partie francophone de la Belgique.

Le dispositif de la recherche-action

Cette recherche-action, réalisée dans le cadre d'un mémoire à l'université catholique de Louvain vise à mettre en place un projet de

prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile dans la région de Charleroi. Le chercheur a bénéficié d'un comité d'accompagnement scientifique (membres de la faculté de médecine de l'université catholique de Louvain). Pour certains aspects, il a travaillé en étroite collaboration avec les soignants de la maison médicale de Ransart. Ceux-ci considéraient cette problématique comme une priorité, de par sa gravité, sa fréquence et le fait qu'elle touche des personnes déjà fragilisées. Un autre critère de priorité identifié par l'équipe était qu'un projet dans ce domaine semblait réalisable, novateur et motivant.

Ce projet recouvre plusieurs stratégies identifiées comme prioritaires dans la charte d'Ottawa en matière de promotion de la santé, et repose également sur les différents axes méthodologiques de la recherche-action :

- information préalable : collecte de nouvelles études, documents, outils validés ;
- action intersectorielle : développement et renforcement de collaborations entre acteurs différents (professionnels de santé et non professionnels de santé) et de cultures professionnelles différentes (médicaux, paramédicaux, aides à domicile) ;
- implication des acteurs dans la construction d'une démarche de prévention auprès de et avec le public cible ;
- réorientation de service : participation des acteurs à des activités de prévention dans le cadre de leurs activités professionnelles ;
- développement personnel : le projet permet aux acteurs d'analyser et de développer leurs pratiques en matière de prévention des chutes à domicile.

Karl Thibaut,
kinésithérapeute,
licencié en
sciences de la
santé publique,
travaillant à la
maison médicale
de Ransart.

L'analyse globale de la problématique

L'analyse globale a été menée à l'aide du modèle *Procede* de Green, complété par

Mots clés :
recherche-action,
personnes âgées

Un projet pilote sur la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile

les éléments du modèle intégratif du professeur Deccache de l'université catholique de Louvain. Elle a porté sur un public précis : celui des personnes bénéficiant d'une aide extérieure de type paramédical, choix basé notamment sur les recommandations de bonne pratique émises par la Société scientifique de médecine générale. Cette analyse a permis de modéliser un cadre problématique très détaillé, qui détermine avec précision :

- les conséquences des chutes : celles-ci sont multiples et influencent directement la qualité de vie des personnes âgées. Cette qualité de vie est également influencée par des facteurs non-relatifs à la santé (culture, environnement social, facteurs économiques) ;
- les facteurs de risque des chutes : ceux-ci, également multifactoriels, sont de deux types : intrinsèques (par exemple l'âge, l'existence de pathologies spécifiques, les capacités musculaires, neuro-musculaires, sensorielles/sensitives...) ; et extrinsèques (environnement physique, caractéristiques du logement) ;
- le diagnostic éducationnel : les facteurs de risque sont eux-mêmes liés à d'autres facteurs, et il existe un ordre de causalité. Le diagnostic éducationnel repose sur l'analyse des facteurs favorables au changement et qui peuvent en partie s'acquérir par apprentissage. Selon la terminologie de Green, ces facteurs sont d'ordre prédisposant (valeurs, croyances, connaissances et attitudes, etc.), facilitant (compétences, ressources, accès aux services de santé, etc.) et renforçant (représentations sociales, existence de comportements préventifs, capacités de soutien dans l'entourage, relations avec les professionnels de santé...)

Une piste d'intervention, un public cible prioritaire

Il était bien sûr impossible d'agir simultanément sur tous les facteurs identifiés. Le choix d'une priorité s'est basé sur une analyse de la littérature, qui a permis d'établir une base théorique importante et d'identifier une piste de travail. La littérature met en évidence de manière assez unanime le rôle primordial des facteurs renforçant la prévention des chutes. Le chercheur et

le comité d'accompagnement ont dès lors donné la priorité à ce type de facteurs et, plus spécifiquement, à l'intervention des différents professionnels de santé se rendant au domicile des personnes âgées.

