

Carnet de bord

« Assurance de Qualité »

Marianne Prévost
Yves Gosselain
Jean Laperche
Michel Roland

Comité d'encadrement :

Marie-Christine Miermans, APES – Ulg
Alain Deccache, RESO – UCL
Stéphane Duval, DUMG – Ulg
Monique Van Dormael, URESP – IMT
René Tonglet, ESP – UCL
Jacques Morel, Fédération M.M.

**2^e édition
Juin 1999**

Introduction

Le « Carnet de Bord Assurance de Qualité » a été conçu pour vous aider à choisir un projet prioritaire, à le construire et à l'évaluer selon la démarche d'assurance de qualité.

Ce document présente pour chaque étape du cycle,

- ◆ « **côté face** » : une brève clarification du contenu de l'étape et des enjeux qu'elle soulève pour la suite du projet ; ainsi que la question à laquelle nous vous invitons à répondre ;
- ◆ « **côté pile** » : le rappel de quelques éléments théoriques vus en formation ou lors d'un séminaire ;
- ◆ « **côté couleur** » : deux exemples, suivis tout au long du document, qui illustrent le cheminement à suivre pour chaque étape.

Ce document ne doit pas être rempli après-coup, comme un simple compte-rendu ou un dossier administratif : il devrait vous aider à structurer votre projet tout au long de son déroulement, nous l'avons donc conçu comme un outil de travail susceptible de guider les différents moments de votre démarche.

Les deux exemples (vaccination diphtérie/tétanos et suivi des patients dépressifs) visent à vous suggérer des pistes de réflexion. Nous considérons, dans ces illustrations, les différents axes de promotion de la santé définis dans « Agir Ensemble en Prévention » : prévention médicale, éducation à la santé, santé communautaire. Ces exemples ne sont pas à prendre comme des modèles : ils ne prétendent pas donner « la » bonne stratégie ; la liste des objectifs, activités et indicateurs présentés, n'est certainement pas exhaustive.

Le cycle d'assurance de qualité peut bien sûr s'appliquer à des problèmes de fonctionnement (dynamique d'équipe par exemple). Cependant, il nous semble important de considérer que la résolution de ce type de problème n'est qu'une étape *intermédiaire* permettant d'améliorer la *santé des patients* : dans le choix du problème central, soyez donc centrés sur un objectif final exprimé dans ces termes.

Ce « Carnet de bord Assurance de Qualité » est donc avant tout un outil de travail pour vous. Il nous permettra aussi à nous, promoteurs du projet « Agir Ensemble en Prévention », d'évaluer dans quelle mesure ce que nous vous avons proposé jusqu'ici (formations, rencontres, séminaires, ...) vous est utile et a un impact sur vos propres activités.

Cet outil est le fruit du travail des équipes, des promoteurs du projet Agir Ensemble en Promotion et du comité d'encadrement.



Pouvez-vous identifier ici 10 problèmes préoccupants dans votre maison médicale ?

Vous avez choisi de mettre plus d'énergie sur un problème particulier, mais ce problème n'est certainement pas le seul auquel vous êtes confrontés : vous l'avez sans doute sélectionné, de manière plus ou moins explicite, parmi d'autres problèmes : des problèmes de santé, des problèmes dans le comportement des patients ; ou encore, des problèmes d'organisation, de fonctionnement de l'équipe ; des difficultés dans la collaboration avec le réseau d'intervenants entourant la maison médicale ...

Ce que nous vous demandons ici, c'est de lister, sans forcément y réfléchir longuement, l'ensemble des problèmes parmi lesquels vous avez défini une priorité (indiquez très spontanément les problèmes évoqués par certains, ou tous les membres de l'équipe : à ce stade, il n'est pas indispensable d'avoir un consensus).



Pourquoi, parmi tous ces problèmes que vous avez cités, celui-ci vous a-t-il paru prioritaire ?

Les raisons pour lesquelles vous avez considéré ce problème comme prioritaire sont sans doute nombreuses : vous pouvez évidemment en citer plusieurs. Soyez attentifs à expliquer en quoi ce problème a ou peut avoir un impact sur la santé des patients (par exemple, si vous avez choisi un problème de dysfonctionnement dans l'équipe, il faudrait montrer en quoi celui-ci a, ou peut avoir, un impact sur la santé des patients).

L'aspect prioritaire peut être lié au problème lui-même, à certains éléments d'opportunité, de faisabilité, ... Vous trouverez au verso quelques exemples des réflexions qui peuvent guider un choix de priorité.

Etape 2



A cette étape, on définit « ce qui devrait être » ; en quelque sorte, un idéal à atteindre pour atténuer ou résoudre ce problème.

Cet idéal, on le définit en fonction de certains critères souvent implicites, mais qu'il est préférable d'explicitier.

Réfléchir maintenant aux critères qui vous semblent importants vous aidera, dans l'étape suivante,

- ◆ A analyser la situation : par exemple, si pour vous la globalité est un critère important vous irez examiner dans quelle mesure votre pratique est actuellement, plus ou moins globale ; ou encore, si vous vous attachez particulièrement à l'autonomie des patients, vous irez examiner dans quelle mesure votre pratique actuelle favorise ou non cette autonomie, etc..
- ◆ A définir vos objectifs : à partir des critères, vous pourrez définir des objectifs à atteindre :
 - non seulement les objectifs finaux (par exemple obtenir tel taux de couverture pour le dépistage du cancer du sein), mais aussi les objectifs intermédiaires (par exemple obtenir l'adhésion des soignants au programme) ;
 - non seulement les objectifs en terme de résultat (par exemple, diminuer la morbidité, augmenter l'autonomie des patients), mais aussi en terme de processus (par exemple, améliorer le travail en équipe, améliorer l'intégration des soins) ;



Quels critères avez-vous retenus pour guider votre projet, pour préciser vos objectifs, et pourquoi ?

Vous disposez d'une liste de critères de qualité relatifs aux pratiques de soins de santé primaires. Cette liste a été élaborée sur base des avis des équipes, de la Charte des maisons médicales, de la littérature ; nous vous la rappelons ici (voir aussi dossier de formation « Qualité des pratiques en maison médicale » (12/1997).

Il faut considérer au départ tous les critères, même si en fin de compte vous n'en retenez que certains. Faites ce choix de manière raisonnée, en fonction du problème considéré : ne retenez pas seulement, de manière intuitive, le critère qui vous plaît le mieux ou qui vous semble le plus facile à mettre en œuvre...

Evitez aussi de considérer tous les critères, mais de manière superficielle.



Comment avez-vous mené votre réflexion (précisez les références bibliographiques, les experts, les intervenants, les équipes consultés) ?

Vous avez différents moyens à votre disposition pour définir « ce qui devrait être » : par exemple,

- consulter la littérature scientifique ;
- demander des avis d'experts ;
- vous fonder sur votre expérience pratique, votre intuition, des discussions dans votre équipe ;
- ou sur les expériences d'autres équipes, des discussions avec d'autres équipes, d'autres intervenants, etc.

Etape 3



Questions-guide

Cette étape comporte deux temps étroitement liés : on approfondit l'analyse de la situation, et à partir de cela on définit des objectifs pertinents et réalistes (l'analyse de la situation a déjà été abordée dans la phase précédente : il s'agit ici, au-delà des intuitions, de préciser comment le problème se pose concrètement).

Comment avez-vous analysé la situation de départ ?

- ◆ quelles sources d'information avez-vous utilisées ?
- ◆ comment avez-vous planifié cette analyse (qui a fait quoi, à quel moment) ?



Quel est le résultat de cette analyse : ce problème, ce besoin que vous avez identifié à l'étape 2, comment se présente-t-il exactement dans votre population ?

- ◆ quelles sont ses différentes facettes, ses causes ?
- ◆ quelle proportion de votre population touche-t-il exactement ?
- ◆ quelles ressources avez-vous pour y faire face ?
- ◆ quelles ressources nouvelles pourrez-vous mobiliser ?
- ◆ quels obstacles, levables ou non, pouvez-vous prévoir ?



