

CAHIER

SEPT ETAPES POUR AVANCER



Photo : Sandrine Palmaers / Question Santé

Un regard neuf : l'assurance de qualité

Comme un clown sur la piste

Assurance de qualité: entre la théorie et la pratique, entre la science et l'art, tout un art pour s'y retrouver...

Jean Laperche,
médecin
généraliste à la
maison médicale
de Barvaux,
responsable du
programme Agir
ensemble en
prévention.

Les soignants sont-ils des artistes ? Des scientifiques ? Risquent-ils de perdre leur âme à vouloir aussi mesurer, non seulement les résultats (taux de couverture, par exemple) de leurs actions de santé, mais aussi la qualité de leurs relations ? Relations avec les patients et relations entre-eux ?

La médecine est complexe, la santé est globale et la qualité est plurielle : comment s'y retrouver ?

L'approche scientifique est hésitante, pleine de doutes, contradictoire... Les « recommandations de bonne pratique » sont des propositions actuelles pour soigner au mieux, compte tenu des découvertes médicales et de leurs applications. C'est précisément dans leurs applications que l'expérience et la subjectivité des praticiens s'expriment pour rendre réaliste et utile ces apports scientifiques.

« Oui, les soignants se doivent de rechercher et d'intégrer des données d'évaluation solides, rigoureusement établies au moyen des outils de démonstration scientifique les plus adaptés, et se doivent de les prendre en compte dans leurs activités quotidiennes. Oui, l'expérience clinique et l'adaptation des décisions au cas par cas sont essentielles. La valeur des données de l'évaluation, repère primordial, est à peser pour chaque patient ; en tenant compte des limites de ces données, de leur degré d'adaptabilité à la situation considérée ; en recherchant ce qui est possible et souhaitable de faire, et surtout ce qui est souhaité par le patient lui-même, dûment informé.

Science de la délimitation des incertitudes, art des extrapolations raisonnables, science des décisions opportunes en territoires plus ou moins solidement « balisés », art de la recherche et de la reconnaissance des données actuelles et non biaisées de la science : la démarche ne peut être que complexe. » (Revue *Prescrire*, mai 1999, p. 321.)

Les contacts quotidiens avec les patients nous permettent de puiser à la fois dans notre expérience et dans les acquis de la médecine pour répondre à une question, proposer un traitement ou... choisir de nous taire...

Et si nos expériences, nos pratiques devenaient elles aussi des domaines aussi nobles pour que la science s'y intéresse de plus près ? Si nous écrivons nos pratiques et que nous mesurons nos résultats et nos méthodes, alors nous contribuons nous aussi aux progrès de la médecine, sans nécessairement le savoir.

Écrire nos pratiques, c'est écrire le contexte de notre travail, lister les questions que nous nous posons. En choisir une, expliquer ce choix et approfondir la question retenue, en faire ainsi une priorité d'action de santé. Cette priorité, nous pouvons l'éclairer avec nos valeurs à nous, de soignants de première ligne en maison médicale : la globalité de l'approche de cette question, l'organisation de notre travail en équipe pluridisciplinaire, la prise en compte des avis des patients, la négociation avec eux, l'efficacité théorique des soins proposés, leur pertinence dans notre contexte particulier, nos compétences à remettre parfois à jour, comme nos dossiers... L'analyse de cette question, avec nos valeurs (= les critères de qualité) nous permet d'explicitier des objectifs précis d'intervention, tant auprès des patients qu'auprès de nos collègues et de mesurer notre travail.

Cette démarche a un nom : c'est une boucle d'assurance de qualité.

Une boucle, c'est rond, avec la possibilité d'avancer et de reculer pour préciser les démarches entreprises, pour y apporter toutes les nuances souhaitées : *comme un clown sur un monocycle avance sur la piste*, c'est l'art d'appliquer la science comprise dans notre quotidien, avec nos craintes et nos désirs de changement...

Les meilleurs artistes sont ceux qui préparent leur numéro, qui y réfléchissent et y insufflent leurs émotions, alors oui, nous sommes des artistes. ●



Comme un clown sur la piste page 10

Jean Laperche, médecin généraliste à la maison médicale de Barvaux, responsable du projet Agir ensemble en prévention
 L'assurance de qualité, entre art et science.

Une autre voie pour l'assurance de qualité

L'assurance de qualité : une méthode, des concepts, une pratique page 15

Michel Roland, médecin généraliste et chargé de missions à la Fédération des maisons médicales, Centre de médecine générale de l'Université libre de Bruxelles, École de santé publique de l'Université libre de Bruxelles, Unité de socio-épidémiologie de la santé, Marianne Prévost, sociologue, chargée

de missions à la Fédération des maisons médicales et Marc Jamouille, médecin généraliste, École de santé publique de l'Université libre de Bruxelles, Unité de socio-épidémiologie de la santé

Adapté d'un article déjà paru dans les *Archives belges de santé publique*, ce texte présente l'assurance de qualité : les origines de cette démarche, les différents aspects de la qualité des soins, les outils, les méthodes... de quoi introduire la suite de ce cahier.

Les critères de qualité : tout le monde en parle... page 30

Marianne Prévost, sociologue, chargée de missions à la Fédération des maisons médicales et Michel Roland, médecin généraliste en maison médicale et chargé de missions à la Fédération des maisons médicales, Centre de médecine générale de l'Université libre de Bruxelles, École de santé publique de l'Université libre de Bruxelles, Unité de socio-épidémiologie de la santé

La qualité... quelle qualité ? A quelle aune mesure-t-on la qualité des soins ? Tels qu'ils sont définis ici, les critères de qualité fournissent des balises, des points de repère pour trouver un langage commun. Ils sont abordés dans ce texte selon différents angles de vue : on y trouvera leurs définitions théoriques, telles qu'elles font consensus dans les recherches sur les soins de santé primaires ; leur mise en pratique, évoquée à travers divers projets de maisons médicales ; ce qu'en disent les patients, lorsqu'ils expliquent, dans leurs mots à eux, ce qu'ils trouvent auprès de leurs soignants, ce qu'ils en attendent.

Un carnet de route pour l'assurance de qualité page 46

Yves Gosselain, licencié en communication, chargé de missions à la Fédération des maisons médicales

Dans le cadre du projet Agir ensemble en prévention, la Fédération des maisons médicales a créé un outil pour décliner dans la pratique les méthodes d'assurance de qualité. Un outil qui sert de guide à certaines maisons médicales, un outil à adapter, interpeller, dynamiser... Explicitant les différentes étapes de la démarche, ce texte articule les concepts théoriques et son application dans les maisons médicales.

— L'assurance de qualité mise en pratique dans les maisons médicales

**Un projet d'assurance qualité « diabète »
à la maison médicale Santé Plurielle**

page 50

Alexi Delwart, médecin généraliste à la maison médicale Santé Plurielle, Département de médecine générale à l'Université catholique de Louvain, Élisabeth Maquet médecin généraliste, maison médicale Santé Plurielle, Geneviève Gyselinx, kinésithérapeute à la maison médicale Santé Plurielle, Michel Roland, médecin généraliste, maison médicale Santé Plurielle, Fédération des maisons médicales et Marianne Prévost, sociologue, chargée de missions à Fédération des maisons médicales

La maison médicale Santé Plurielle développe un projet novateur visant à améliorer la prise en charge pluridisciplinaire des patients atteints d'un diabète de type 2. Ce projet a été construit en suivant toutes les étapes du cycle de qualité, à l'aide du carnet de bord. En adoptant de manière très rigoureuse cette démarche, l'équipe souhaitait avant tout améliorer la qualité des soins donnés à ses patients « diabétiques », mais aussi, se familiariser avec une approche, des concepts, un outil, utilisables pour d'autres problématiques.

**Ensemble travaillons autour de la petite enfance,
un projet psychosocial à Tilleur**

page 61

Marc Van Meerbeek, médecin généraliste à la maison médicale de Tilleur

L'assurance de qualité peut soutenir tout type d'approche des problèmes de santé ; sensibilisée à la problématique des enfants présentant un retard psychomoteur sans cause organique décelable, l'équipe de Tilleur propose, en s'appuyant sur le carnet de bord, une méthode d'intervention qui respecte la dignité et la culture propre des familles.

**La qualité du dépistage du cancer du sein
dans les maisons médicales en 2002**

page 67

Jean Laperche, médecin généraliste au centre de santé intégrée de Barvaux, responsable du projet Agir ensemble en prévention

Les cancers, et tout particulièrement le cancer du sein chez les femmes, sont des situations de santé toujours délicates et dont l'accompagnement reste complexe s'il se veut à la fois profondément humain et médicalement performant. Qualité de la relation avec les patients, qualité de la communication entre soignants, qualité technique des examens réalisés... Pour formaliser les dimensions de la qualité du dépistage du cancer du sein, plusieurs maisons médicales ont explicité les critères reconnus dans la littérature scientifique. Ce texte présente la manière dont se passe le dépistage dans quelques maisons médicales.

Analyse et évaluation des pratiques.

Un cas particulier : le groupe d'intervention

page 72

Vanni Della Giustina, psychologue au Centre de santé intégré Bautista van Schowen
Centré sur les patients toxicomanes, un groupe de soignants à Liège recourt à une des méthodes que l'on peut utiliser à l'une ou l'autre étape d'une démarche pratique d'amélioration de la qualité des soins, l'intervention. Il s'agit d'une démarche de construction collective, d'une mise en mots de situations professionnelles difficiles ou exemplatives, par les participants.

(Texte paru dans *Le Marchand d'Orviétan* n°11, mars 2002).

Parler du tabac ou se taire ? Réflexions sur un accompagnement de qualité des patients fumeurs dans les maisons médicales page 74

Jean Laperche, médecin généraliste à la maison médicale de Barvaux, responsable du projet Agir ensemble en prévention

Pour expliciter les différentes facettes de la qualité de l'accompagnement des patients fumeurs par les généralistes, l'auteur prend comme cadre de référence les critères de qualité des soins prestés en première ligne, testés actuellement de manière pilote par quelques maisons médicales francophones.

Les concepts en question

Pourquoi refuser d'aller vers un enseignement « de qualité » ? page 79

Michel Dechamps, professeur de psychopédagogie, Ecole normale catholique du Brabant wallon, haute école Léonard de Vinci

Brève incursion dans un autre domaine, celui de l'enseignement - ou l'assurance de qualité est aussi « à la mode »... Un regard interpellant, qui souligne les dangers d'une approche de la qualité privilégiant le quantitatif, la référence à une norme excluante, la tendance économiste considérant le rapport enseignants-parents-élèves sous l'angle du clientélisme...