La littérature identifie par ailleurs les personnes pour lesquelles une intervention préventive est la plus pertinente. Il s'agit des personnes :

- en bonne condition physique, qui peuvent continuer à s'engager sur le plan professionnel et social et pratiquer des activités physiques et sportives ;
- autonomes : ces personnes ne sont pas en bonne condition physique, peuvent souffrir d'une ou plusieurs conditions limitatives ou maladies chroniques, mais cela n'affecte pas encore leurs capacités fonctionnelles de façon majeure. En avançant en âge, ces personnes sont vouées à devenir frêles ou non autonomes, soit à la suite d'une maladie, d'une chute, d'un accident ou d'un choc émotif, soit en raison de leur inactivité physique ;
- frêles : ces personnes peuvent effectuer les activités de base de la vie quotidienne, leur capacité fonctionnelle est réduite, mais elles peuvent vivre de façon autonome avec une aide de nature humaine ou technologique. Particulièrement exposées aux chutes, elles sont hospitalisées fréquemment, nécessitent souvent des soins prolongés et requièrent une attention au domicile.

A ce stade de la recherche-action, il restait à déterminer concrètement que faire, comment faire ?

La mise en action, à l'aide du carnet de bord en assurance de qualité

Pour répondre à cette double question, les différentes étapes proposées dans le carnet de bord en assurance de qualité ont été mises en place avec l'équipe de la maison médicale de Ransart. L'évaluation de cette expérience a permis de poser de nouvelles questions, dont l'éclaircissement devrait ultérieurement permettre de définir un protocole pour l'implantation sur une large échelle du changement expérimenté.



● Les critères de qualité

Parmi les critères de qualité proposés dans le carnet de bord, huit ont été retenus : pertinence, efficacité théorique et pratique, efficience, intégration, globalité, travail en équipe, pluridisciplinarité, continuité, acceptabilité, participation du patient.

● L'analyse locale, la définition des objectifs

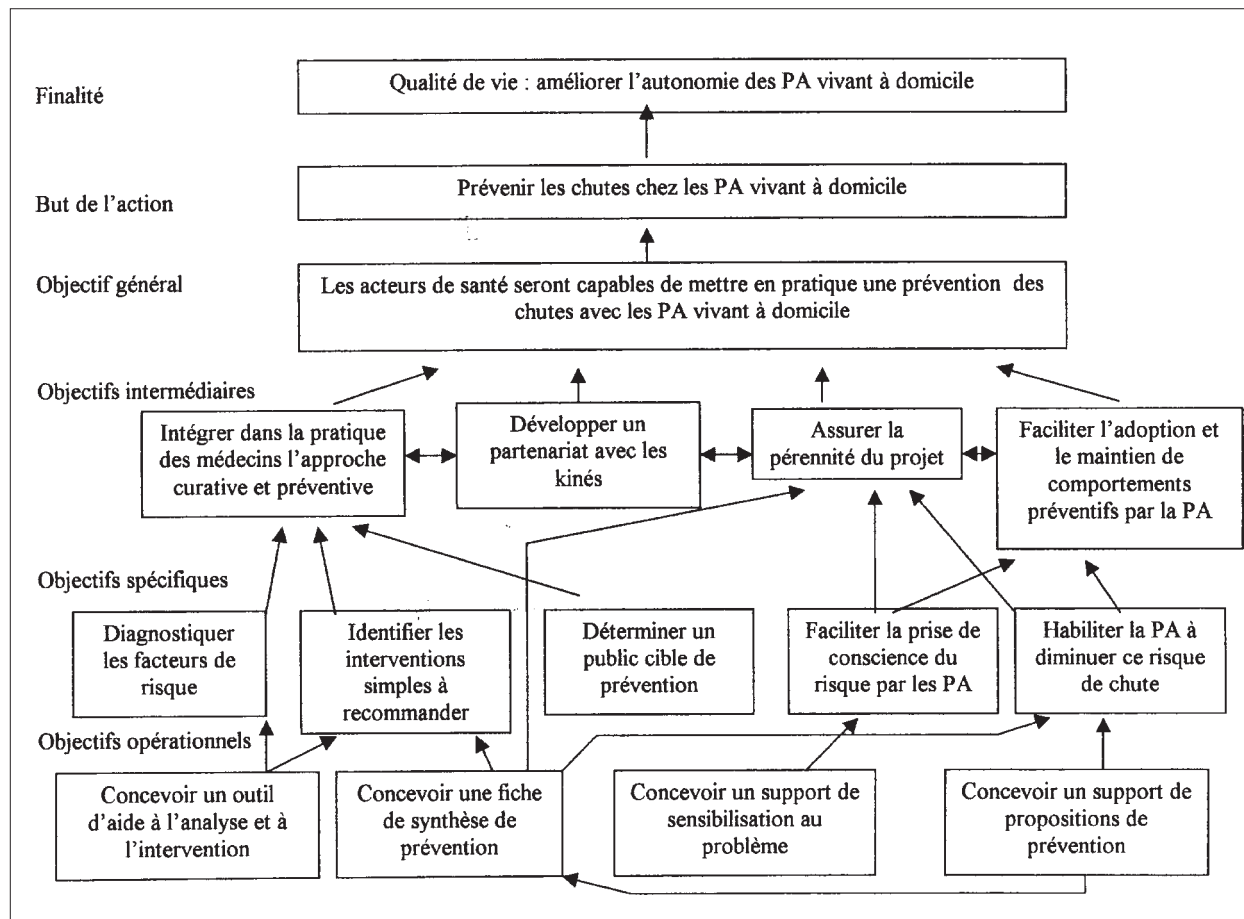
Cette analyse a été réalisée, dans des réunions de travail, par le chercheur et les médecins de la maison médicale. Ceux-ci ont évalué les recommandations de bonne pratique et leur applicabilité sur le terrain.