Comment, à partir de cela, avez-vous défini vos objectifs ou, autrement dit, vos standards ?

Les critères et les objectifs s'éclairent mutuellement.

Analyser la situation retenue comme prioritaire à l'aide des 14 critères va faire apparaître des objectifs à atteindre pour l'action de santé envisagée.

Et réciproquement, imaginer ce que vous pourriez faire pour cette action de santé va souligner l'importance de tel ou tel critère de qualité.

De même que le cadre dans lequel cette action va se réaliser – le plus souvent, votre maison médicale – vous renvoie à vos valeurs, vos principes fondateurs où certains critères sont déjà présents. Ces critères fondateurs sont-ils cependant toujours bien vivants dans les pratiques de l'équipe ? Devons-nous être attentifs à ce qu'ils ne se dégradent pas ? Si oui, quels objectifs pouvons-nous formuler pour les renforcer ?

Au fur et à mesure de l'analyse de la situation, des critères apparaissent et des objectifs se dessinent. Ces objectifs, en se précisant, mettent aussi en lumière d'autres critères auxquels on ne pense pas nécessairement de suite. Ces autres critères, à leur tour, se traduisent en objectifs complémentaires, consolidant l'action envisagée.

L'analyse doit vous aider à définir des objectifs tenant compte à la fois de ce qui devrait être idéalement, donc, des critères de qualité définis à l'étape 3 ; et de ce que vous êtes en mesure de faire pratiquement, étant donné les caractéristiques de votre population, les contraintes de votre équipe, ses ressources...

Vous serez ici amené à considérer différents types d'objectifs : objectifs finaux et intermédiaires, objectifs en terme de résultat et de processus.

**Décrivez la stratégie que vous avez choisie.**

A ce stade vous avez défini vos objectifs, en tenant compte à la fois de « l'idéal à atteindre », de l'analyse de la situation et de vos ressources.

Il vous reste à définir ce que vous allez mettre en place pratiquement ; çàd à définir le public visé, les activités que vous allez mettre en place, qui va faire quoi, à quel moment, avec quels outils, à quel coût humain et financier. Définir tous ces éléments, c'est planifier le changement.

**Décrivez brièvement comment vous avez mené votre réflexion.**

Vous avez décrit ici la stratégie que vous avez choisie ; mais il est probable que vous aviez envisagé différentes stratégies avant de faire votre choix : vous avez pu, par exemple, envisager d'envoyer une lettre aux patients, et puis ensuite laissé tomber cette idée. Nous vous demandons de décrire ici les différentes étapes de votre réflexion, et de décrire quels moyens vous avez utilisés pour réfléchir à une stratégie : par exemple,

- ◆ en consultant la littérature scientifique, (références) ;
- ◆ en demandant des avis d'experts ;
- ◆ en vous fondant sur votre expérience pratique, votre intuition, des discussions dans votre équipe ;
- ◆ en vous fondant sur les expériences pratiques, les intuitions, les discussions d'autres équipes, d'autres intervenants (lesquels) ; etc...



Décrivez les indicateurs que vous avez choisis pour évaluer votre projet

Pour évaluer, il faut des informations ; celles-ci permettront de voir si l'on a atteint les résultats escomptés, et elles apporteront aussi des éléments nécessaires pour, éventuellement, réorienter le projet.

Il est nécessaire de décider dès le début du projet, ce que l'on va mesurer : on pourra ainsi mettre en place des outils enregistrant les informations en routine (au lieu de faire une enquête spécifique à la fin du projet).

Pour rappel, un indicateur doit être mesurable, même si ce que l'on veut mesurer est d'ordre qualitatif : « un indicateur est une quantité qui dit quelque chose sur une qualité » (MR). Selon cette formulation, on voit bien que l'indicateur ne dit pas tout ; mais ce qu'il dit doit être pertinent par rapport à ce que l'on veut mesurer. Par exemple, le taux de présence des patients à une séance d'animation donne une indication de leur intérêt ; mais cela ne voudra pas dire grand chose s'ils ne sont pas assidus à l'activité, s'ils restent passifs pendant qu'elle se déroule, s'ils ne comprennent pas ce que l'on essaye de transmettre, etc.. : il faudra donc trouver d'autres indicateurs, plus fins que le taux de présence à la première séance, si l'on veut mesurer le succès de l'action.

Il peut donc être utile de définir un ou plusieurs indicateurs pour chaque objectif : cela vous permettra d'évaluer où se situent les obstacles à la bonne évolution du projet.

Une fois définis les indicateurs, il faut aussi définir ce que l'on va mettre en place pour les mesurer, donc de quelle manière on va collecter l'information nécessaire.

Les tableaux suivants vous donnent quelques exemples d'indicateurs que l'on peut définir pour les deux projets décrits ainsi que la manière dont on va collecter l'information. Dans ce tableau, on voit que ces mesures sont prises à différents moments du projet : cela permet de le réorienter au fur et à mesure, en fonction de ce que l'on constate à ces différents moments. A l'étape 7, nous verrons quelques exemples de ces réorientations.



Quels résultats avez-vous observés, comment avez-vous éventuellement réorienté votre projet en fonction de ces résultats ?

Toute la démarche organisée jusqu'ici devrait vous aider à évaluer et réorienter le projet en cours de route : vous avez défini des indicateurs permettant de contrôler à différents moments si le projet se déroule comme prévu, si de nouvelles difficultés surgissent...

Vous faites donc des bilans intermédiaires ; ceci vous amènera peut-être à refaire de petits cycles de qualité. En effet, si le résultat observé n'est pas celui que vous espériez, il faudra analyser ce qui se passe, identifier le problème, éventuellement revoir vos critères, vos objectifs, et donc vos indicateurs...



Résumé du projet

Indiquez ici en quelques lignes, le résumé du projet détaillé dans le présent document.