Pratique pluridisciplinaire, pratique solo : peut-on comparer ? page 81

Michel Roland, médecin généraliste en maison médicale et chargé de missions à la Fédération des maisons médicales, Centre de médecine générale de l'Université libre de Bruxelles, École de santé publique de l'Université libre de Bruxelles, Unité de socio-épidémiologie de la santé, Pierre Drielsma, médecin généraliste au centre de santé intégrée Bautista van Schowen, membre du service d'étude de la Fédération des maisons médicales et Michel Boutsen, médecin, Union nationale des mutualités socialistes, service études

Échos d'une polémique autour d'un critère de qualité essentiel pour les soins de santé primaires, la pluridisciplinarité. Où l'on voit qu'il n'est pas aisé de construire une étude scientifique valide, et dangereux d'en extrapoler les résultats trop rapidement. La critique faite dans ce texte souligne la nécessité de relativiser, infirmer ou préciser certaines affirmations qui correspondent trop souvent à des thèses a priori, sans support ou étayement, même idéologique.

Pouvoir d'agir et pratiques sociales : changer le monde au quotidien page 86

Barbara De Coster, formatrice à Cultures et Santé

La participation, c'est aussi un critère de qualité essentiel, qui a différentes modalités - participation aux activités proposées, négociation sur le traitement, participation aux décisions, voire à la gestion... Le concept de « pouvoir d'agir » vient revisiter celui de participation. Lors de séminaires intitulés : « De l'analyse à l'action pour des environnements favorables à la santé de personnes socio-économiquement défavorisées », organisés par Cultures et Santé et Question Santé, M. Yann Le Bossé, psychosociologue spécialisé en psychologie communautaire et professeur au département des fondements et des pratiques en éducation de l'Université Laval à Québec, est intervenu sur le thème : « Développer le pouvoir d'agir des personnes et des collectivités en milieux défavorisés : une alternative crédible ? ».

Où va-t-on ?

L'assurance de qualité en Belgique, du côté des décideurs
L'évaluation de la qualité des soins en Belgique

page 92

Catherine Lucet, médecin et Jean-Marc Laasman, économiste, Union nationale des mutualités socialistes

Trois articles issus d'une étude intitulée « L'évaluation de la qualité des soins » dont le texte complet peut être consulté sur le site mutsoc.be/prestataires/etudes. Les extraits présentés ici dressent un panorama très complet du contexte réglementaire et institutionnel de l'évaluation de la qualité des soins en Belgique, des outils existants et du rôle des mutualités dans une démarche d'évaluation de la qualité des soins.

**Promotion de la qualité des soins en Belgique :
la cellule d'information de l'accréditation**

page 103

Francoise Mambourg, médecin généraliste, cheville ouvrière de la Cellule d'information de l'accréditation

Début novembre 2000, tous les médecins généralistes du pays ont reçu une lettre commençant par ces termes : « les ministres de la Santé publique et des Affaires sociales ont décidé de soutenir davantage, financièrement et structurellement, le processus d'accréditation auquel de nombreux médecins ont adhéré volontairement. La structure et le fonctionnement de l'accréditation deviennent ainsi le pivot de la promotion de la qualité des soins ». Cette lettre annonçait le début de la campagne pour le bon usage des médicaments anti-inflammatoires non-stéroïdiens, première réalisation de la cellule d'information. Dans cet article, l'auteur décrit, depuis sa conception (début 2000) jusqu'à ce jour, le projet de création d'une structure pour la promotion de la qualité des soins.

Epilogue**La qualité de l'assurance**

page 107

Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Béthune

L'assurance de qualité est un instrument. Mais c'est le musicien qui choisit la partition et joue les notes.



L'assurance de qualité : une méthode, des concepts, une pratique

« Cette vision de la science a bien sûr une portée utopique, tout comme la « nouvelle alliance » entre les savoirs... Elle traduit la nécessité que nous ressentons de nous libérer de l'image, aujourd'hui encore dominante, d'une rationalité scientifique neutre, destinée à détruire ce qu'elle ne peut comprendre et contre laquelle devraient être défendues les questions et les passions qui donnent son sens à la vie humaine. Elle traduit aussi notre conviction profonde selon laquelle ce sont des généralisations hâtives, et non sa vérité, qui ont conduit la science à opposer l'homme et le monde qu'il cherche à comprendre¹ ».

reconnaissant comme nécessaire l'évaluation de leurs pratiques, individuelles et collectives. En 1933, certains² disaient déjà d'ailleurs que des soins médicaux de qualité :

- sont limités à une pratique rationnelle basée sur des connaissances actualisées,
- favorisent la prévention,
- requièrent une coopération intelligente entre les patients et les praticiens,
- prennent en charge les individus dans leur globalité,
- maintiennent une relation personnelle étroite et continue entre patients et praticiens,
- sont coordonnés avec les autres intervenants du bien-être social,
- coordonnent tous les types de services médicaux,
- appliquent tous les services nécessaires afin de répondre aux besoins de tous les individus.

Plus de soixante ans plus tard, il y a peu à ajouter à cette définition, dans laquelle on retrouve cités les principaux critères de qualité des soins.

Le développement récent des méthodologies d'assurance de qualité et leur utilisation progressivement généralisée tiennent sans doute à différents facteurs simultanés et synergiques³ :

- **le poids des contraintes financières** et la volonté de maîtriser la croissance des coûts (notamment en matière de soins de santé) tout en préservant la qualité, dans un contexte de raréfaction des ressources (qu'il faut cependant nuancer : en effet, la masse monétaire est globalement partout en augmentation constante - mais plus de 90 % du capital disponible est immobilisé dans les circuits spéculatifs, alors que seuls 10 % sont utilisés dans ceux des échanges et de la production...).
- **le développement de la qualité des recueils de données sanitaires** : dossiers individuels, profils médicaux et de prescription, réseaux de médecins vigie, registres de pathologies spécifiques, statistiques de santé publique, etc. Il est logique de penser à utiliser ces données à des fins d'analyse et d'optimisation.

Michel Roland,
médecin
généraliste et
chargé de
missions à la
Fédération des
maisons
médicales, au
Centre de
médecine
générale de
l'Université libre
de Bruxelles et à
l'École de santé
publique de
l'Université libre
de Bruxelles, à
l'Unité de socio-
épidémiologie de
la santé,
**Marianne
Prévost,** chargée
de missions à la
Fédération des
maisons
médicales et
Marc Jamouille,
médecin
généraliste,
École de santé
publique de
l'Université libre
de Bruxelles,
Unité de socio-
épidémiologie de
la santé.

Introduction

L'assurance de qualité est une méthode dont le but est de construire et proposer l'utilisation d'outils efficaces pour évaluer les résultats d'un processus. Cette méthode est depuis quelques années en pleine extension dans le domaine de la santé, et jouit d'une réputation positive de modernité et d'efficacité.

Née dans l'industrie et encore porteuse de certaines de ses caractéristiques initiales, l'assurance de qualité conserve souvent une image de rigueur presque rigide, plus apte à contrôler et éliminer les mauvaises pièces de voitures qu'à appréhender et améliorer les fonctionnements humains – et dès lors, difficilement transposable dans le champ médical. Cependant, le concept n'est pas réellement neuf dans ce domaine : de tous temps, les médecins ont essayé de faire du mieux qu'ils pouvaient avec les moyens disponibles (connaissance, argent, temps...), en

Extrait de
l'article
L'assurance de
qualité et le
médecin de
famille paru dans
Arch Public
Health, 2001, 59,
1-28.

L'assurance de qualité : une méthode, des concepts, une pratique

- **le développement systématique de l'éducation médicale**, essentiellement depuis le début des années 1980. On a assisté en effet à une transformation fondamentale du modèle d'enseignement traditionnel de maître à élève (soit individuellement : le professeur et le disciple, soit collectivement : les cours *ex cathedra*), à une pédagogie nouvelle basée sur l'échange de savoirs et la participation, mais aussi sur l'apprentissage du savoir-faire et du savoir être, dans lequel l'observation et l'évaluation de soi et de l'autre sont des éléments fondamentaux.
- **la multiplication des pratiques de groupe** impliquant des structures et un travail au quotidien basés sur l'utilisation d'outils communs, dont le plus important est probablement le dossier médical ; ceci favorise intrinsèquement le partage d'informations, le regard critique, l'évaluation et le souci d'amélioration.
- **la volonté exprimée de plus en plus clairement, parfois même avec une certaine exigence, par trois des acteurs du système de santé** (les patients, les décideurs politiques et les organismes assureurs payeurs) d'une plus grande transparence de son quatrième acteur, le corps des dispensateurs. La qualité des services de ceux-ci est aujourd'hui interpellée et revendiquée comme une attente légitime, qui ne peut pas être laissée à l'appréciation des seuls professionnels.

Certaines des raisons citées, expliquant la multiplication actuelle des techniques et des actions d'assurance de qualité, éveillent chez beaucoup de dispensateurs réticence, crainte ou même rejet inconditionnel. Ces réactions ne sont pas réductibles à un réflexe de type corporatiste. Il convient donc d'en tenir compte afin de mieux faire percevoir l'intérêt de l'assurance de qualité. Il s'agit aussi de mettre en lumière les points de convergence qui existent entre les pratiques actuelles et cette nouvelle démarche : de nombreux dispensateurs savent, même s'ils ne l'expriment pas de manière théorique, que leur agir et leur être font partie de la qualité des soins. Il leur appartient de forger leurs outils au feu de l'expérience et de les utiliser dans les tourmentes de leurs pratiques, en intégrant une

science syncrétique, positive et biomédicale mais aussi psycho-sociale, mêlant connaissance pure, psychologie, philosophie et politique. Les médecins et les autres dispensateurs sont donc mieux placés que quiconque pour organiser leur propre assurance de qualité, en tenant compte des exigences et des avis justifiés de la population, des décideurs et des payeurs. C'est sans doute une gageure mais à s'y essayer, ils n'auront qu'à y gagner et à y retrouver plus de satisfaction, de reconnaissance et de légitimité.

Définition du concept

Le concept de qualité en général (qualité totale) est à l'origine défini comme les propriétés et les caractéristiques exemplaires d'un produit ou d'un service qui déterminent sa capacité à rencontrer la demande : c'est le degré ou la catégorie de l'excellence. L'évaluation de la qualité est donc a priori du côté du spectateur, du consommateur, du témoin, ce qui implique une dimension dynamique : le contexte, les attentes, les demandes, les coûts changent au cours du temps. Rien d'étonnant dès lors à ce que le paramètre varie en fonction du groupe client qui le définit et le conditionne. Dans l'industrie, où l'explicitation du concept est apparue initialement, c'est l'empreinte consumériste qui domine : un produit est de qualité totale s'il satisfait entièrement la clientèle, et ce n'est qu'assez récemment que d'autres dimensions ont été ajoutées à ce contenu assez restrictif.