Ce travail a permis de créer un arbre des objectifs précisant l'objectif général, les objectifs intermédiaires et spécifiques, pour arriver à des objectifs opérationnels (voir schéma).

● La planification du changement

La suite du travail s'est concentrée sur l'objectif opérationnel : « conception d'un outil d'aide à l'analyse et à l'intervention » (voir figure ci-dessus). Différentes étapes ont dès lors été planifiées :

- déterminer le public cible de l'intervention : concevoir un outil d'aide à l'analyse qui tienne compte des facteurs confondants établis dans la littérature et qui permette, d'une part de dépister dès le départ, en consultation courante, les personnes les plus à risque ; d'autre part - et surtout - de déterminer s'il est pertinent ou non de proposer une stratégie de prévention pour ces personnes ;
- concevoir un outil d'aide à l'analyse pour les médecins ;
- identifier les interventions simples à recommander : en terme d'actions à proposer et/ou



Un projet pilote sur la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile

de personnes à solliciter. Plus précisément, il s'agit d'adapter ces interventions au système de santé belge et aux structures de soins à domicile de la partie francophone ; d'identifier les partenaires potentiels de la maison médicale (kinésithérapeute, groupe de gymnastique etc.) et les services d'aide à domicile (compétences spécifiques, conditions d'accès) ; de concevoir un outil d'aide à l'intervention dans le cadre de la maison médicale (idéalement, ces interventions devaient être adaptées aux capacités fonctionnelles de la personne âgée, tenir compte de l'entourage social et familial et d'éventuelles interventions déjà proposées ou mises en place par elle) ;

- intégrer dans la pratique des médecins l'approche curative et préventive. Plus précisément, il s'agit de mettre la question à l'ordre du jour d'une réunion d'équipe pour présenter, expliquer et adapter les divers outils proposés ; de demander aux médecins de tester ces outils dans leur pratique quotidienne ; d'évaluer ce test avec eux ;
- développer un partenariat avec les kinésithérapeutes locaux : présenter l'outil aux kinésithérapeutes lors d'une réunion de l'Association médicale de Ransart-Hepignies (AMRH) ; éventuellement prévoir une réunion d'information pour les kinésithérapeutes qui collaborent avec la maison médicale et sont intéressés ; leur faire tester des stratégies de prévention ;
- faciliter la prise de conscience du risque de chute par les personnes âgées et les habiliter à diminuer ce risque. Cet axe a été peu développé, il dépassait le cadre du mémoire. Des maquettes ont été créées à partir d'outils d'information déjà existants.

Evaluation

Le résultat atteint est la création d'un document très complet, proposant une stratégie en quatre étapes qui consiste à :

- déterminer si le patient est à haut risque de chute. Si oui,
- déterminer s'il est pertinent de proposer des stratégies de prévention pour ce patient. Si oui,

- déterminer quelle(s) analyse(s) proposer par rapport au risque de chute et ensuite,
- déterminer quelle(s) action(s) proposer et/ou vers quelles personnes référer ce patient.