Etape 1

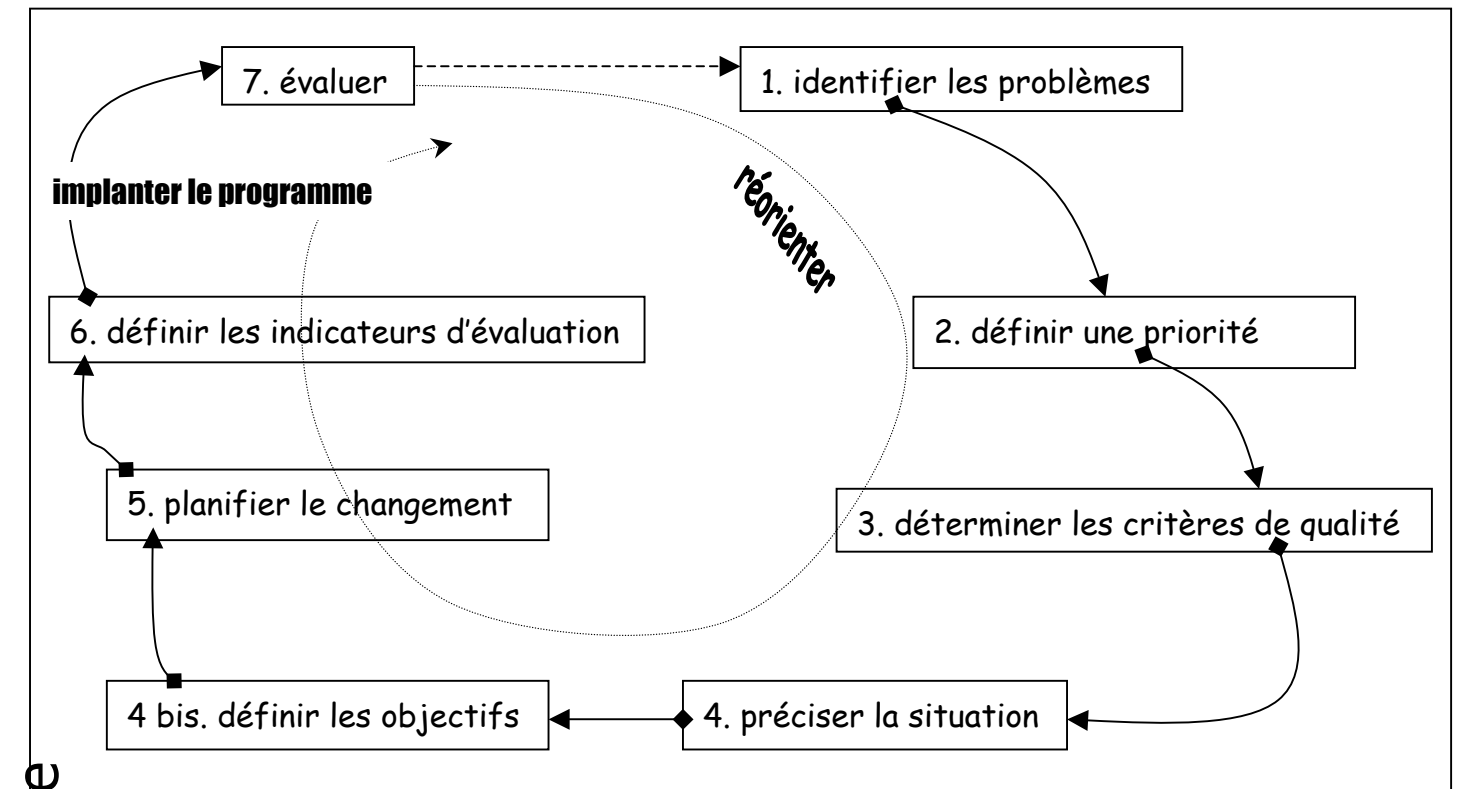
identifier les problèmes

C'est la première étape du cycle d'assurance de qualité ; celui-ci est décrit dans le dossier de formation « Qualité des pratiques en maison médicale (12/1997), particulièrement dans l'article de Michel Roland, « L'assurance de qualité en médecine générale, un concept ancien ».

L'identification des problèmes :

Il est particulièrement utile de tenir à jour une liste des problèmes du moment : temps d'attente trop longs des patients, traitements des ulcères variqueux trop différents, trop de rendez-vous non honorés, plus de 20% de frottis cervicaux de mauvaise qualité, trop d'appels urgents pour motifs futiles, trop d'hospitalisations pour crises d'asthme, etc.. Quant à la manière de relever les problèmes, citons la boîte à suggestions pour les patients, la peer review, la définition d'incidents critiques, (jouant le rôle d'indicateurs : les hospitalisations, les interruptions de grossesse), les discussions en équipe, etc... (Michel Roland)

Le schéma suivant résume le cycle d'assurance de qualité :



L'aspect prioritaire peut être lié...

AU PROBLÈME LUI-MÊME, par exemple :

C'est un problème de santé qui, en Belgique en général et/ou dans notre population en particulier, est

- ◆ grave (de par ses conséquences en terme de mortalité, morbidité, inconfort social-psychologique,...) ;
- ◆ fréquent (de par le nombre important de personnes concernées) ;
- ◆ urgent (car son évolution est rapide) ;
- ◆ qui touche des patients déjà défavorisés ou fragilisés ;
- ◆ que nous avons l'impression de ne pas avoir suffisamment pris en charge jusqu'ici ;
- ◆ qui suscite une demande (explicite ou non) d'un grand nombre de patients.

C'est un problème de comportement et/ou de connaissances, qui risque à terme de provoquer des problèmes de santé chez nos patients (par exemple, le tabagisme, le manque d'exercice physique, la sexualité non protégée, ...).

C'est un problème de collaboration avec le réseau d'intervenants entourant la maison médicale...

- ◆ qui provoque une demande de soins incohérente,
- ◆ qui entraîne un mauvais échelonnement des soins, ...
- ◆ qui entraîne des conflits de territoire néfastes pour la santé des patients.

C'est un problème de fonctionnement, qui fait obstacle à la qualité des soins.

□ À L'OPPORTUNITÉ ET À LA FAISABILITÉ DU PROJET, par exemple :

Dans notre équipe, nous sommes particulièrement motivés par rapport à ce problème (nous avons été sensibilisés par un incident critique, par un stimulant extérieur, par un membre de l'équipe ; c'est un problème qui nous touche particulièrement au niveau des valeurs que nous voulons promouvoir, ...

Il nous semble que par rapport à ce problème, **nous pouvons mettre en place un programme...**

- ◆ faisable (il y a les compétences, les personnes, le temps, les moyens, ...),
- ◆ porteur (le programme peut valoriser la MM),
- ◆ mobilisateur (le programme peut susciter l'adhésion, permettre l'interdisciplinarité, la coordination des efforts),
- ◆ novateur,
- ◆ reproductible pour d'autres maisons médicales ou pour un autre secteur de notre activité.

Remarque : la démarche de l'APPRET peut vous aider à définir vos priorités ; vous pouvez vous référer au dossier de l'APES, « L'APPRET, une méthode pour construire des programmes d'éducation pour la santé ».

Les dimensions de la qualité en médecine de famille

Un **critère** représente la **situation optimale par rapport à différentes dimensions**. On peut trouver dans la littérature, la définition de valeurs optimales précises pour certaines de ces dimensions : par exemple pour l'efficacité en matière d'hypertension, le critère d'efficacité (résultat) est d'obtenir une pression artérielle inférieure à 140/90 pour 100% des patients (puisque l'on sait qu'il y a un lien causal entre l'hypertension et les accidents vasculaires cérébraux). Pour d'autres dimensions, moins « classiques » que l'efficacité technique, on ne trouvera pas dans la littérature une telle précision chiffrée de la valeur optimale. Celle-ci peut être définie comme la mise en œuvre parfaite de chaque dimension : par exemple, si l'on prend la continuité, l'idéal serait que toutes les informations pertinentes nécessaires soient toujours disponibles, pour être prises en considération à tout moment adéquat par chaque dispensateur, dans toutes les situations qui se présentent. On voit bien que ces valeurs optimales sont un idéal que l'on ne pourra pas parfaitement réaliser... à l'étape suivante, on définira, par rapport à chaque dimension, des objectifs (ou autrement dit des standards) réalistes en fonction de la situation concrète.

la pertinence : c'est la première question qui se pose sur un projet : est-ce que ça vaut la peine de le mettre en place : le projet répond-il à un réel problème, observé par les soignants et/ou exprimé par les patients (pertinence des buts) ? les méthodes proposées, ou déjà mises en place, sont-elles adéquates ? (pertinence des stratégies et méthodes). Ces questions renvoient à

l'efficacité théorique, ou utilité, représente les résultats attendus d'un processus dans des circonstances idéales et théoriques.

(Ex : le vaccin diphtérie/tétanos offre une protection supérieure à 90%)

l'efficience : représente le rapport entre l'efficacité et le coût (en temps, en argent, en énergie).

la globalité articule la santé et le social ; elle consiste à envisager l'ensemble des aspects des problèmes de santé présentés par les patients, qu'ils soient physiologiques, organiques, familiaux, sociaux, psychologiques, économiques ou culturels (une démarche globale est nécessaire autant pour faire un diagnostic correct du problème que pour comprendre comment y répondre adéquatement).

la continuité implique que toutes les informations pertinentes nécessaires soient disponibles pour être prises en considération au moment adéquat par les dispensateurs appelés à soigner l'individu, tant au niveau des soins de base qu'au niveau spécialisé (la responsabilité de la continuité relève essentiellement de l'échelon primaire et du patient lui-même).

l'intégration articule le curatif et le préventif. Elle peut se traduire de deux manières : la coexistence dans le même service, d'activités curatives, préventives, d'éducation santé, de revalidation, et/ou la coordination avec d'autres services.

l'accessibilité fait référence à la possibilité pour un patient de recevoir les soins à un coût (accessibilité financière), un endroit (accessibilité géographique), un moment et dans des conditions (acceptabilité) raisonnables (il faut donc aller plus loin qu'une simple réponse à la demande, pour étudier ce qui peut la freiner et comment lever ces obstacles).