Cette analogie avec une approche de type consumériste a bien évidemment des limites dans le domaine médical. Les pratiques de soins sont en principe basées plus sur le besoin tel qu'il est défini par les professionnels, que sur les seules demandes du public, et elles sont guidées par des objectifs prédéfinis : « La qualité des soins est le degré avec lequel les services de santé pour les individus et les populations augmentent la probabilité d'atteindre les objectifs de résultats sanitaires prédéfinis, en adéquation avec la connaissance scientifique actuelle⁴ ». Il y a toutefois, constamment, un équilibre à trouver entre la qualité des soins définis par les dispensateurs et les attentes de la population : sans tomber dans des comportements démagogiques, les

médecins de famille ne peuvent donc ignorer la demande du public – ce qui les met dès lors en position d’être jaugés par des groupes sociaux nombreux et variés, aux intérêts parfois contradictoires.

L’assurance de qualité peut donc se représenter conceptuellement comme un modèle cyclique bouclant sans cesse ce qui devrait être avec ce qui est réellement, en passant par un stade d’évaluation et de changement^{5,6} : voir figure 1.

Plusieurs définitions ont été données à l’assurance de qualité appliquée au secteur de la santé. Celle de la WONCA*-EQuiP** est probablement la plus complète : « L’assurance de qualité pour la médecine générale/médecine de famille est une action planifiée ou un programme qui inclut l’évaluation des performances, et qui a comme objectif d’assurer que les soins au patient soient maintenus ou amenés à des standards ou des références prédéfinis⁵ ». Dans cette définition, extraite du rapport d’un groupe de travail mondial de la WONCA sur l’assurance de qualité, chaque partie est importante et a été longuement développée et argumentée par les auteurs chargés de la rédaction. L’assurance de qualité implique une démarche volontaire et systématique (« action planifiée »), une séquence d’étapes organisées (« programme »), l’appréciation exacte des résultats (« évaluation des performances »), un centrage constant sur les destinataires des actions des prestataires (« les soins au patient »), la recherche de l’optimal (« maintenus ou amenés à »), la définition et le maniement d’instruments et d’éléments de comparaison (« standards ou références »), le tout dans une visée anticipative (« prédéfinis »).

Cette dimension dynamique incluant le maintien à ce qui est bien et/ou la transformation vers ce qui est mieux est relativement récente. Initialement, et on retrouve là les origines du concept, la démarche de qualité était a priori statique, réduite à une évaluation (*quality assessment*) pour appréhender le degré de performance atteint à un moment donné. Souvent, l’évaluation était synonyme de contrôle (*quality control*), cherchant à identifier et éliminer les mauvais produits. La notion d’assurance de qualité est dès lors encore souvent attachée pour beaucoup de médecins, et pas toujours à tort d’ailleurs, à celle d’examen et/ou de sanction, cherchant à séparer le bon grain de l’ivraie (*theory of bad apples*), et supposée entachée du poids péjoratif d’un État à visée totalitaire. Pourtant, si l’évaluation est indispensable, elle ne constitue qu’une étape d’un processus beaucoup plus global dont l’objectif est d’améliorer et non pas de punir (*theory of continuous improvement*). Évaluer ne sert qu’à identifier ce qui est satisfaisant pour le maintenir et ce qui ne l’est pas pour l’améliorer (*quality development* ou *quality improvement*). L’assurance de qualité (*quality assurance*) englobe tous les composants qui viennent d’être définis (voir figure 2), mais les

*WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians.

**EQuiP : European Working Party on Quality in Family Practice.

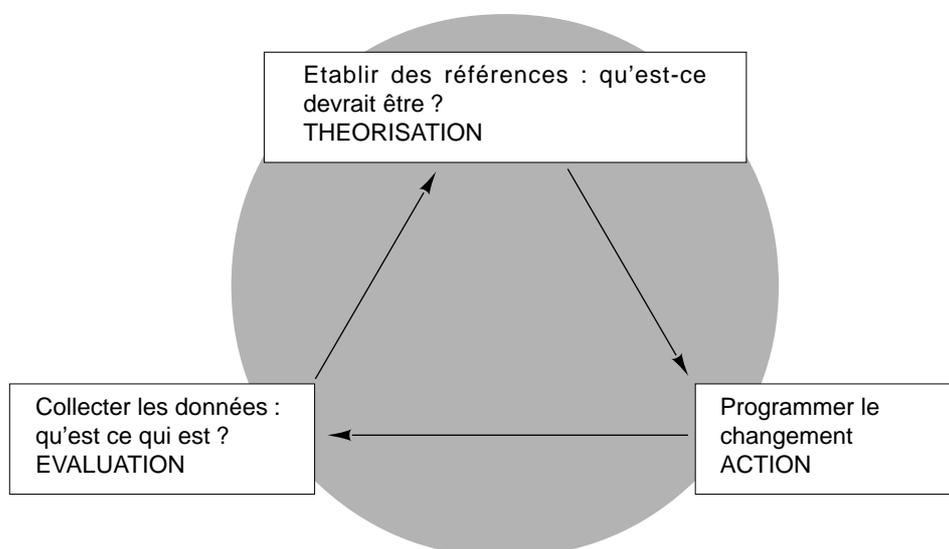


Figure 1 : Le cycle de l’assurance de qualité

L'assurance de qualité : une méthode, des concepts, une pratique

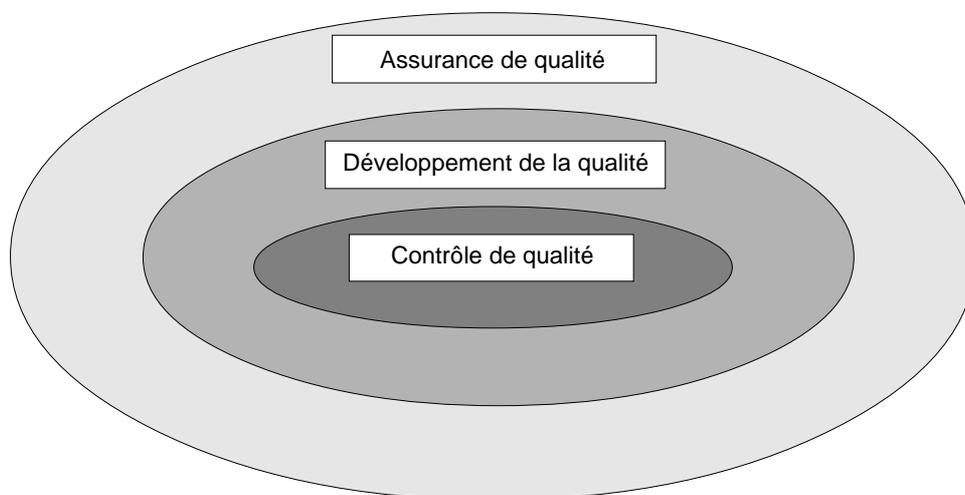


Figure 2 : Les composants de l'assurance de qualité

réunit dans une dynamique séquentielle, cohérente et réursive. Il s'agit donc bien du processus continu³ destiné à boucler et reboucler sans cesse, tel qu'il est illustré dans la figure 1.

Une telle interprétation de la notion d'assurance de qualité ne complète que très peu la définition de Black⁷ : « l'évaluation des soins médicaux, les efforts pour améliorer leur dispensation, et les procédures pour assurer que leur qualité soit maintenue ».

L'assurance de qualité peut revêtir concrètement plusieurs formes et se traduire par de multiples manières différentes d'agir. Certaines d'entre elles seront explicitées plus loin. Mais pour le médecin de famille dans sa pratique, il s'agit autant d'être que de faire, d'avoir une volonté de regard critique sur son propre travail et sur ses habitudes les plus ancrées et les plus immuables dans un but d'amélioration : nouvelle façon, en tout cas conceptualisée, de concevoir son métier et son travail.

Les différents aspects de la qualité

Les méthodes de l'assurance de qualité concernent plusieurs types d'acteurs, plusieurs niveaux d'intervention, et plusieurs dimensions.

● Les acteurs

Leur présence (ou en tout cas leur prise en

compte active) est nécessaire dans tous les processus de recherche ou de décision, pour leur assurer globalité et cohérence. Ces acteurs ont des places différentes, parfois complémentaires, parfois antagonistes, dans le système de santé et les filières de soins, ce qui explique la difficulté de définir des recommandations ou de prendre des mesures qui tiennent simultanément compte de toutes les complexités. Il existe entre ces divers acteurs toute une série de lieux de dialogue et de discussion, où le pouvoir de décision est exercé à géométrie variable en fonction des circonstances et du poids des lobbies. À côté des impératifs économiques (le plus souvent prépondérants), la recherche et l'assurance de qualité sont souvent le moteur de ces différents lieux de concertation.

1. Les patients

Le niveau de participation offert aux patients est souvent peu important. Ils sont cependant les premiers concernés par la qualité des soins qui leur sont prodigués et par les résultats de ceux-ci. Ils sont également les mieux à même d'apprécier certains éléments de la qualité des soins : par exemple, l'empathie du médecin, sa disponibilité, sa volonté d'impliquer ses patients dans leur prise en charge, le temps d'attente aux consultations. Ils ont aussi leurs propres idées sur les compétences techniques et relationnelles de leur médecin. C'est également à leur niveau que se recueillent certains des indicateurs de qualité les plus importants : qualité de vie, état global de bien-

être, évaluations fonctionnelles, etc. Enfin, les patients peuvent intervenir pour guider le choix des matières à évaluer, fixer des priorités ou recueillir des données. Leurs perspectives doivent donc toujours être gardées à l'esprit à toutes les étapes du processus d'assurance de qualité puisque, *in fine*, le système de soins a comme objectif principal l'amélioration de l'état de santé de la population.

2. Les dispensateurs

Les médecins sont bien entendu eux aussi des acteurs-clé. Ils interviennent nécessairement à toutes les étapes des processus en ce qui concerne les aspects cliniques, techniques et relationnels, fondamentaux pour la performance professionnelle. Mais les médecins ne sont pas tout seuls, et il est fondamental d'impliquer, à leurs côtés, comme dans le travail quotidien, toute la série de leurs interlocuteurs et collaborateurs habituels, médicaux ou paramédicaux (équipes de soins hospitalières ou ambulatoires, coordinations formelles ou informelles).

3. Les payeurs

Ce troisième acteur (tiers-payant, mutuelles, organismes assureurs) est également fondamental dans la mesure où c'est lui qui rétribue les prestataires pour les soins dispensés, et où il joue un rôle majeur dans les recueils des données de productivité et de différents indicateurs épidémiologiques.

4. Les décideurs

Le dernier acteur (l'État et ses gouvernements), garant, caution et émanation démocratique, est celui à qui il revient de définir la politique générale de santé et ses instruments d'évaluation, en dialogue constant avec les trois premiers.