Les deux premières étapes sont à réaliser lors d'une consultation courante ; les étapes 3 et 4, si elles s'avèrent nécessaires, font l'objet d'une consultation centrée sur cet objectif, à proposer à la personne âgée.

L'outil est scindé en trois parties :

- analyse en consultation courante ;
- consultation spécifique « prévention des chutes » ;
- documents d'aide et d'outils divers pour la personne âgée.

En terme de processus, cet outil a été utilisé par les médecins de la maison médicale pendant un mois. L'évaluation s'est faite avec eux selon deux méthodes : réunion basée sur la technique du métaplan, et enquête par questionnaire individuel auto-administré.

Le questionnement en réunion a porté sur la stratégie, le fond et la forme des outils destinés aux médecins, l'adéquation des outils proposés aux patients. Ces échanges ont permis de dégager, en ce qui concerne l'outil destiné aux médecins :

- des appréciations positives : pertinence de la démarche en plusieurs étapes, faisabilité (première étape courte), intérêt des critères d'exclusion (pas toujours investigués dans la pratique habituelle) ;
- des avis négatifs : implantation difficile au long cours à cause d'autres contingences (temps, autres activités de prévention, épidémies, etc.), manque de temps pour la consultation spécifique... ;
- des propositions de modification, de l'outil.

L'enquête a porté sur la satisfaction des médecins, leur avis sur l'efficacité de l'outil (effets réels à court terme et modification de la pratique), la manière dont ils ont appliqué la stratégie proposée. Les résultats de cette enquête ont été largement positifs. Toutefois, en terme de résultats auprès des patients, la période d'application était un peu courte (impératifs du mémoire) et donne relativement peu d'informations. Sur vingt-quatre personnes de soixante ans et plus auxquelles la stratégie a été appli-



quée, neuf personnes identifiées à haut risque ont fait l'objet d'une consultation spécifique ; trois ont fait l'objet d'interventions spécifiques suite à cette consultation.

Perspectives futures

Pour que ce projet-pilote puisse déboucher sur un changement de pratiques plus large, il serait nécessaire d'établir un protocole de recherche définissant de nouveaux objets, critères et indicateurs d'évaluation pertinents, valides et fiables.

Plusieurs étapes seraient nécessaires :

- réaliser une validation interne et externe de l'outil d'analyse des capacités fonctionnelles ;
- analyser les supports les plus pertinents à remettre aux personnes âgées : en effet, les documents qui leur ont été remis dans le cadre de ce projet étaient des maquettes non validées. Il n'est pas évident par ailleurs que ce type de support soit le plus pertinent par rapport au public cible ;
- étudier l'influence de supports d'informations et/ou de programmes d'éducation plus développés sur la modification des facteurs de risque intrinsèques et extrinsèques, ainsi que sur la démarche préventive en général ;
- analyser la sensibilité et la spécificité de l'outil ; s'interroger sur la pertinence d'élargir les critères d'exclusion et sur les possibilités d'intégration de ces critères dans l'outil actuel pour améliorer sa sensibilité (par exemple, ajouter comme facteur d'exclusion les problèmes de consommation importante d'alcool) ;
- développer l'action intersectorielle en élargissant le projet à d'autres collaborations, certains médecins souhaitent déléguer l'évaluation fonctionnelle afin d'alléger la consultation spécifique « chute ». Comment procéder ? Quelle nouvelle synergie mettre en place ? Travailler plus spécifiquement avec un service d'aide à domicile, de coordination à domicile ? Solliciter plus les kinésithérapeutes dans le cadre de la nouvelle nomenclature ? ●

Aux environs de Charleroi, cette maison médicale date de 1976 et est composée de 6 médecins dont un mi-temps avec une secrétaire. La patientèle est de 2750 environ et elle fonctionne à l'acte.

Source : Karl Thibaut, *Prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile. Quelles stratégies proposer ?*, mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de licencié en sciences de la santé publique. Orientation : Promotion – Education Santé, UCL, Janvier 2004.