l'acceptabilité ou légitimité, définit l'harmonie de la pratique par rapport aux normes sociales, éthiques et culturelles des utilisateurs et de leurs familles.

l'équité est un attribut essentiel du système de santé, dont une des politiques généralement acceptées est la distribution des services en fonction des besoins. C'est une dimension très politique et idéologique puisque le critère « selon les besoins » exclut l'égalité de moyens, au profit d'une distribution plus large aux plus démunis (passer plus de temps avec des personnes qui ont des difficultés de compréhension, se déplacer à domicile pour les moins valides, accepter de soigner certaines personnes non protégées, etc.).

la participation des patients peut aller de la simple utilisation des services à l'intervention dans la prise de décision ou dans la gestion. La participation peut prendre des formes collectives ou individuelles, être suscitée par les professionnels ou initiée par les patients, ... (un projet est participatif s'il est à l'écoute des demandes, s'il aide à mieux les entendre, si les patients ont l'occasion de s'exprimer, de participer aux différents stades d'un projet, de le modifier, voire de le refuser).

la subsidiarité, ou l'échelonnement, est le fait qu'une action soit réalisée par la personne ou le service qui le fera de la manière la plus efficiente et la plus proche des gens.

la systématisation est le fait de rendre une action le plus systématique possible, lorsque cela est pertinent.

le travail en équipe, l'interdisciplinarité est de plus en plus souvent cité comme un critère de qualité en soi, par la confrontation, les échanges, les comparaisons, le non-isolement qu'il génère intrinsèquement. Pour un projet particulier, l'important est qu'il soit compris, porté par l'équipe, même si tous n'y participent pas activement ; et que les points de vue différents, voire divergents, puissent être partagés.

la satisfaction est une notion très subjective, elle dépend de la manière dont on conçoit son travail et dont on définit ses objectifs. Elle est essentielle, car un projet risque de ne pas être maintenu à long terme s'il ne procure pas une satisfaction à l'équipe. La satisfaction de l'équipe résulte peut-être d'un accord sur les points qui précèdent : si le projet est perçu par tous comme pertinent, efficace, global, etc... il a des chances d'être satisfaisant.

Quant à la satisfaction des patients, il est évidemment fondamental de la considérer comme un aspect de la qualité des soins (curatifs ou préventifs) et de faire appel à eux pour l'évaluer ; tout en sachant qu'il n'y aura jamais concordance parfaite entre les besoins de santé tels qu'ils sont définis par les professionnels, les attentes des patients, et ce qu'on est en mesure de leur offrir... on peut seulement tendre vers le meilleur équilibre possible.

La satisfaction est multidimensionnelle : on peut être satisfait pour 1.000 raisons, il sera donc important de bien comprendre toutes les facettes de ce sentiment.

Distinguer valeurs, buts/missions/intentions/objectifs

Le sens de cette distinction est avant tout d'éviter une confusion trop fréquente (...). Lorsqu'on parle dans le langage courant d'objectifs, ce sont le plus souvent des valeurs ou des buts qui sont énoncés spontanément.

Par valeurs*, nous entendons de vastes objectifs moraux, sociaux ou politiques : favoriser l'autonomie de tous, promouvoir la santé, lutter contre les injustices, etc.. Ce sont des idéaux, en ce sens qu'ils ne seront jamais définitivement réalisés.

Par buts (ou missions ou intentions), nous entendons ce qu'une institution – ou tel individu qui en fait partie – veut ou doit faire habituellement : par exemple informer la population des risques liés à certains comportements alimentaires, développer les actions communautaires... Un but est plus concret qu'une valeur, mais il n'est jamais atteint une fois pour toutes : le travail est toujours à poursuivre ou à ajuster.

Ce qui caractérise un objectif, c'est que l'on peut dire dans quelle mesure on l'a réalisé. Il faut donc préciser à quoi on veut arriver concrètement. Par exemple : augmenter significativement (par ex. de x%) le recours aux soins médicaux pour telle population, réduire le nombre d'agressions (par ex à moins de x par an) dans telle école, augmenter le niveau d'implication des gens du quartier (par ex. x habitants participeront au moins 4 fois par an à telle activité), ... Si un objectif est trop vaste, on gagnera à le diviser en plusieurs objectifs secondaires.

*ou finalité

Agir en promotion de la santé : un peu de méthode, Bruxelles Santé numéro spécial 1997, Question Santé.

Recueillir les données

Il y a plusieurs méthodes pour collecter des données : analyse des registres, des dossiers, enquêtes auprès des patients, en groupe ou individuellement, observation directe en consultation ou en salle d'attente, discussions en équipe, interviews individuelles des soignants. Il sera le plus souvent pertinent de combiner différentes sources d'information.

Il est nécessaire de bien préciser au départ quelle information on veut récolter, dans quel but, et de quelles ressources on dispose pour faire cette recherche – bref, de bien définir le protocole de récolte des données : il vaut mieux récolter quelques informations fiables et utilisables, que de faire une enquête peu rigoureuse apportant une masse d'informations dont on ne saura que faire...D'où l'intérêt d'avoir déjà balisé le questionnement aux étapes précédentes.

Réfléchir de manière cyclique

A chaque étape, on peut être amené à compléter ce qui a été mis en évidence à l'étape précédente, et on peut donc être amené à faire des aller-retour dans la réflexion.

Par exemple, si l'on constate à l'étape 4, que les patients défavorisés comprennent moins bien, acceptent moins bien que d'autres l'intérêt de la vaccination ou d'une démarche psychothérapeutique, on pourra mettre l'accent sur le critère d'**équité**, auquel on n'avait pas pensé précédemment : mettre plus d'effort d'information, d'éducation, de soutien, pour ces patients-là. De même, c'est en analysant ce qui se passe que l'on peut comprendre pourquoi certains soignants, au-delà d'un accord de principe sur le programme, auront sans doute des difficultés à le mettre effectivement en place : la prise de conscience de ces réticences amène à définir un objectif intermédiaire centré sur **l'acceptabilité du programme par les soignants eux-mêmes**.

Qu'est-ce qu'un indicateur ?

Les indicateurs sont des grandeurs quantifiables, représentant la situation sur laquelle on se propose d'agir.

Un indicateur doit donner l'information pour aider à la prise de décision : il doit donc se rapporter au champ de décision et dans le temps où il faut décider. Un mauvais indicateur est un indicateur qui ne sert à rien dans la prise de décision ou un indicateur qui n'implique pas de décision.

Un indicateur doit posséder certaines **qualités** :

- ✓ **validité interne**, c'est-à-dire mesurer réellement ce qu'on veut mesurer (tenir compte du contexte local) ;
- ✓ et évoluer avec la situation qu'on mesure, dans le même sens et proportionnellement : c'est-à-dire qu'il doit traduire dans ses propres variations les variations de la situation qu'on analyse. Il sera dit alors **sensible et spécifique** ;
- ✓ **validité externe** : un bon indicateur est celui qui donne les mêmes résultats quelles que soient les conditions d'utilisation. Cela se traduit par sa reproductibilité d'un observateur à l'autre, et chez le même observateur d'un moment à l'autre ;
- ✓ constituer un **ensemble global** : c'est-à-dire couvrir la complexité de la prise en charge d'une situation clinique spécifique ;
- ✓ **sensibilité au changement** : évaluer des facteurs modifiables et sensibles à la modification de ces facteurs ;
- ✓ **facilité** d'utilisation et de mesure ;
- ✓ **faible coût** ;

exemples

Dans la suite de ce carnet de bord, nous allons suivre deux projets à titre d'exemple :

l'équipe A

a choisi de faire un **programme de prévention du tétanos** : elle a choisi ce problème car elle a l'impression que c'est un acte préventif de base, qu'elle n'a pas suffisamment pris en charge jusqu'ici ; et parce qu'elle veut se mobiliser autour d'un projet relativement simple, qui lui semble faisable sans trop de moyens supplémentaires et sans entraîner trop de débats.