● Les niveaux d'intervention

Ici aussi, il est indispensable d'associer les différents niveaux d'intervention pour aboutir à un ensemble global et cohérent et pour réduire au maximum les tensions ou même les contradictions entre la rigueur et le respect de l'évidence scientifique de l'échelon géographique supérieur et la volonté de faisabilité, de souplesse et d'adaptation au contexte de l'échelon inférieur⁸.

1. Niveau central (international, national, régional)

Il n'existe que très peu d'expériences actives tendant à réaliser des programmes internationaux reproductibles d'assurance de qualité. Chaque pays a en effet ses caractéristiques propres, sa culture, ses traditions et la standardisation est dès lors difficile, voire peut-être inutile et non recommandable. C'est pourquoi les groupes de travail mondial et européen de la WONCA font en la matière œuvre novatrice : réflexions, élaboration et définition de standards validés à une échelle supra-nationale, mise sur pied d'outils, de procédures et de méthodologies, etc. Par contre, à l'échelon national, on trouve souvent de vastes systèmes d'assurance de qualité, en développement constant ces dernières années, et qui concernent pour les différents acteurs de santé, autant les structures mises en jeu, que les procédures réalisées ou les résultats obtenus (voir ci-dessous). En Belgique, il s'agit par exemple et entre autres d'organes tels le Groupe directeur de l'accréditation (GDA) et le (futur) Conseil national pour la promotion de la qualité des soins (CNPQ) au sein de l'INAMI, le Conseil supérieur des professions de santé à la santé publique, ou la Commission consultative « Normes en matière de télématique » mise en place par le ministère des Affaires sociales.

2. Niveau local

La prise en compte du niveau local se justifie par l'existence de regroupements professionnels (groupes de médecins généralistes organisant leurs gardes, fédérations locales) et la réalité de communautés spécifiques de patients (milieu de vie, pollution d'un quartier, facteurs industriels).

3. Niveau de la pratique (solo ou en groupe)

Il s'agit surtout ici de facteurs structurels tels que l'organisation du centre de santé ou du cabinet, les rapports avec les autres pratiques et les institutions de référence.

4. Niveau individuel

C'est celui qu'on évoque spontanément vu le souci de toujours des dispensateurs de travailler le mieux possible et de dispenser des soins de qualité optimale. Mais si la tâche est louable et

L'assurance de qualité : une méthode, des concepts, une pratique

doit être entreprise, elle est aussi extrêmement ardue, les tentatives d'auto-évaluation sans regard extérieur se heurtant le plus souvent à de grandes difficultés (occultations sélectives et inconscientes, prise en compte insuffisante du point de vue des patients ou des impératifs économiques).

● Les dimensions de la qualité

La qualité des soins est une entité globale définie comme les attributs qui caractérisent les « bons » soins. C'est encore la classification classique de Donabedian⁹ en structures (*structure*), processus (*process*) et résultats (*outcome*) qui est la plus utilisée aujourd'hui.

Ces trois dimensions sont en étroite interrelation et touchent elles-mêmes à différents aspects : technique (qui implique l'application de la connaissance médicale et de la technologie de manière à maximiser les bénéfices et minimiser les risques), et relationnel (qui concerne les aspects interpersonnels entre le dispensateur et ses patients, et entre le dispensateur et ses collègues) : voir exemples dans le tableau.

	Aspect technique	Aspect relationnel
Structure	Contenu de la mallette du médecin	Choix d'un collaborateur
Processus	Organisation des gardes	Répartition des tâches pénibles
Résultat	Taux d'hémorragies sur anti-coagulation	Satisfaction des patients diabétiques

1. Les structures ou intrants (input)

Elles constituent tous les éléments qui entrent comme données ou comme ressources dans la dynamique de dispensation des soins, aussi bien en terme humain, que matériel, technique ou organisationnel : ce sont tous les intrants (*input*), qu'on peut distinguer¹⁰ en fonction de leur appartenance au milieu de vie (statut communautaire, état épidémiologique local et régional, environnement culturel, points d'appui familiaux ou professionnels), à l'individu/patient lui-même (caractéristiques personnelles, substrat religieux, héritage génétique) ou au système de santé (mode de financement, disponibilité et compétence des prestataires, organisation des pratiques).

2. Les processus

Ils concernent la manière dont les soins sont dispensés, c'est-à-dire tout ce que le médecin fait lorsqu'il reçoit, interroge, parle, écoute, examine, prescrit, rassure, traite, réfère, collabore, échange, coordonne, synthétise, conseille, mais aussi l'organisation et la gestion de sa pratique, la réalisation de la continuité, la tenue du dossier, etc.

3. Les résultats ou extrants (output)

Ils mesurent l'aboutissement de l'évolution naturelle des problèmes de santé, influencée par les structures et les processus des activités médicales. Les résultats peuvent être appréhendés directement, quantitativement ou qualitativement, ou grâce à des indicateurs (voir plus loin).

4. Liens avec les aspects techniques et relationnels

Chacune de ces dimensions peut toucher à un aspect technique ou relationnel, comme le montre le tableau ci-dessous :

5. Limites et complémentarité des différentes dimensions de la qualité

La qualité des soins n'est pas réductible à une des dimensions décrites. En effet, chacune d'elle a ses propres limites, et il convient donc de les examiner en complémentarité.

Ainsi, si les structures sont des éléments matériels faciles à mesurer, quantifier ou comparer, le gros problème est qu'il est très difficile de définir des références (voir plus bas critères et standards). De plus il n'y a pas toujours une relation évidente entre structures et résultats, même si celles-là conditionnent en partie (mais rien qu'en partie) ceux-ci. Les résultats d'une évaluation risquent donc d'être



véritablement faussés et peu interprétables si cette évaluation se limite aux aspects structurels, simples mais réducteurs.

Le lien est plus étroit entre processus et résultats. Néanmoins, quoique souvent utilisés par défaut, les processus ne constituent pas non plus les paramètres d'évaluation idéale. En effet, un acte médical inadéquat n'aura pas toujours de conséquences dommageables ; de plus, le délai entre procédure posée et résultat conséquent est souvent très long ; enfin, il est rare qu'il n'existe qu'une seule bonne réponse à un problème médical.

Les résultats semblent donc constituer les paramètres idéaux d'évaluation de la qualité. Cependant, d'importantes restrictions doivent aussi leur être faites : les mesures traditionnelles sont beaucoup trop grossières, parce qu'elles embrassent de multiples problématiques simultanément (taux de mortalité par exemple) ; par ailleurs, la satisfaction des patients est un indicateur de qualité des résultats important, mais elle n'est pas toujours corrélée aux indicateurs médicaux traditionnels ; enfin, les interactions multifactorielles sont souvent tellement complexes qu'elles rendent impossibles les mesures de résultats.

Approfondissement des concepts

● Les critères de qualité des soins

Évaluer la qualité des soins implique que les critères de cette qualité soient préalablement définis de manière consensuelle. Nous avons vu que dès 1933, apparaissent les grandes lignes de ce qui constitue la qualité des soins. Par la suite, et parallèlement à une réflexion approfondie sur la spécificité des soins de santé primaires, une conceptualisation de la qualité des soins est établie ; celle que nous présentons ci-dessous rassemble des concepts et définitions qui font largement consensus^{11, 12}.

Sans doute vaudrait-il mieux parler de « dimensions » de la qualité, dans la mesure où les termes « critères » et « standards » ont une acception bien précise dans le vocabulaire de

l'assurance de qualité (voir ci-dessous). Néanmoins, l'expression « critères de qualité » fait partie du langage commun, et c'est donc elle qui sera utilisée. Les trois premiers critères de qualité sont spécifiques aux soins primaires en général, la médecine de famille en particulier ; les autres s'appliquent à tous les échelons. Ce n'est pas une question conjoncturelle, une question de valeur intrinsèque supérieure ou inférieure des différents niveaux de soins l'un par rapport à l'autre ; c'est une question structurelle. Les soins de premier échelon ont en effet une place bien précise dans la filière des soins, d'ailleurs en relation dialectique de complémentarité avec les soins spécialisés ; ils ont dès lors un ensemble de caractéristiques particulières qui ne peuvent intrinsèquement s'appliquer qu'à eux. Il s'agit du trépied fondateur des soins de santé primaires^{13, 14, 15, 16, 17} : **globalité, continuité et intégration**, auquel s'ajoute bien entendu **l'accessibilité**.

Encore plus qu'en ce qui concerne les soins spécialisés, la définition (donc l'implantation) des critères et des standards en médecine de famille est une entreprise difficile vu l'importance particulière des aspects subjectifs, implicites, qualitatifs, orientés vers le patient et ses problèmes, à côté des aspects objectifs, explicites, quantitatifs, orientés vers le médecin et ses maladies – ces derniers aspects sont prépondérants en médecine spécialisée. Souvent en soins primaires, les problèmes qui se présentent ont une nature indéterminée (symptômes ou plaintes), les réponses aux différentes approches thérapeutiques montrent une grande variabilité, il n'existe pas qu'une attitude clinique unique pour tenter de résoudre les problèmes, et d'ailleurs la seule thérapie clinique le plus souvent ne suffit pas au vu, notamment, de l'histoire naturelle. Et s'il n'existe pas vraiment de réponse à la question de savoir quels sont les critères les plus appropriés pour mesurer la qualité des soins, c'est une raison de plus pour développer les idées nouvelles et les approches novatrices¹⁸.

Les autres critères de qualité qui font consensus sont les suivants : la permanence, l'acceptabilité ou la légitimité, la validité ou adéquation (*availability*), l'efficacité théorique ou utilité, l'efficacité pratique, l'efficience ou optimalité,

L'assurance de qualité : une méthode, des concepts, une pratique

la compétence, la performance, l'équité, le travail en équipe, la satisfaction des patients ; plutôt que de les développer ici, nous proposons au lecteur de les découvrir dans l'article suivant qui y est entièrement consacré.

Les critères de qualité des soins sont donc nombreux et variés, parfois en contradiction dialectique : il peut par exemple exister une opposition potentielle entre le droit des médecins à disposer d'une totale liberté thérapeutique et le droit des patients à bénéficier des soins de qualité optimale au moindre coût. Il est possible de regrouper les différents critères en catégories plus larges, et d'essayer d'arriver à un équilibre prédéfini relatif et optimal entre les différentes catégories, lorsqu'on développe un programme d'assurance de qualité sur une matière déterminée. Les catégories plus larges relèvent des dimensions :

- scientifique, comme l'efficacité,
- éthique et philosophique, comme la satisfaction des patients,
- économique, comme l'efficience,
- politique, comme l'équité.



● Les critères de qualité des systèmes de santé

Les soins constituent les processus spécifiques d'un système général : le système de santé. La qualité de ses résultats, qui peuvent être appréciés par une série d'indicateurs sanitaires classiques (mortalité, espérance de vie, etc), dépend donc également des structures (moyens et organisation). Il est d'ailleurs évident que la qualité des soins et des systèmes de santé dépend autant des valeurs personnelles liées aux individus (compétence, performance...) que du contexte organisationnel collectif dans lequel ils sont dispensés. Concernant les systèmes de santé, un certain nombre de critères de qualité sont également reconnus^{19,20,21,22}.