La prévention du risque cardio-vasculaire global : une recherche-action initiée par le politique

Thierry Wathelet,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Espace santé.

(1) Le risque cardio-vasculaire « haut » ou « élevé » correspond à une probabilité de 20 % (ou plus) de faire une manifestation ischémique majeure (cardiaque ou cérébrale) dans les dix années à venir. Ce risque concerne 15 % des adultes belges (25 % des hommes et 5 % des femmes) à partir de trente ans, environ huit cent cinquante mille belges. Risque « intermédiaire » ou « moyen » = probabilité entre 10 et 20 %. Risque bas : probabilité inférieure à 10 %.

Mots clés :
recherche-action,
médecine générale,
promotion de la
santé

La problématique de départ

Les maladies cardio-vasculaires constituent un problème de santé publique majeur. Les facteurs de risque impliqués dans l'apparition de ces pathologies sont clairement identifiés. Toutefois, nombreuses sont les personnes qui ignorent être à haut risque cardio-vasculaire¹. Le médecin généraliste occupe une place de choix pour contrer cette situation ; encore faut-il faire en sorte qu'il puisse réaliser un dépistage adéquat et prendre en charge de manière efficace la prévention cardio-vasculaire chez les patients à risque.

Plusieurs études ont montré les obstacles rencontrés par le médecin généraliste face à la prévention de divers problèmes nécessitant une modification à long terme des habitudes de vie des patients. La recherche-action présentée ici se base sur les recommandations issues de ces différentes études.

Le contexte, le dispositif et les partenaires de la recherche-action

La grande originalité de cette recherche-action, actuellement en cours, réside dans le fait qu'elle a été initiée par la Communauté française. Celle-ci a inscrit les maladies cardio-vasculaires parmi les problèmes de santé prioritaire dans son programme quinquennal de promotion de la santé. Elle a au préalable, plus largement, effectué un travail de réorientation de la prévention et de la promotion de la santé, consistant à :

- Recentrer les projets de médecine préventive à partir des critères d'*Evidence-based Medicine* (EBM) afin d'augmenter la pertinence des pratiques de dépistages ;
- Structurer la médecine préventive, dorénavant incluse dans le volet pro-

motion de la santé ; ce qui permet de mettre en place différents centres de référence pour des priorités telles que le dépistage et la prévention du cancer du sein et des maladies cardio-vasculaires ;

- Valoriser et renforcer la place du médecin généraliste pour le stimuler à développer la prévention au sein de sa pratique. Un décret a été voté : il définit le médecin généraliste comme le personnage central dans la prévention, et veille à lui faire prendre une place de moteur et/ou à tout le moins de participant dans les centres de référence.

Le « Programme de prévention cardio-vasculaire en médecine générale » a été lancé en juillet 2003 par la Communauté française, qui avait invité, au préalable, dans un premier temps, différents partenaires : la Société scientifique de médecine générale (SSMG), la Fédération des maisons médicales, les centres universitaires de médecine générale (université libre de Bruxelles, université catholique de Louvain, université de Liège), l'Observatoire de la santé du Hainaut, l'école de santé publique de l'université catholique de Louvain, l'asbl Question Santé et le Forum des associations de généralistes.

Dans un deuxième temps, le Centre expérimental de référence pour la promotion cardio-vasculaire en médecine générale a été établi, réunissant les différents partenaires cités ci-dessus. Le pilotage de ce centre a été confié par la ministre à la Société scientifique de médecine générale et à la Fédération des maisons médicales, avec l'appui de l'expertise du professeur Benoît Boland (interniste). La structuration de la Fédération des maisons médicales en intergroupes régionaux, ainsi que celle de la Société scientifique de médecine générale avec les dodécagroupes, rendait pertinent le fait que ces institutions coordonnent le projet. Elles sont d'ailleurs toutes deux, les interlocutrices reconnues de la Communauté française en tant que représentantes des médecins généralistes. Les



autres institutions citées ci-dessus constituent le comité d'accompagnement du projet.