l'équipe B

a choisi de faire un programme destiné à **mieux prendre en charge les patients dépressifs** : la dépression est un problème fréquent, qui peut être grave, face auquel les patients défavorisés semblent avoir peu de ressource ; cette maison médicale a beaucoup de patients dépressifs, les stratégies de prise en charge sont diversifiées, l'équipe a l'impression de ne pas bien gérer cette problématique.

exemples

l'équipe A

prévention tétanos

La littérature définit un critère en terme d'**efficacité** : que tous les patients soient vaccinés, non seulement pour le tétanos mais aussi pour la diphtérie. L'équipe n'a rien trouvé dans la littérature pour d'autres critères, mais elle estime que son projet devrait aussi répondre aux critères suivants :

- ◆ **le travail en équipe** : en l'occurrence tous les soignants devraient participer au programme de vaccination, de manière **systématique** ;
- ◆ **l'intégration** : il lui semble indispensable de profiter de toute consultation curative pour proposer le vaccin, pour mieux convaincre le patient mais aussi pour avoir une **efficience** maximale ;
- ◆ **la participation des patients** : ils devraient tous comprendre l'intérêt de la vaccination, l'accepter ou au moins pouvoir expliciter leur refus ; à terme, ils devraient tous demander spontanément la vaccination en temps utile. Ceci permettrait non seulement d'augmenter la couverture, mais aussi de favoriser **l'autonomisation** des patients ;
- ◆ **la systématisation** dans le remplissage des dossiers : tous les dossiers devraient être remplis correctement avec mention de la prochaine date dans l'échéancier, non seulement pour améliorer le contact avec les patients (qu'ils se sentent réellement suivis), mais aussi pour pouvoir mesurer parfaitement la couverture. Il conviendrait aussi que le stock de vaccins soit systématiquement à jour.

Beaucoup de critères de qualité définis à ce stade dépassent le résultat final proprement dit pour lequel on a trouvé un critère dans la littérature ; on voit bien dans cet exemple que prendre en compte ces autres critères aidera à définir des objectifs intermédiaires (permettant d'atteindre un meilleur résultat), et donc à structurer la réflexion et l'action.

patients dépressifs

Elle n'a pas trouvé dans la littérature de critères précis en terme de résultat. Par contre, certaines procédures sont validées pour améliorer la prise en charge : la psychothérapie, un traitement médicamenteux adéquat, le soutien du réseau social. Sur base de ces recommandations, et de ses propres réflexions, l'équipe détermine les critères de qualité suivants :

- ◆ **la continuité des soins** : il faudrait que tous ces patients soient titularisés (alors qu'ils ont tendance à aller chez différents soignants sans coordination) ;
- ◆ **l'acceptabilité** : il faudrait que tous les patients dont l'état nécessite une psychothérapie, acceptent cette démarche ;
- ◆ **l'accessibilité** : il faudrait pouvoir offrir à chacun de ces patients des consultations d'au moins 30', étant donné la complexité de leurs problèmes et leurs difficultés à les exprimer ;
- ◆ **le travail en équipe** : il faudrait que les rôles de chaque soignant soient parfaitement définis, et que des discussions d'équipe aient lieu très régulièrement (certains patients sont très difficiles à gérer : nombreux appels téléphoniques en période d'angoisse, exigence de rendez-vous immédiats, demande excessive d'écoute à la salle d'attente..) ;
- ◆ **la globalité** : il faudrait que tous les aspects de la problématique puissent être pris en charge, y compris ceux qui ne ressortent pas de la psychothérapie ou du traitement médicamenteux (solitude, difficultés d'intégration professionnelle, par ex.). En discutant autour de ce critère, l'équipe réalise qu'il est étroitement lié au critère de **subsidiarité** : une collaboration devrait être établie avec tous les pysy externes suivant des patients de la maison médicale ; il faudrait aussi organiser une coordination avec toutes les associations susceptibles d'aider ces patients à s'insérer dans un réseau social capable de les soutenir.

Etape 4 Préciser la situation actuelle et définir des objectifs

exemples

Dans ces tableaux, nous illustrons de manière schématique, pour chaque projet, la démarche suivie : comment elle a analysé la situation à partir des critères définis au point 3, ; le résultat de cette analyse ; les objectifs qui en découlent.

l'équipe A

vaccin diphtérie tétanos

Critères choisis	Moyens utilisés pour analyser la situation	Résultats de cette analyse	Objectifs qui en découlent
Couverture (efficacité pratique)	Un médecin a analysé un échantillon de dossiers (méthode LQAS) ;	Notre couverture actuelle est de 35% ; d'après les dossiers, 65% des patients ne seraient donc pas en ordre, ce qui représente environ 800 personnes.	Vérifier le statut vaccinal de tous les patients se présentant à la consultation. Dans les 12 mois qui suivent, faire en sorte que 70% des patients soient en ordre (il nous paraît plus réaliste de viser une couverture de 70% plutôt que de 100%, en tous cas pour une 1 ^e année, vu notre faible couverture actuelle et les obstacles identifiés).
Intégration	Nous avons discuté sur la nécessité d'intégrer la proposition de vaccin dans toute consultation et avons défini chacun notre manière de procéder.	Certains soignants trouvent difficile d'intégrer systématiquement la proposition de vaccin dans toute consultation curative (pour des raisons de temps et d'acceptabilité) ;	Faire accepter par tous les soignants l'intérêt et la faisabilité d'intégrer la proposition de vaccin dans toute consultation curative + trouver une organisation qui facilite cette intégration et une répartition des tâches adéquate.
Systématisation, → pour le remplissage des dossiers, → et pour l'utilisation de l'échéancier	Une infirmière a analysé les dossiers et a présenté cette analyse à l'équipe ; à partir de cela, nous avons discuté en équipe sur le remplissage des dossiers et sur l'utilisation de l'échéancier	Les soignants ne remplissent pas systématiquement les dossiers ; notre taux actuel de 35% est donc sans doute < au taux réel, mais nous ne pouvons mesurer à quel point ; une partie de l'équipe n'est pas prête à utiliser l'échéancier (temps, réticence informatique, acceptabilité), ou ne sait comment faire ;	Faire comprendre aux soignants la nécessité de remplir plus correctement les dossiers et d'utiliser l'échéancier ; Faire en sorte que tous les soignants remplissent correctement les dossiers et utilisent l'échéancier
→ pour la mise à jour des stocks de vaccins	Nous avons discuté en équipe	Le frigo n'est pas très accessible ; il y a souvent des ruptures de stock	Organiser la gestion du vaccin

Participation des patients	<p>Nous avons consulté une enquête sur la perception de la population par rapport à ce vaccin ; nous en avons discuté avec d'autres intervenants qui ont mis en place un tel programme ; nous avons discuté en équipe, pour préciser notre perception quant à nos propres patients</p>	<p>Certains patients sont peu conscients de l'intérêt de ce vaccin ; certains sont très réticents, surtout parmi les gens à faible niveau d'instruction, ou appartenant à d'autres cultures ; par contre d'autres patients demandent spontanément la vaccination. La plupart des patients disent accueillir favorablement la vaccination.</p>	<p>Apprendre aux patients à mieux connaître l'utilité de la vaccination ; obtenir leur adhésion, voire leur participation active (sous forme de demande spontanée) ; faire en sorte qu'ils utilisent le carnet de vaccination.</p> <p>Faire de ce projet une occasion de placer les patients dans une position active et plus responsable par rapport à leur santé.</p>
-----------------------------------	--	---	---