1. Structuration du système en trois niveaux de soins

Ces niveaux, cohérents et spécifiques, s'adressent à toute la population. Le premier niveau, non spécialisé de premier recours, assure l'entrée des patients dans les filières de prise en charge des problèmes de santé et la résolution de plus de 90 % de ceux-ci. Son acteur central (et d'ailleurs celui de l'ensemble des trois niveaux) est le médecin de famille/ médecin généraliste. Le deuxième niveau est celui de la référence spécialisée, le troisième, celui de la haute logistique et des technologies de pointe. Il importe d'assurer une logique séquentielle et une rationalité cohérente dans le recours à ces différents niveaux, qui se traduisent par un échelonnement souple et qui assurent une accessibilité optimale. Les soins de santé primaires doivent être la base de la pyramide et articuler l'ensemble du système.

2. Ni trou fonctionnel (*gap*), ni recouvrement (*overlap*), mais subsidiarité

Tous les services doivent être structurés et assurés pour répondre aux besoins et demandes de soins de la population. Il faut éviter les manques et les redondances. Chaque service ou niveau de soins doit assumer et réaliser une part spécifique de la dispensation globale des soins, sans concurrence avec d'autres. Il faut aussi

éviter qu'un niveau de soins ou un service prenne en charge ou réalise les tâches qui relèvent d'un autre, de plus bas niveau de compétence, sans toutefois voir dans cet échelonnement un système de valeurs ou de hiérarchie (principe de subsidiarité).

3. Un système d'information cohérent et structuré

L'ensemble des informations importantes relatives à un patient doit être rassemblé, ordonné et classé, synthétisé, et restitué selon les nécessités, à partir d'un élément central : le dossier médical. Le médecin de famille/médecin généraliste du patient, son interlocuteur et sa référence privilégiés, en est le dépositaire et le gestionnaire naturels. A tout moment, chaque citoyen doit bénéficier d'un médecin de référence (l'avoir désigné : titularisation) pour tous ses problèmes de santé, dont les maladies. Un bon système d'information permet et garantit une partie importante de l'efficacité (efficacités au moindre coût) des soins, donne de la matière aux processus d'assurance de qualité, ainsi qu'à ceux de la recherche, de l'enseignement et même de la décision politique²³.

4. Participation de la population et des individus

...à la promotion de la santé et aux prises de décision à tous les échelons. La compétence technique ne peut assurer le monopole, en droit ou en fait, à la prise de décision. Ceci implique une information la plus objective possible de la communauté, préalable indispensable à la décision. L'action sanitaire doit également tendre à la libération de l'individu de toute servitude, plutôt qu'à son maintien dans un état de dépendance à l'égard de l'organisation médico-sanitaire.

5. Recherche de modes de financement

Plus adéquats pour la réalisation de certains objectifs de santé dans la prise en charge des maladies. Partout en effet, les systèmes de santé sont confrontés à un ensemble de problématiques additives complexes et parfois contradictoires : une volonté de limitation des

budgets consacrés aux soins de santé, une explosion des dépenses liées notamment aux nouvelles technologies, et un questionnement quant à la qualité réelle des soins dispensés (indicateurs de résultats). Le type de financement du système de santé est un déterminant de la nature et de la qualité globale de celui-ci : il doit tendre à inciter aux comportements les plus adéquats en matière de santé, et à dissuader les moins appropriés, dans un contexte d'efficacité, aussi bien pour les décideurs politiques, que pour les patients, les dispensateurs, les organismes assureurs/payeurs. Une revue comparative de la littérature internationale montre qu'un financement forfaitaire partiel à la capitation peut constituer une alternative intéressante au financement à l'acte intégral des pratiques de soins primaires (solo ou en équipe)²⁴.

6. Evidence-based medicine

La « médecine basée sur la preuve » (EBM *evidence-based medicine*) a été définie par ses concepteurs comme l'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient²⁵. Les trois grandes étapes de la médecine basée sur la preuve sont :

- le recueil des faits prouvés par la recherche clinique, en utilisant les méthodes scientifiques les plus adéquates dans chaque cas particulier pour donner à la preuve la plus grande validité possible ;
- l'élaboration de stratégies combinant les données validées et les situations cliniques rencontrées par les médecins (importance fondamentale de l'expérience) ;
- l'application personnalisée de la preuve à chaque patient en tenant compte de ses caractéristiques particulières biomédicales, psychologiques et sociales.

La collection et la réunion d'évidences scientifiques, d'analyses critiques de situations cliniques et de données individuelles agrégées fournissent un matériel utile à des décisions cohérentes pour orienter la politique générale de la santé et des soins.

L'assurance de qualité : une méthode, des concepts, une pratique

En 2001, le Centre belge d'*Evidence-Based Medicine* (CEBAM) a été constitué au départ de la Katholiek universiteit van Leuven avec le soutien de la Santé publique et du ministère des Affaires sociales. Ce centre, qui rassemble à présent les universités du pays et les groupements scientifiques, a pour objectif de valider et de disséminer un ensemble de connaissances médicales pertinentes constituées selon la méthodologie de l'*Evidence-Based Medicine*, ainsi que les principes et concepts de celle-ci.

Dans des perspectives similaires et avec un soutien identique, les mêmes structures sont également à la base de MINERVA*, une revue bilingue à destination des médecins de famille, de type littérature tertiaire (publication intégrale ou de résumés d'articles importants extraits des grandes revues scientifiques mondiales de médecine générale, avec analyse critique de ceux-ci).

● Outils conceptuels

1. Protocole, ligne-guide

Le terme « standard » est souvent utilisé au même titre que protocole et ligne-guide. Il vaudrait toutefois mieux se limiter à ces deux derniers termes, le terme « standard » ayant également une autre acception (voir ci-dessous). Les protocoles (ou lignes-guide) sont des documents systématiques définissant les critères de bonne pratique pour la prise en charge d'une situation clinique spécifique (*clinical practice guideline*), dont l'objectif prioritaire est l'aide à la décision du dispensateur et du patient²⁶. Comme les autres outils d'assurance de qualité, leur but est d'aider à la dispensation de soins de qualité optimale (voir ci-dessus les critères de qualité des soins) par la définition la plus claire possible de préceptes directeurs parfois extrêmement précis, basés à la fois sur l'évidence scientifique et l'expérience clinique. Ils devraient aboutir à diminuer la variabilité entre les dispensateurs et à abandonner des attitudes peu fondées (beaucoup plus fréquentes que ce qu'on imagine a priori, notamment dans les situations les plus courantes au cours desquelles les praticiens suivent souvent une démarche personnelle et/ou non validée).

Certains pays ont fait des protocoles un des outils majeurs de leur politique d'assurance de qualité. Aux Pays-Bas, il en existe déjà plusieurs dizaines, les Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) « standards » touchant aussi bien les structures que les processus (voir plus haut la définition de ces concepts). Ces outils sont distribués systématiquement et régulièrement à tous les médecins de famille par le Dutch College of General Practitioners (via la revue « Huisarts en Genootschap »).

En France, les fameuses « références médicales » de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM), aujourd'hui Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), sont devenues références médicales opposables (RMO) par la volonté politique. L'exemple français montre bien la différence conceptuelle entre développement et contrôle de la qualité, le premier se faisant avec la collaboration des dispensateurs, le second entraînant sans doute leur méfiance et même leur opposition.

En Belgique, depuis quelques années, une collaboration étroite entre la Société scientifique de médecine générale (SSMG) et la Wetenschappelijke vereniging van vlaamse huisartsen (WVHV), soutenue par la Santé publique, a permis et permet encore la rédaction et la diffusion de nombreuses recommandations de bonne pratique (RBP) concernant par exemple les lombalgies, le mal de gorge aigu, la cystite chez la femme jeune, etc.

Il est possible de développer des protocoles à tous les échelons du système des soins : du plus bas (niveau local) au plus haut (niveau central). Les premiers risquent de mieux correspondre aux réalités des terrains et de s'adapter aux contextes communautaires, les seconds seront probablement plus basés sur la connaissance scientifique. On retrouve là la tension habituelle entre rigueur théorique et évidence d'une part, pertinence pratique et applicabilité d'autre part, toutes devant malgré tout coexister dans une dialectique constructive pour une qualité optimale : des recommandations élaborées rigoureusement au niveau central peuvent être adaptées par des groupes locaux en fonction de leurs particularités.

*MINERVA : revue evidence-based medicine de littérature tertiaire (analyse et lecture critique) bilingue, distribuée par la Wetenschappelijke vereniging van vlaamse huisartsen et la Société scientifique de médecine générale.

2. Indicateur (de performance)

Un indicateur est un outil de mesure et de suivi de la qualité des soins²⁷ ; il appréhende une ou plusieurs dimensions de celle-ci, dans une ou plusieurs matières bien circonscrites. La définition des indicateurs constitue à seule tout un secteur dans le domaine plus général de l'assurance de qualité, peut-être un des plus importants dans la mesure où il se situe à l'origine des boucles d'évaluation et conditionne dès lors toute la validité du processus. Combien d'audit (voir ci-dessous), pourtant menés avec énormément de rigueur et d'honnêteté, n'ont-ils pas été invalidés parce que les indicateurs de performances choisis et définis n'évaluaient pas ou mal celles-ci. Un bon indicateur répond à une série de conditions dont le respect doit être global et simultané de manière à ne pas favoriser une quelconque dimension au détriment des autres (règle d'ailleurs générale en assurance de qualité : tenir compte concomitamment de tous les paramètres).

- Un indicateur doit être mesurable. Il s'agit donc du résultat quantitatif d'une évaluation à visée qualitative. « Un indicateur est une quantité qui dit quelque chose sur une qualité²⁸ ».
- Il doit présenter une bonne adéquation (*availability*) par rapport à la matière évaluée. Son impact doit être réel sur les résultats de la prise en charge de la situation clinique considérée. L'adéquation relève elle aussi des règles de l'évidence scientifique.
- Sa validité interne (*internal validity*) doit être élevée. Il doit mesurer réellement ce qu'on veut mesurer, en fonction du contexte général et des particularités locales. Comme pour un quelconque test, sa sensibilité et sa spécificité devraient être connues (calculées) et optimales. La sensibilité d'un indicateur traduit sa propriété de toujours varier parallèlement aux variations des résultats des soins dispensés ; sa spécificité traduit sa propriété de ne varier que dans ces conditions de variation. De plus, même de légères variations de résultats devraient déjà entraîner des variations tangibles de l'indicateur.
- Sa validité externe ou reproductibilité (*external validity* ou *reliability*) doit aussi être

élevée. Les mêmes variations de résultats dans les mêmes conditions doivent impliquer les mêmes variations de l'indicateur, et ne pas dépendre de l'observateur (de l'évaluateur).