Dans un troisième temps, le comité de pilotage a fait appel à différentes associations de médecins généralistes pour mettre en place la recherche-action sur le terrain ; neuf se sont portées volontaires, dont trois intergroupes de maisons médicales (Liège, Bruxelles, Charleroi). Chaque association a choisi un à trois délégués chargés d'assurer le lien entre leurs confrères et le comité de pilotage. Cette méthodologie met en pratique des pistes de solutions aux obstacles classiquement identifiés au développement de la prévention et de la promotion de la santé en médecine générale.

L'analyse des données recueillies dans cette phase pilote a été confiée au service d'études des Mutualités socialistes.

Les objectifs du projet

Les objectifs peuvent se décliner comme suit :

- à court terme : réaliser des expériences pilotes avec des médecins généralistes pour vérifier l'opérationnalisation (acceptabilité, faisabilité et impact) d'une stratégie de dépistage définie en concertation avec eux ;
- à moyen terme : implanter, à large échelle, le dépistage du risque cardiovasculaire et la promotion de la santé en médecine générale francophone ;
- à long terme : diminuer l'incidence des maladies cardiovasculaires en Communauté française.

Les étapes de la recherche-action

Cinq étapes ont été définies avant la diffusion du projet sur une plus large échelle. Les trois premières étapes sont actuellement réalisées.

● Première étape : définition de la stratégie, création d'outils, mise au point d'un protocole de test

Le Centre de référence a pu s'appuyer sur le consensus entre tous les acteurs cités plus haut et sur les recommandations d'*Evidence Base Medicine* concernant la prévention du risque cardio-vasculaire global en médecine générale. Une démarche a dès lors été formalisée, et une plaquette « Comment déterminer le risque cardiovasculaire global (RCV) » a été créée pour faciliter sa mise en pratique par les médecins généralistes. La démarche proposée est novatrice et rapide : elle est destinée à s'intégrer dans la pratique courante. Elle se déroule en plusieurs temps : identification des patients à risque et suivi de ceux-ci. Pour l'identification, un algorithme précise les paramètres de prévention à relever, pour les patients de trente à septante-cinq ans, tant à l'anamnèse (âge, statut tabagique, notion d'hypercholestérolémie, notion de diabète, antécédents cardiovasculaires personnels et familiaux) qu'au décours de l'examen clinique (*body mass index* et hypertension artérielle). En posant simplement quelques questions précises, le médecin peut regrouper ses patients en trois catégories : les patients à faible risque cardio-vasculaire, les patients à haut risque et les patients à risque intermédiaire et moyen, dont le risque est à préciser par un examen supplémentaire (prise de sang).

Les patients à risque élevé doivent ensuite être invités à une deuxième consultation centrée uniquement sur la « santé cardiovasculaire ». Il s'agit alors de trouver des pistes permettant de travailler plus avant avec le patient autour des facteurs de risque qui le concernent, dans une négociation commune et une confiance réciproque. Un deuxième outil, intitulé « guide d'entretien », a été créé pour faciliter cette démarche, également novatrice. L'objectif de cet outil est de donner au médecin un canevas de questions lui permettant de rencontrer le monde du

La prévention du risque cardio-vasculaire global : une recherche-action initiée par le politique

patient, de parler avec lui de ses projets de vie, ses envies et ses possibilités de changement, ses préférences dans le choix des sujets de discussion (tabac, alimentation, activité physique, excès de poids, ...), d'aborder par le biais de différentes thématiques, la perception de la santé.

Un protocole de l'étude à réaliser par les associations volontaires a été mis au point. Ce protocole, assez exigeant, prévoyait que :

- chaque association implique dix médecins dans la phase pilote ;
- chaque médecin applique la démarche sur nonante patients (soit 9.000 au total) ; ceux-ci doivent être des patients réguliers, âgés de trente à septante-cinq ans, pris au hasard (trois patients successifs d'une même consultation, trois fois par semaine, entre le 15 février et le 15 mai 2004) ;
- pour ces patients, chaque médecin recueille les données sanitaires mais aussi « des éléments de facilitation en vue d'une amélioration des pratiques », à commencer par la réaction de la patientèle à l'initiative et ce qu'elle évoque comme facteurs freinant ou favorisant la prévention ;
- chaque médecin précise la durée de la consultation et dans quelle mesure cette durée lui semble acceptable dans la pratique courante.