l'équipe B**prise en charge patients dépressifs**

Critères choisis	Moyens utilisés pour analyser la situation	Résultats de cette analyse	Objectifs qui en découlent
Efficacité médicale	Nous avons discuté en équipe sur la prise en charge médicamenteuse, à partir de certains incidents critiques (hospitalisation suite à un arrêt prématuré de la médication ; TS avec la médication antidépressive)	Nous avons constaté un certain manque de compétence quant au suivi médicamenteux de ces patients	Définir plus correctement la durée de traitement nécessaire ; Adapter la prescription et le suivi en fonction du risque suicidaire
Continuité des soins	Nous avons discuté entre soignants	Nous avons réalisé que 20% des patients concernés vont d'un soignant à l'autre sans que nous le sachions	Obtenir la titularisation de tous ces patients ; renforcer la communication entre soignants
Acceptabilité d'une démarche thérapeutique et subsidiarité	Nous avons organisé une ½ journée de supervision avec un intervenant extérieur pour analyser notre pratique ; nous avons discuté en équipe sur la difficulté de certains patients à accepter cette démarche.	30% des patients qu'une psychothérapie pourrait aider, refusent de faire cette démarche ; nous cernons mal les résistances et les moyens d'y remédier ; nous constatons que certains soignants méconnaissent ou se méfient des intervenants spécialisés et n'ont dès lors pas fort tendance à y référer.	Convaincre les patients de l'utilité de cette démarche Convaincre les deux soignants Identifier les psychiatres/psychologues externes adéquats ; intensifier avant tout la collaboration avec le centre de santé mentale proche de la maison médicale
Accessibilité	Nous avons discuté entre médecins et accueillants sur le temps nécessaire pour ces patients, et sur celui que nous leur donnons actuellement	Nous ne sommes pas bien organisés pour faire des consultations de + de 15', et ce temps est insuffisant	Organiser certaines plages de consultations plus longues
Travail en équipe	Chaque secteur a travaillé sur les ressources qu'il pense pouvoir apporter, et ses difficultés par rapport à ces patients ; nous avons ensuite échangé en équipe	Nous avons mieux cerné ces difficultés et identifié ce que chaque membre de l'équipe pourrait apporter	Définir les rôles et limites de chacun
Globalité / Subsidiarité	Nous avons discuté en équipe sur les différents problèmes de ces patients et sur les ressources nécessaires pour y faire face	Nous sommes souvent démunis face à des problèmes que nous ne pouvons pas gérer seuls (solitude, difficultés professionnelles, endettement, ...) ; nous avons constaté que nous connaissions mal les ressources locales.	Mieux connaître et utiliser les ressources externes qui peuvent concourir à une prise en charge globale Mieux référer vers les ressources existantes.

Etape 5 Planifier le changement

exemple / A

l'équipe A

vaccin diphtérie tétanos

Objectif final
Avoir d'ici un an une couverture effective et mesurable de 70 % parmi l'ensemble des patients

Objectif 1 : les soignants adhèrent au projet d'intégrer la proposition de vaccin dans toute consultation curative

Activités	Qui	Quand	Ressources nécessaires
Mettre la question à l'ordre du jour dans une réunion d'équipe (<i>réunion 1</i>) : présenter le projet, avec ses objectifs et les critères de qualité ; identifier les soignants réticents et les raisons de leurs réticences ; discuter de ces réticences	Responsable du projet + équipe	Début juin	1 h. de préparation + 1 h. de réunion
Si les réticences sont fortes : programmer une 2 ^e réunion (<i>réunion 2</i>) où l'on invite une autre équipe qui a mis en place ce type de projet ; discuter la manière dont les réticences ont été surmontées dans cette équipe	Responsable du projet + équipe	Fin juin	1 h. de préparation + 1 h. de réunion
Programmer une réunion d'équipe en cours de projet pour faire un bilan (<i>réunion 3</i>)	Responsable du projet + équipe	Décembre	1h de prépa + 1 h. de réunion

Objectif 2 : les soignants adhèrent au projet de tenir les dossiers en ordre et d'utiliser l'échéancier

Activités	Qui	Quand	Ressources nécessaires
Mettre la question à l'ordre du jour dans la première réunion du projet (cf. réunion 1, cf. Objectif 1): présenter l'analyse de la couverture, et éventuellement celle d'autres MM plus performantes ; expliquer aux soignants l'utilité (individuelle et collective) de pouvoir suivre la couverture et d'utiliser un échéancier	Responsable du projet + équipe	Début juin	1 h. préparation + 1 h. réunion
Si nécessaire, revenir sur cette question lors de la réunion 2 (cf. Objectif 1)	Responsable du projet + équipe	Fin juin	1h. préparation + 1 h. réunion
Si nécessaire apprendre aux soignants à utiliser l'échéancier	Resp. du projet + évent. un extérieur habitué à utiliser l'échéancier	Juillet	2 h.
Faire bilan intermédiaire (utilisation de l'échéancier et couverture)	Responsable du projet	Novembre	½ jour
Présenter ce bilan en réunion d'équipe (réunion 3, cf. Objectif 1)	Responsable du projet	décembre	1 h. réunion

Objectif 6 : les patients apprennent à mieux connaître l'utilité de la vaccination, et acceptent plus facilement d'être vaccinés			
Activité	Qui	Quand	Ressources nécessaires
Approche Collective			
Voir ce qui existe comme brochure/affiche	Cellule prévention, ou accueillante, ou infirmière, avec l'aide de la FD-AEP	Début juin	4 heures
S'il n'existe rien de satisfaisant : discuter avec un groupe de patients pour identifier le contenu et la forme souhaitable	Idem	Mi-juin	3h. préparation + 2 h. discussion + 2 h. d'analyse
Faire un projet	Idem	Début juillet	une journée
Tester le projet auprès d'un groupe de patients	Idem	Mi-juillet	2 h préparation + 2 h discussion + 1 jour adaptation
Réaliser l'affiche/la brochure	Idem + éventuellement graphiste extérieur	Fin juillet	2 heures + 5000F graphiste
Disposer l'affiche/brochure dans la salle d'attente	Accueillante	Début août	5'
Approche individuelle : Voir objectif 3			

Supports pratiques

Etape 5

Etape 5 Planifier le changement

exemple / B

l'équipe B **prise en charge patients dépressifs**

L'équipe B a donc choisi d'améliorer la prise en charge de ses patients dépressifs. Ce projet est plus complexe que celui de l'équipe A ; la première analyse a montré que l'équipe manquait d'informations sur certains points. Certains objectifs sont donc encore formulés en terme de recherche d'information ; ce n'est qu'après certains éclaircissements que l'équipe pourra définir des objectifs plus précis en terme d'action.

Objectif final Mieux prendre en charge les patients dépressifs

Objectif 1: Améliorer la qualité du suivi médical			
Activités	Qui	Quand	Ressources nécessaires
Définir plus correctement les durées de traitement médicamenteux : <ul style="list-style-type: none"> faire une recherche de littérature identifier recyclages existants décider si on fait un recyclage, et qui éventuellement inviter un expert extérieur Adapter la prescription et le suivi en fonction du risque suicidaire <ul style="list-style-type: none"> identifier les patients à risque définir la quantité maximum à prescrire définir la fréquence des RV à donner 	2 médecins Responsable du projet Responsable du projet Les médecins	Début du projet	1 jour 3 h 2 h 2h. réunion
Objectif 2: Améliorer la continuité			
Activités	Qui	Quand	Ressources nécessaires
Expliquer à chaque patient « papillon » qu'il doit choisir un médecin référent, et le lui rappeler chaque fois que nécessaire Faire le point régulièrement en équipe sur ces patients	Soignants qui voient ces patients + accueil idem	Pdt tout le projet	5' par consultation + une bonne coordination de toute l'équipe 1 heure/mois