- Il doit constituer un ensemble global pour couvrir la complexité de la prise en charge d'une situation clinique spécifique.
- Il doit être facile d'utilisation et celle-ci ne doit pas être trop coûteuse.
- Il importe enfin que l'évaluation à l'aide de(s) indicateur(s) sélectionné(s) soit pertinente (*relevance*), c'est-à-dire qu'elle concerne une situation clinique importante : de hautes prévalence et/ou incidence, à répercussion majeure pour la santé individuelle et/ou la santé publique, et vulnérable aux changements de pratique.

En combinant toutes ces conditions qui conditionnent la valeur globale d'un indicateur, on peut définir simplement celui-ci comme « un élément mesurable de la performance d'une pratique clinique pour lequel il y a évidence ou consensus qu'il peut être utilisé pour mesurer la qualité des soins dispensés et leurs variations²⁹ ».

L'approche de l'élément à mesurer peut être directe, auquel cas un paramètre unique existe, associé à l'indicateur de manière univoque (l'état vaccinal pour évaluer une campagne de vaccination). L'approche peut aussi être indirecte au travers d'un indicateur unique soigneusement défini et validé (le taux d'HbA1C* pour évaluer l'équilibre diabétique), ou, dans le cas d'un élément complexe multidimensionnel, à l'aide d'une série d'indicateurs représentant chacun tout ou partie d'un axe à évaluer de l'élément considéré, l'ensemble de ceux-ci ayant été par ailleurs démontré nécessaire (pas de manque) et suffisant (pas de redondance). La satisfaction du patient est par exemple une entité plurielle dont la qualité globale ne peut être appréhendée qu'au travers d'une série d'indicateurs centrés sur le patient, et abordant autant les structures que les processus et les résultats : accessibilité, éducation à la santé, confidentialité, équipements de la pratique, continuité des soins, qualité de la relation, etc. Ceux-ci sont rassemblés par thèmes dans une *check list*,

*HbA1C =
 hémoglobine
 glycosylée. C'est
 une protéine du
 sang qui a la
 caractéristique
 de fixer d'autant
 plus les
 molécules de
 sucre que la
 glycémie est
 élevée.

L'assurance de qualité : une méthode, des concepts, une pratique

constituée d'items définis préalablement grâce à des interviews de patients, et statistiquement validée.

3. Critères et standards

En passant des notions de lignes-guide et d'indicateurs à celles de critères et de standards, on élargit la réflexion et la conceptualisation théoriques à leurs applications concrètes, les évaluations sur le terrain en situation réelle. En anglais, c'est d'ailleurs souvent le terme *review criteria* qui est utilisé, montrant bien par-là sa portée pragmatique et opérationnelle. Le critère réfère à la concordance entre la recommandation de pratique (éventuellement sous forme de protocole) et sa réalité. L'Institut de médecine parle d'« outils (paramètres, documents, textes) construits de manière systématique dans le but d'apprécier la validité des décisions, des services ou des résultats, dans un domaine spécifique des soins de santé²⁶ ». En référence à la nature quantitative du concept, un critère peut aussi être défini comme « un phénomène défini et mesurable, en rapport avec la définition de la qualité, circonscrit de manière tellement précise qu'on peut toujours affirmer s'il est présent ou pas³⁰ ». Le standard, lui, correspond à l'objectif préalablement fixé pour

chaque critère. Par exemple : le vaccin anti-grippe ayant été démontré efficace pour diminuer la morbidité et la mortalité de certains groupes à risque, une campagne de vaccination anti-grippe est mise sur pied ; l'indicateur direct de résultat est l'état vaccinal, le critère s'identifie directement à l'indicateur (sujet vacciné ou pas), le standard est fixé à l'obtention d'une couverture vaccinale de 60 % après la campagne.

Si la difficulté est grande de développer des protocoles et de définir des indicateurs, elle l'est encore plus pour les critères (et les standards) : voir figure 3. Pour l'hypertension artérielle par exemple, divers consensus existent concernant son diagnostic et son traitement ; la pression diastolique constitue évidemment un bon indicateur de la qualité du traitement de l'hypertension artérielle ; mais à quelle valeur placer le critère : ≤ 90 ? ≤ 95 ? Et quelle est la proportion de patients hypertendus traités qui doivent respecter ce critère et constituer le standard : 70 % ? 80 % ? La réponse dépend tout à la fois des évidences scientifiques existantes et de leur adaptation au contexte local de la pratique.

● Quelques méthodes d'assurance de qualité pour le médecin de famille

1. Audit

« Audit » est un terme tellement inadapté qu'il est difficile de comprendre comment il a pu être adopté par la profession médicale dans le cadre de l'assurance de qualité, non seulement initialement dans la terminologie anglophone mais même transporté tel quel dans la langue française. Sa racine latine « *audio* » implique plus l'être (l'écoute) que le faire, plus la passivité que les démarches actives de changement et d'amélioration qui caractérisent

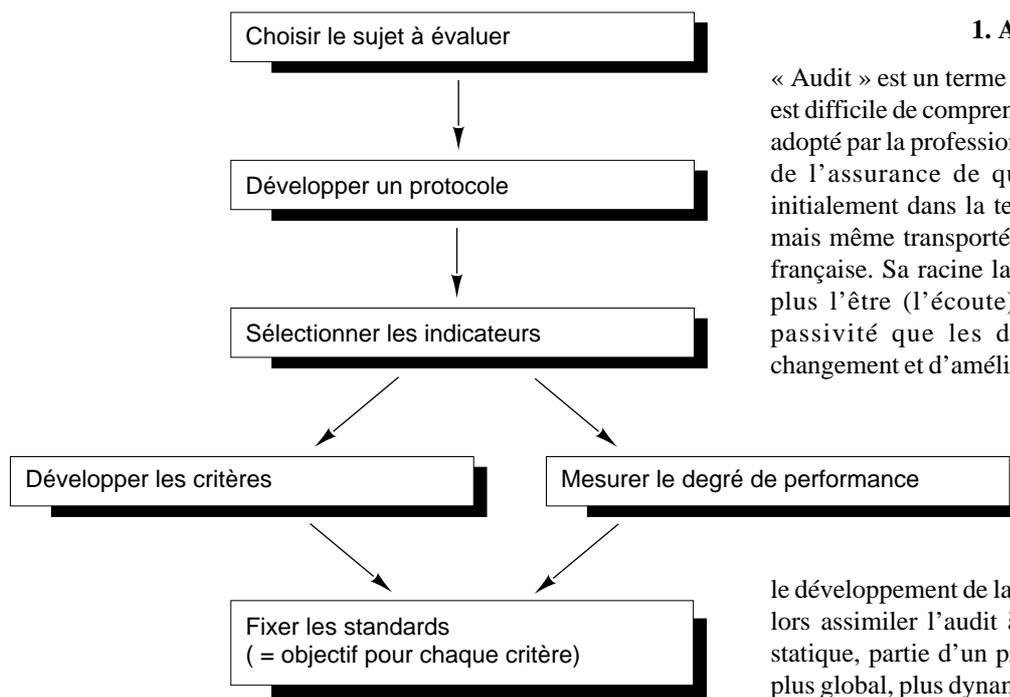


Figure 3 : Définition des standards

le développement de la qualité. On pourrait dès lors assimiler l'audit à la phase d'évaluation statique, partie d'un processus d'optimisation plus global, plus dynamique et récursif (boucle de rétro-contrôle). Néanmoins le mot existe et

est couramment utilisé. On parle d'audit externe si la structure d'évaluation est différente de la structure évaluée et est constituée d'experts indépendants. La justification de ce type de démarche est d'éviter l'état de juge et partie pour assurer l'objectivité ainsi qu'une certaine neutralité, notamment par rapport aux éventuels conflits internes (entre personnes ou plus théoriques). Il est par contre très difficile de désamorcer la méfiance de ceux qui se sentent évalués avec un vécu de contrôle et de sanctions potentielles par des experts venus du dehors sans perception de la réalité quotidienne ; ceux-ci courent d'ailleurs le risque de se voir dissimulés ou de voir modifiés des éléments importants pour la réalisation de leur mission. On parle d'audit interne s'il s'agit d'auto-évaluation. Cette dernière est plus directement branchée sur le concret des pratiques et sur la collaboration des acteurs mais le risque est ici, au contraire, l'autosatisfaction et la négation de la nécessité de tout changement. Il existe également des formes intermédiaires d'audit mixte, qui conjuguent probablement les avantages des deux méthodes, en limitant au maximum leurs inconvénients.

2. La méthode de l'incident critique

Sous des dehors apparents de routine, la pratique des soins primaires est cependant très régulièrement émaillée d'événements « perturbants » qui déstabilisent le médecin en le confrontant à son échec, sa déception, sa colère, sa frustration ou sa responsabilité et qui risquent de le conduire à des réactions inappropriées comme le déni, le découragement, la dépression ou même l'indifférence. Une analyse critique et systématique de tels épisodes peut au contraire amener un changement positif, une amélioration de la qualité des soins dispensés, et un sentiment de valorisation dans le chef du dispensateur. Il s'agit de remonter rétrospectivement toute la filière des processus posés à partir de l'incident critique, de les analyser, et d'identifier les éventuels dysfonctionnements pour les modifier. La nature des incidents critiques est extrêmement disparate. Chacun d'eux peut servir de point de départ à une démarche d'optimisation et de responsabilisation : une grossesse non désirée, le décès imprévu d'un patient, un délai ou une erreur dans un diagnostic, un conflit avec un collègue, une

fatigue excessive, l'oubli d'une visite urgente, le mécontentement d'un malade, l'interférence inadmissible d'une famille, une hémorragie sur une anti-coagulation mal conduite, etc.

3. Le cercle de qualité³¹

Il s'agit d'un ensemble de réunions d'un type particulier au cours desquelles des personnes de la pratique et extérieures à celle-ci (par exemple des spécialistes, d'autres dispensateurs de soins ou des patients) prennent part à une discussion critique centrée sur un sujet précis posant problème (le diabète, l'organisation des urgences) avec l'objectif de définir, d'implanter et d'évaluer des solutions.

4. La « peer review » (revue par les pairs)³²

Ce terme a été utilisé pendant longtemps d'une façon très générique, étant assimilé à toute méthode destinée à implanter des processus quelconques d'assurance de qualité. Il est plus exact de le réserver de manière restrictive à des cercles de réflexion critique constitués uniquement de collègues de la même catégorie professionnelle dans le but d'examiner la performance de chacun dans un domaine défini posant problème (par exemple la couverture de la vaccination anti-tétanique dans la population cible) pour y apporter des changements positifs. Les groupes locaux d'évaluation médicale (GLEM)s belges sont un exemple illustratif de cette approche. La participation à ceux-ci est un des éléments du vaste système de recertification et d'accréditation de la qualité des médecins (généralistes et autres).