● Deuxième étape : le travail des acteurs de terrain, un processus en cascade

La phase pilote d'expérimentation a été mise en place avec les associations participantes. Pour son fonctionnement, chaque association a reçu un budget de sept mille cinq cents euros. Un processus en cascade a été mis en place : réunions régulières entre les délégués et le comité de pilotage, organisation par les délégués de réunions avec leurs confrères afin d'assurer la transmission des acquis et de recueillir les réactions ; restitution et discussion de ces réactions avec le comité de pilotage. Pour soutenir les réunions organisées par les délégués, des supports leur ont été fournis par le comité de pilotage.

L'objectif de cette phase pilote est de tester l'acceptabilité, la faisabilité et l'impact de cette stratégie de prévention cardio-vasculaire ainsi que l'adéquation des outils proposés ; et

d'identifier les conditions de reproductibilité du processus sur une plus large échelle.

Cette étape s'est déroulée en plusieurs temps :

- explicitation de la démarche, réponse aux questions qu'elle soulève auprès des médecins généralistes, diffusion d'éléments de formation : ceci s'est fait lors des réunions réunissant le comité de pilotage et les délégués des associations participantes. Ces délégués étaient chargés d'organiser ensuite des réunions avec leurs confrères pour assurer la transmission ;
- adaptation des outils en concertation avec les utilisateurs ; les outils décrits ci-dessus ainsi que l'instrument de collecte des données ont ainsi pu être adaptées avec les participants ;
- adaptation du protocole de l'étude selon les remarques des participants ;
- organisation de la mise en pratique.

● Troisième étape : Evaluation

Cette étape est en cours. Il s'agit d'analyser :

- L'acceptabilité, la faisabilité de la stratégie proposée ;
- Les motifs d'exclusion de certains patients, ou de non-réalisation de l'étude ;
- L'acceptabilité, la pertinence des outils proposés, la capacité du médecin généraliste à bien les utiliser ;
- L'acceptabilité du temps dévolu en consultation pour le dépistage du risque (faisabilité) ;
- La réponse du patient à la convocation d'une seconde consultation spécifique ;
- Les différents thèmes abordés lors de cet entretien (sur base du guide d'entretien) ;
- L'acceptabilité du temps dévolu à cette consultation spécifique.

● Quatrième étape : transmission et discussion des résultats avec les participants

Tous les médecins participants sont invités à une réunion en octobre, lors de laquelle les résultats leur seront présentés et discutés avec eux.

● Cinquième étape : éventuelles réadaptations des outils et de la procédure, identification des conditions de reproductibilité



Impact de la recherche-action

Il est encore trop tôt pour mesurer précisément cet impact. Toutefois, des éléments d'évaluation ont été récoltés auprès des participants tout au long du processus (questionnaires remis suite aux différentes réunions, recueil des avis sur les outils proposés, etc.). Ceci permet déjà de constater que :

- la stratégie proposée a été d'emblée reconnue pertinente et a été facilement acceptée. Les délégués ont, lors des séances de formation, souligné l'intérêt du processus de collaboration mené par le Ministère avec les généralistes ;
- l'implication active, dès le départ, du public concerné, a permis l'adaptation progressive et des outils et des instruments d'évaluation, et a facilité leur appropriation ;
- le processus « en cascade », reposant sur des allers-retours entre les délégués, leurs confrères et le comité de pilotage, a été efficace. Les supports fournis aux délégués pour animer ces séances ont été très largement appréciés, et ceux-ci indiquent également avoir pu répondre de manière satisfaisante aux questions posées. Aucun délégué n'a fait appel aux experts disponibles, ce qui signifie que le processus d'accompagnement des délégués a répondu aux besoins ;
- la démarche proposée est un changement de paradigme important, ce qui a été largement commenté par les participants au projet : notamment le fait de ne plus mesurer le cholestérol mais bien le risque cardiovasculaire global chez tous les patients (trente – septante-cinq ans). Une crainte régulièrement émise est de rater certains patients à risque, en se limitant à l'anamnèse proposée. Certains temps de formation, ainsi que les échanges de questions-réponses, ont permis de lever ces résistances, dont il ne faudra toutefois pas oublier l'importance lors du processus de diffusion. L'analyse des questionnaires rentrés permettra d'évaluer dans quelle mesure les changements de pratique souhaités ont réellement eu lieu. ●