Objectif 3: Identifier les raisons qu'ont les patients de refuser une psychothérapie			
Activités	Qui	Quand	Ressources nécessaires
En rediscuter avec les patients concernés dans le cadre de la consultation	médecins qui voient ces patients	Début du projet	10' par consultation
Faire le point en équipe, éventuellement avec un expert externe	idem	idem	1 heure
Objectif 4 : Améliorer l'accessibilité			
Activités	Qui	Quand	Ressources nécessaires
Réorganiser les horaires pour pouvoir proposer des consultations plus longues	Accueil + médecins	Début du projet	1 heure
Objectif 5: mieux connaître et utiliser les psys extérieurs à la maison médicale			
Activités	Qui	Quand	Ressources nécessaires
Identifier les psys qui suivent certains de nos patients	Les médecins		½ h par médecin
Identifier les psys que nous connaissons par d'autres voies	tous		½ h par membre d'équipe
définir les critères selon lesquels nous pourrions établir une liste de psys préférentiels ; Etablir cette liste des psys	tous		2 h. de réunion d'équipe
Inviter ces psys à une réunion	Responsable du projet		2h. préparation, 2h. réunion
Mettre sur pied des rencontres régulières avec eux	Responsable du projet		1 h. de réunion tous les 2 mois (selon disponibilités)
Prendre plus particulièrement contact avec le centre de santé mentale, le rencontrer afin de définir éventuellement un projet concret.	Responsable du projet		2 h. de réunion ; suite à définir en fonction de ce premier contact
Objectif 6 : mieux connaître et utiliser les associations qui peuvent offrir un support			
Activités	Qui	Quand	Ressources nécessaires
Identifier le type de support nécessaire au cours d'une réunion d'équipe	tous		1 h
Identifier les associations susceptibles d'offrir ce support	Accueil, AS		1 journée
Prendre contact avec ces associations	Accueil, AS		10' par association
Rencontrer individuellement ces associations et leur proposer une rencontre commune pour définir éventuellement un projet commun	Responsable du projet		2h. (préparation, rencontre, PV)
Présenter le bilan de ces rencontres à l'équipe, et discuter d'un éventuel projet commun	Responsable du projet		2 h

Etape 6 Définir les indicateurs

exemple / A

l'équipe A

vaccin diphtérie - tétanos

Objectifs et activités	Indicateurs : qu'est-ce qu'on mesure ?	Opérationnalisation : comment on mesure ?
Objectif 1 : les soignants adhérent au programme	Identification, expression, explicitation des réticences (nombre et raisons) Diminution des réticences	Evaluation orale de la réunion avec les participants
Objectif 2 : les soignants adhérent au projet de tenir les dossiers en ordre et d'utiliser l'échéancier	Nombre de soignants venus à la formation Nombre de soignants ayant acquis une bonne connaissance de l'échéancier, mesurée par la rapidité à l'utiliser correctement en situation	Exercice de mise en situation pratique à l'issue de la formation
Objectif 3 : Vaccin disponible et accessible	Accessibilité du frigo Stocks renouvelés	Observation « Coups de sonde » pour évaluer disponibilité du vaccin
Objectif 4 : 70% des patients pas en ordre sont vaccinés	nombre de patients vaccinés, par rapport au nombre de : - patients vus en consultation - patients consultants à qui la vaccination a été effectivement proposée - patients à qui on a envoyé la lettre de rappel - patients non vus et qui se sont présentés suite à la lettre de rappel	Dossiers/Echéancier Liste des patients à qui on a envoyé lettre de rappel « carnet de bord » où les soignants notent dans quels cas la mise en ordre du patient n'est pas faite, et pourquoi
Objectif 5 : Tenue des dossiers	Sur l'ensemble des consultants, % de dossiers pour lesquels l'échéance est en ordre ou refus indiqué (avec raisons précisées)	Echéancier Grille pour la notification des raisons de refus
Objectif 6 : Compréhension / Acceptation de la vaccination par les patients	Sur l'ensemble des consultants à qui le vaccin est proposé, % de patients acceptant % de consultants demandant spontanément la vaccination en se référant à l'affiche % de patients connaissant l'utilité et la périodicité nécessaire	Indication au dossier et/ou Grille pour notification des demandes spontanées ; Questionnaire auprès d'un échantillon représentatif

Etape 6 Définir les indicateurs

exemple / B

l'équipe B

prise en charge patients dépressifs

	Indicateurs : qu'est-ce qu'on mesure ?	Opérationnalisation : comment on mesure ?
Objectif 2 : améliorer la continuité	Nombre de patients « papillons » qui ont été titularisés	Dossier
Objectif 5: mieux connaître et utiliser les pys extérieurs à la MM	Nombre de psy venus aux réunions, parmi l'ensemble des pys identifiés Définition d'objectifs clairs pour ces réunions – réalisation de ces objectifs Accord sur les critères de référence des patients vers ces pys extérieurs	Liste des participants Analyse des PV de réunions Critères définis en consensus et mis par écrit
Objectif 6 : mieux connaître et utiliser les associations qui peuvent offrir un support	Nombre d'associations qui ont accepté une première rencontre/ qui sont venues à une réunion commune, parmi les associations identifiées Bases établies pour la définition d'un projet commun	Liste des participants Bases mises par écrit ; accord de l'équipe

Nous donnons ici quelques exemples des réorientations que vous pourriez décider au vu des évaluations faites en cours de projet.

l'équipe A

vaccin diphtérie - tétanos

Objectif 1 : Adhésion des soignants au projet d'intégrer la proposition de vaccin dans toute consultation curative.

- ◆ Au cours de la 1^{ère} réunion, deux soignants ont exprimé les réticences suivantes : problème de temps et d'acceptabilité par le patient. L'un d'eux s'est dit prêt à les reconsidérer ; l'autre se déclare définitivement réticent à proposer activement la vaccination diphtérie/tétanos, de manière systématique. Cette situation est restée inchangée après la 2^{ème} réunion.
- ◆ Nous envisageons la possibilité d'impliquer l'accueil : l'idée serait que les accueillantes demandent systématiquement aux patients s'ils sont en ordre, et, si tel n'est pas le cas, leur conseillent de le signaler au soignant. Une possibilité serait qu'elles ne fassent cette démarche que pour les patients du soignant réticent. Nous devons encore réfléchir à cela avec le secteur accueil, pour identifier ses possibilités, en terme de disponibilité, de temps, de motivation.
- ◆ Nous plaçons une affiche plus près du bureau de l'accueil, et dans les cabinets de consultation. Nous allons ajouter sur l'affiche une mention incitant les patients à prendre eux-mêmes l'initiative (mention de type: « Parlez-en à votre médecin »).
- ◆ Nous consacrerons régulièrement ¼ d'heure dans les réunions d'équipe, pour que les soignants qui proposent activement la vaccination rapportent comment réagissent les patients ; cela nous semble pouvoir progressivement amener le soignant réticent, à reconsidérer sa position.
- ◆ Nous avons pensé revoir notre objectif de couverture à la baisse, mais cette idée nous a paru un peu démobilisant par rapport aux réorientations que nous mettons en place ; donc, en fin de compte nous le maintenons à 70%.

Objectif 4 : les soignants vaccinent 70% des patients qui ne sont pas en ordre, et
Objectif 5 : les soignants tiennent 100% des dossiers en ordre.

Le bilan intermédiaire montre que 30% des patients vus en consultation ont une nouvelle échéance. Chaque soignant a revu ses dossiers et a pu se rappeler certains patients pour lesquels la vaccination avait été contrôlée, mais sans être indiquée au dossier. Cela a permis de faire monter le pourcentage à 35% ; mais aussi de constater que la pratique (de vaccination et de tenue des dossiers) n'était pas aussi systématique que nous le voulions, malgré l'adhésion de la plupart des soignants au projet. Nous avons recherché les causes de ce manque d'investissement ; la principale cause identifiée est qu'il y a eu, dans l'équipe, un conflit important qui a mobilisé beaucoup d'énergie. Ce conflit est en voie de résolution, et nous allons remettre le projet vaccination à l'ordre du jour. Une autre cause est que les soignants trouvent finalement plus difficile que prévu, de proposer la vaccination dans certains contextes (les contextes suivants sont indiqués dans leurs carnets de bord : consultations motivées par des problèmes somatiques graves, ou des problèmes psychologiques, manque de temps les jours d'affluence,...). Nous avons décidé d'inviter une autre équipe qui semble avoir mieux résolu cette difficulté.