5. Les étapes concrètes du développement de la qualité

Les différentes méthodes sont le plus souvent structurées selon un cycle qui boucle et reboucle sur lui-même de manière récursive : « le cycle de l'assurance de qualité », illustré dans la figure 1.

Les étapes concrètes à parcourir dans ce cycle peuvent être schématisées de la manière suivante, illustrée dans la figure 4.

Chaque étape du cycle doit être parcourue, même très rapidement, au risque d'obérer fondamentalement les résultats du processus global d'assurance de qualité par un ou plusieurs raccourcis inadéquats. Chacune peut

L'assurance de qualité : une méthode, des concepts, une pratique

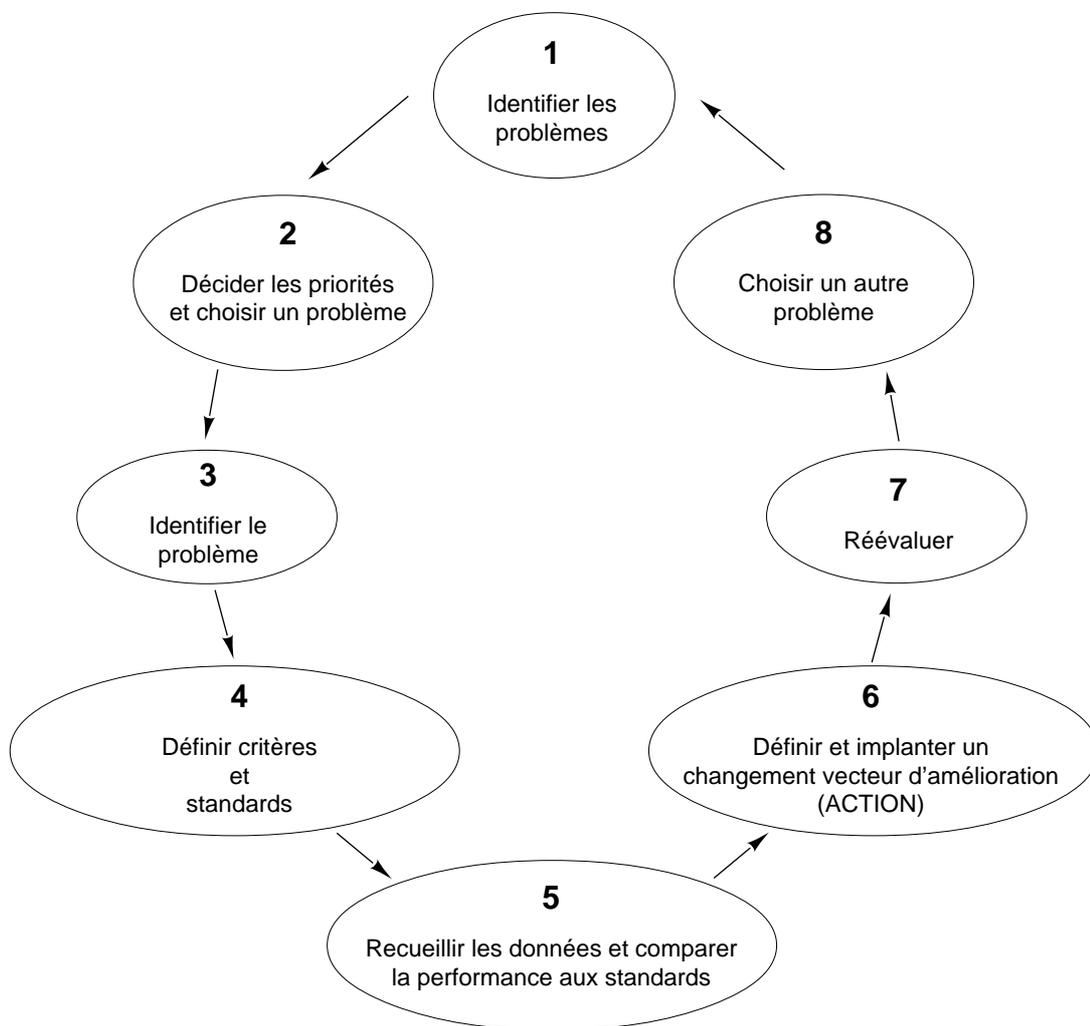


Figure 4 : Les étapes concrètes du développement de la qualité

également nécessiter l'utilisation de techniques spécifiques qui impliquent un minimum de formation et de savoir dans des domaines aussi différents que la collecte des données et leur interprétation statistique, l'accès au savoir médical, la lecture critique, la validation des connaissances scientifiques et l'*evidence-based medicine*, l'animation d'un groupe et la psychodynamique individuelle, la recherche-action et les principes *problem solving*, le recours adéquat à des experts, l'observation, les théories du changement, etc. Tout ceci ne doit pas servir de repoussoir ou d'argument pour décourager les initiatives : le plus important est de vouloir et de pouvoir reconnaître les bonnes et les moins bonnes pratiques, les siennes et celles de ses collègues, individuellement et en groupe, dans un esprit d'ouverture critique, pour renforcer ce qui

semble bon et améliorer ce qui l'est moins.

Conclusion

Issue de l'industrie, avec des perspectives très strictes d'efficience (d'efficacité au moindre coût) dans un contexte de contrôle et soumise aux impératifs du consumérisme, l'assurance de qualité est entrée dans le champ des soins et de la politique de santé depuis la deuxième guerre mondiale. Après une période nécessaire d'intégration des concepts puis de définition d'une méthodologie et d'une praxis spécifiques, elle fournit aujourd'hui aux médecins de famille un ensemble de méthodes et techniques éprouvées qui leur permettent de jeter un regard critique sur leur pratique pour maintenir à leur



niveau optimal les bons résultats et tenter d'améliorer les moins bons par des actions définies et évaluées. ●

Bibliographie

1. Prigogine I, Stengers I, *Entre le temps et l'éternité*, Paris, Librairie Arthème Fayard, 1988, p 17.
2. Lee Jones, *The Fundamentals of Good Medical Care*, 1933.
3. Lawrence M, Schofield T, *Medical Audit in Primary Health Care*, Oxford General Practice Series 25, Oxford, Oxford University Press, 1993, XI-XIII.
4. Institute of Medicine, *Medicare : a strategy for quality assurance*, Lohr KN, editor, National Academy Press, Washington 1990 ; 1 : 20-2.
5. Marwick J, Grol R, Borgiel A, *Quality assurance for family doctors, Report on the Quality Assurance Working Party*, World Organization for Family Doctors, 1992.
6. Donabedian A, « The quality of care : how can it be assessed ? », *JAMA* 1988 ; 260 : 1743-8.
7. Black N, « Quality assurance of medical care », *J Public Health Med* 1990 ; 12(2) : 97-104.
8. Roland M, Jamouille M, « L'assurance de qualité en médecine générale, un concept ancien », *Patient Care* 1995 ; 18 : 1-2, 23-30.
9. Donabedian A, *Evaluating the quality of medical care*, Milbank Memorial Fund Quarterly 1966 ; 44 : 166-203.
10. De Maeseneer J, De Sutter A, « Navorming en kwaliteitszorg : wat werkt ? », *Ned Tijdschr Geneesk* 1996 ; 52(20) : 1321-31.
11. Grol R, Wensing M, Jacobs A, Baker R, *Quality assurance in general practice : the state of the art in Europe*, Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht 1993.
12. Gosselain Y, Laperche J, Prévost M, « Agir en prévention : trois outils construits avec les équipes de terrain », *Santé Conjuguée*, Fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophones, n°10, octobre 1999.
13. World Health Organization, *Alma Ata Declaration*, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1978.
14. World Health Organization, *Targets for Health for All*, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1985.
15. Vuori H, « Health for All, primary health care and general practitioners », *J Royal Coll Gen Pract* 1986 ; 36 : 388-402
16. World Health Organization, *Charte d'Ottawa*, WHO, Geneva, 1986.
17. World Health Organization, *A Charter for general practice/family medicine in Europe*, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1995.
18. Borgiel A, O'Neil J J S, « Evaluation de la qualité des soins en première ligne. Pouvons-nous poser les bonnes questions ? », *Can Fam Physician* 1997 ; 43 : 1703-4.
19. Starfield B, « Primary Care and Health, A Cross-National Comparison », *JAMA* 1991 ; 266 : 2268-71.
20. GERM Groupe d'étude pour une réforme de la médecine, *Pour une politique de santé*, Ed. Vie Ouvrière/La Revue Nouvelle, Bruxelles 1971 ; 9-17.
21. Unger JP, Criel B, « Principles of health infrastructure planning in less developed countries », *Int J Health Planning and Management* 1995 ; 10 : 113-28.
22. Van Lerberghe W, Lafort Y, « The role of the hospital in the district : delivering or supporting primary health care ? », *Division of Strengthening of Health Services* 1990, WHO/SHS/CC/90.2, WHO, Geneva, 5.
23. Roland M, *Les systèmes d'information : du recueil de données local à la décision politique*, Communication présentée aux Entretiens d'Egmont (Commission communautaire française, Bruxelles) ; février 1998.
24. Roland M, « Le forfait à la capitation pour les soins primaires : une revue de la littérature internationale », *Santé Conjuguée* 1998 ; 3 : 71-84.
25. Sackett DL, « Evidence Based Medicine », *BMJ* 1996 ; 312 : 71-2.
26. *Institute of Medicine, Guidelines for clinical practice : from development to use*, Field MJ, Lohr KN, editors, Washington 1992 ; National Academy Press.
27. Agency for Health Care Policy and Research, « Using clinical practice guidelines to evaluate the quality of care », *AHCPR publication n°95-0045*, Rockville : US Dept of Health and Human Sciences, 1995.
28. Canadian Hospital Association, *Joint statement on outcome-oriented indicators in health care facilities, Recommendations for action*, Ottawa 1989 ; CHA.
29. Lawrence M, Olesen F (for the EQuIP working party on indicators), « Indicators of quality in health care », *Eur J Gen Pract* 1997 ; 3 : 103-8.
30. Donabedian A, *Explorations in quality assessment and monitoring, Vol II, The criteria and the standards of quality*, Ann Arbor 1982 ; Health Administration Press.
31. Schillemans L, De Grande L, Remmen R, *Using quality circles to evaluate the efficacy of primary health care*, In International innovations in evaluating methodology (ed. Conner R and Hendricks M). San Francisco, Jossey-Bass 1989.
32. Van de Ridt-Van de Ven T, Touw A, Vermuë M, *Peer group performance review for general practitioners*, Utrecht, Stichting O & O, 1988.

Les critères de qualité: tout le monde en parle...