Le bilan nous montre également qu'aucun patient ne s'est présenté suite à la lettre de rappel. Nous allons revoir la formulation de cette lettre avec une personne extérieure, et éventuellement en concevoir une autre. Si nous envoyons une autre lettre, nous mettrons en même temps un article dans le journal des patients pour renforcer le message.

Objectif 6 : les patients apprennent à mieux connaître l'utilité de la vaccination et acceptent plus facilement d'être vaccinés (voire font une demande spontanée).

6 mois après le début du projet, 2% des patients ont demandé spontanément la vaccination en se référant à l'affiche. Une accueillante estime que l'affiche est mal placée (« noyée » parmi d'autres informations) ; nous l'avons placée à un endroit plus visible. Nous pensons que la mention « parlez-en à votre médecin » doit être reformulée (elle pourra alors être un incitant pour les patients, cf. Objectif 1) ; nous la plaçons aussi dans les cabinets de consultation.

Une petite enquête (*focus group*) auprès d'une dizaine de femmes maghrébines nous a montré qu'elles ont des craintes plus profondes que nous le pensions, quant à la vaccination, et que ces craintes semblent freiner l'acquisition de connaissances « rationnelles » ; nous envisageons de créer un groupe de discussion pour les mères, sur différents problèmes de santé, et d'y intégrer les questions de vaccination. Ce sera un projet d'éducation à la santé, plus large que notre projet de vaccination ; nous allons refaire un cycle qualité sur ce projet.

Objectif 2 : Améliorer la continuité (patients « papillons »).

Nous constatons après quelques mois que ces patients continuent à papillonner... Nous avons rediscuté entre thérapeutes sur ce que nous leur avons dit pour qu'ils changent d'attitude. Il nous semble qu'en général nous avons peut-être parlé de la titularisation de manière trop simpliste, sans intégrer dans la discussion les enjeux qu'ont certains patients face à cette question, les objectifs qu'ils poursuivent inconsciemment. Il nous apparaît avec le recul, que consacrer 5' par consultation à la titularisation est inopérant ; nous avons décidé de consacrer des réunions de cas pour clarifier les raisons du « papillonnage » et élaborer des stratégies adaptées à chaque cas particulier.

Au cours de cette discussion sur le papillonnage, nous avons réalisé que ce sont en général les mêmes patients qui refusent d'entamer une psychothérapie. Les 2 problèmes nous sont apparus liés : nous allons les reconsidérer ensemble.

Objectif 5 : mieux connaître et utiliser les psys extérieurs à la maison médicale.

Nous avons identifié 10 psys avec lesquels il nous semblait intéressant de développer une collaboration (ils prennent déjà certains de nos patients en charge ; nous les connaissons par d'autres voies,...) et leur avons écrit ; mais seuls 2 ont répondu qu'ils viendraient à la réunion. Un des médecins a alors contacté les 8 autres par téléphone (leur expliquer de vive voix le but de la rencontre).

Après ce coup de fil, 7 psys sont venus à la première réunion, et nous avons planifié avec eux 3 autres rencontres dont les deux objectifs suivants ont été clairement définis : explicitation de la manière dont chacun prend en charge la dépression ; définition de critères de référence. A la fin de la troisième réunion, un accord a été pris sur ces critères.

Objectif 6 : mieux connaître et utiliser les assoc. qui peuvent offrir un support.

Nous avons contacté 15 associations ; après une première rencontre, nous avons estimé pouvoir poursuivre un travail avec 6 d'entre elles, qui s'occupent de problème de solitude, de logement, de réinsertion au travail, de loisirs actifs.

Le bilan de ces rencontres a été présenté à l'équipe ; à l'occasion de cette présentation, nous avons réalisé qu'il y avait beaucoup de divergences dans l'équipe quant à la manière d'organiser une collaboration avec ces associations. Nous avons donc planifié une journée de travail en interne sur ce thème pour clarifier les objectifs et les modalités d'une collaboration avec ces associations pouvant offrir un support. Au cours de cette journée, nous inviterons une équipe qui mène depuis plusieurs années un projet de santé communautaire.

Etape 7

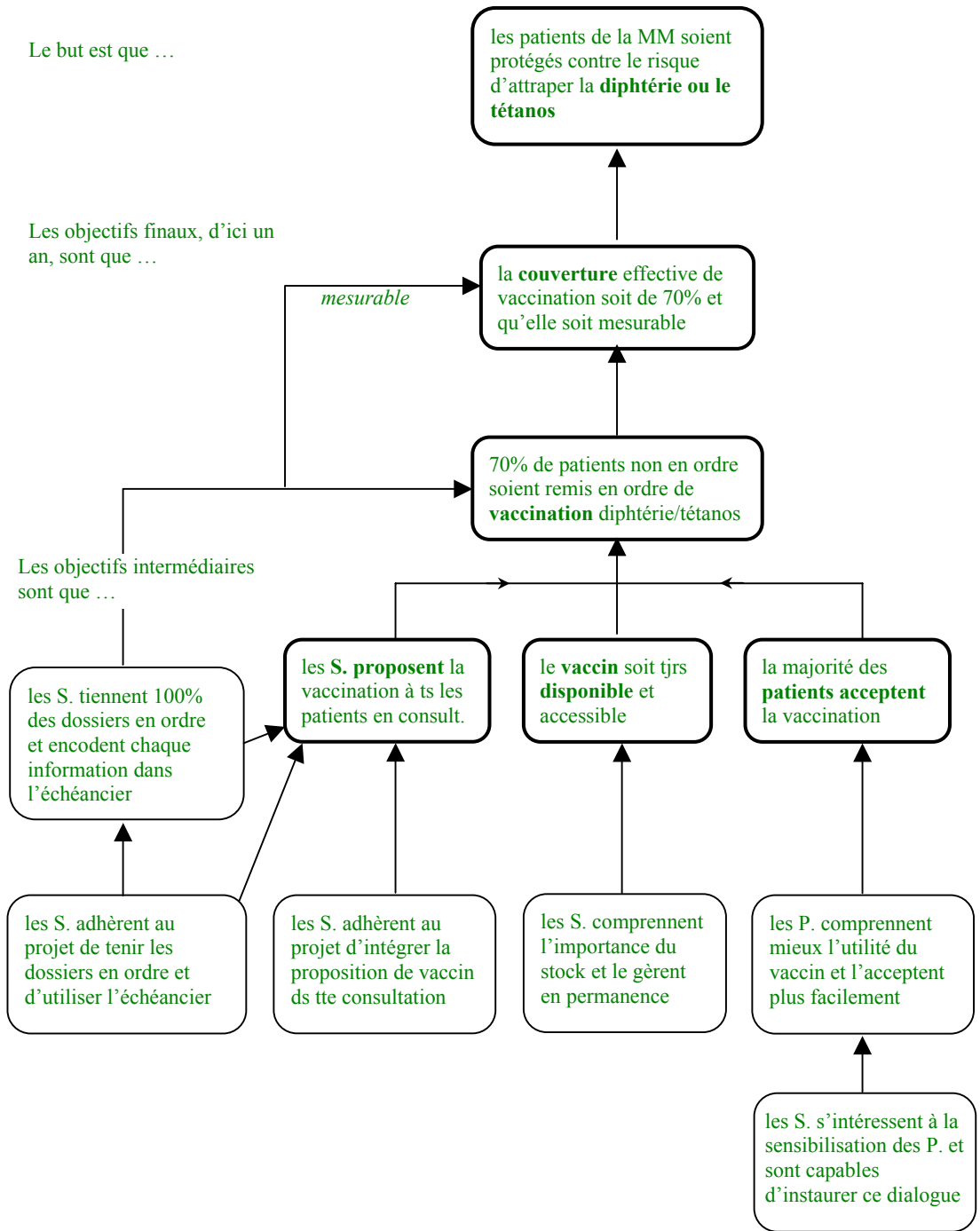
Supports pratiques

Arbre des objectifs

exemples

l'équipe A

vaccin diphtérie - tétanos



l'équipe B

prise en charge patients dépressifs