Marianne Prévost, sociologue, chargée de missions à la Fédération des maisons médicales, **Michel Roland**, médecin généraliste en maison médicale et chargé de missions à la Fédération des maisons médicales, Centre de médecine générale de l'Université libre de Bruxelles, École de santé publique de l'Université libre de Bruxelles, Unité de socio-épidémiologie de la santé.



Cet article présente un ensemble de critères de qualité, issus de la littérature scientifique et de la pratique des soignants en maison médicale ; ces critères sont cohérents par rapport aux objectifs des soins de santé primaires et en harmonie avec les valeurs exprimées dans la charte des maisons médicales. Nous abordons la plupart des critères en trois temps : une définition théorique issue d'un article récent¹ et du carnet de bord assurance de qualité de la Fédération des maisons médicales (voir article suivant) ; ensuite des illustrations concrètes à partir de projets et de réflexions émanant de certains soignants en maison médicale (▲) ; enfin, la parole des patients qui disent dans leurs mots à eux (●), ce qu'ils trouvent auprès de leurs soignants, ce qu'ils en attendent - évoquant sans les nommer, la plupart des critères en vigueur dans les démarches d'assurance de qualité.



fois, et d'autres choses encore, que l'on perçoit petit à petit, par la pratique, l'expérience et son lot d'incertitudes, d'erreurs, de réussites, de frustrations, de plaisir...

Faut-il formaliser tout ce savoir, tout ce vécu, l'enserrer dans des définitions au risque d'en réduire la richesse ? Ne vaut-il pas mieux réserver les définitions au champ technique, sans vouloir trop cerner l'insaisissable, tout ce qui, dans les pratiques de soins, apparaît comme un art ? « Souvent en soins primaires, les problèmes qui se présentent ont une nature indéterminée, touchent aux différents aspects de la vie du patient, les réponses aux différentes approches thérapeutiques sont très variables, ... définir la qualité des soins de santé primaires est donc une entreprise complexe ; elle n'est pas neuve et elle se poursuit tous les jours... »¹.

L'assurance de qualité c'est bien une formalisation, mais qui fait la part belle à une réflexion issue de la pratique, et qui est constamment en écho avec cette pratique. Les critères de qualité ne font donc rien d'autre que nommer certains aspects de l'art de guérir, fournissant une grille de lecture pour mieux comprendre où on en est, identifier ce que l'on fait bien ou moins bien, définir ensemble comment éclaircir la réflexion et guider l'action.

Nous tenterons dans cet article de montrer à quel point les critères se complètent, s'imbriquent les uns dans les autres, mettant en lumière à la fois les différences et les articulations, les frontières et leur perméabilité ; le classement des extraits cités paraît dès lors parfois arbitraire, insatisfaisant, subjectif - il l'est en grande partie, et c'est tant mieux ... puisqu'il s'agit bien de formaliser sans étouffer le foisonnement des idées, la richesse et la complexité des pratiques.

(1) définition théorique générale telle qu'elle est présentée dans un article récemment paru Roland M., Prévost M., Jamouille M., "L'assurance de qualité et le médecin de famille", Arch Public Health 2001, 59, pp.1-28.

La qualité des soins est au centre de ce dossier. Mais qu'est-ce qu'un « bon » soin ? Qu'est-ce qu'un patient « bien » soigné ? Un malade guéri, un patient qui assume mieux sa maladie, une personne qui se sent écoutée et reconnue, qui peut faire appel aux soignants quand il faut, qui trouve elle-même des moyens de rester en bonne santé ? Et qu'est-ce que le « bon » soignant ? Celui qui sait écouter, celui qui connaît les meilleurs traitements, celui qui va au-delà de la demande immédiate, celui qui prend en charge une population ? Tout ça à la

La globalité articule la santé et le social

« 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 »¹.

▲ La globalité est envisagée au niveau du contact et de l'invitation au dépistage. Il s'agit de répondre à l'incompréhension de la nécessité du dépistage, d'entendre les peurs de la patiente à l'idée d'un éventuel dépistage de cancer, d'accepter la réticence à dénuder une partie du corps en rapport avec la sexualité...

▲ En analysant la situation actuelle, nous avons vu que les dossiers médicaux ne sont pas complétés par les autres membres de l'équipe ; il est alors difficile d'évaluer entièrement les besoins des personnes si tous les aspects ne sont pas pris en considération ; cette analyse a aussi mis en évidence que des organismes qui pourraient prendre en charge certains aspects de la vie de la personne ne sont pas interpellés. A partir de ces réflexions, les objectifs suivants ont été définis : sensibiliser de manière continue les soignants à la globalité, aux différentes composantes et implications du dépistage pour les personnes ; renvoyer en réunion d'équipe les réactions des patients ; re-dynamiser l'équipe sur le fait qu'avoir un dossier bien rempli est nécessaire pour une prise en charge globale (le dossier santé informatisé est un outil formidable où l'on retrouve les différents critères de qualité) ; répondre correctement aux besoins identifiés ; créer un réseau de services sur le terrain afin de mieux les connaître et de mieux les utiliser, pour qu'ils répondent de manière optimale aux besoins des personnes.

▲ Le bien-être dans la salle d'attente dépend de différents facteurs : le cadre (lieu), le confort (installation), l'état du patient (son mal, sa demande), son comportement, ses relations sociales ; il dépend aussi des activités proposées (livres,

jeux, musique,...), du travail des intervenants. Il est important de tenir compte de chacun de ces aspects.

▲ Les personnes hospitalisées en milieu psychiatrique ne sont pas réduites à une pathologie, mais doivent être prises en compte dans leur contexte familial, économique, physiologique et culturel ; une démarche globale est nécessaire autant pour faire un diagnostic correct du problème que pour comprendre comment y répondre de manière adéquate.

▲ La globalité est un des fondements de notre travail, inscrit dans notre charte politique. Il a été réexaminé à la lumière de l'expérience, des acquis (psychanalytiques et autres), de la littérature et du travail interdisciplinaire. Pour chaque individu suivi dans le cadre du projet cancer du sein, une connaissance de tous les aspects de sa vie devrait figurer dans le dossier.

● *Quand on vient ici, on peut parler de ses difficultés au médecin, à l'assistante sociale... Il y a des gens qui en parlent à tout le monde, comme ça ils vérifient les différentes réponses. Il n'y a pas de compartimentage ici, ils ne soignent pas juste un petit morceau de la personne...*

● *Oh oui, on a des très bons contacts, ils nous connaissent ; ce qui est bien, c'est que même si je viens pour une angine, on peut parler d'autre chose, des problèmes de couple, du bébé, du travail...*

● *Il trouvait que je ferais mieux d'aller au chômage comme demandeur d'emploi, pour pouvoir retravailler après quand ça irait mieux. Mais je ne m'en sentais pas capable. Si je suis au chômage et qu'on m'envoie quelque part, si je ne suis pas capable... Il disait que si je suis invalide, j'en sortira pas pour mon moral. Mais finalement il a compris, il a été d'accord avec moi... J'ai envie de travailler, ça oui ! Mais je dois trouver quelque chose de léger, c'est difficile de changer, j'ai toujours fait du lourd... On peut parler facilement des problèmes de travail avec le docteur.*

L'intégration articule le curatif et le préventif

« 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 réhabilitation, et/ou la coordination avec d'autres services. Elle se traduit à la fois au niveau individuel, notamment par la prise en compte des aspects préventifs à partir des opportunités des contacts curatifs (à l'occasion d'une bronchite chronique, est abordée la question du tabagisme) et au niveau collectif de la population prise en charge (des jeux d'éducation à la santé sur les accidents domestiques se trouvent dans la salle d'attente) »¹.

▲ Pour favoriser le succès d'un retour à domicile des patients sortant d'une hospitalisation psychiatrique, il faut assumer aussi bien le curatif et le préventif : les thérapeutes se rendent compte que les rechutes sont liées à la fois à une mauvaise compliance au traitement médicamenteux et à l'isolement social, au manque d'activités régulières. Il faut donc mobiliser autour de la personne un entourage préventif, des relais sociaux qui peuvent jouer un rôle important. Dans un souci de prévention intégrée au curatif, la notion de référent, au sein de notre équipe et au sein du réseau, est un atout majeur pour le suivi des personnes qui ont un parcours psychiatrique.

▲ Nous allons intégrer le problème du cancer du sein dans toutes les consultations des femmes du groupe cible, en pensant au meilleur moment pour en parler. Mais avant de lancer ce programme, nous voulons prendre le temps de réfléchir à la meilleure attitude à avoir face à un diagnostic positif ; j'ai déjà eu le cas, je me suis sentie très démunie face à l'anxiété de la patiente, je n'étais pas prête à lui expliquer tout ce qui allait se passer – alors que je trouvais important de continuer à la suivre, de ne pas la laisser aux seules mains des spécialistes. Il faut penser à tout cela avant de lancer le programme, car faire une campagne préventive, c'est aussi s'exposer à avoir des cas positifs et à exercer une

fonction de synthèse par rapport à des traitements lourds...

▲ Les études démontrent que la chronicité des maux de dos diminue grâce à la gymnastique. A partir de cela, la kinésithérapeute a voulu proposer un cours de gymnastique après un traitement ; c'est un bon moment, les patients sont sensibles à une activité qui permettrait de prévenir la réapparition du problème dont ils viennent de souffrir...

▲ L'articulation entre le préventif et le curatif est présente dans notre projet « action mammo », puisque c'est à 90 % dans le cadre des consultations que nous abordons l'aspect préventif du dépistage.

▲ Nous avons conçu des outils facilitant l'intégration du curatif et du préventif : la fiche verte de prévention dans le dossier, rappelant les actes et les conseils utiles suivant l'âge et le sexe. Également, les fiches de suivi pour les maladies chroniques : diabète, hypertension, etc. Cette fiche verte est ouverte dans le dossier avec l'accord du patient, et l'ouverture lui en est expliquée.

● *J'ai demandé comment je pouvais faire la gymnastique, car on en avait parlé avec le docteur. Il m'a envoyé pour avoir des adresses à l'accueil, on ne pouvait pas me répondre tout de suite, mais huit jours après, on m'a donné toute une liste de possibilités sur la commune.*

● *J'avais des problèmes d'allergies, il m'a donné des médicaments, on va peut-être faire un examen pour savoir à quoi je suis allergique. A part ça, il m'a donné des conseils pour la maison, je vais enlever un tapis et aérer plus, je fume beaucoup, peut-être qu'avec tout ça, ça ira mieux...*

● *C'est bien, dans le journal, ils font des informations, sur le vaccin contre la grippe par exemple, ou comment éviter telle ou telle maladie... Bon, on ne suit pas toujours les conseils, mais on les retient, ça apprend certaines choses, ça peut venir à point...*

On retrouve ici des éléments de subsidiarité (voir plus loin) ; il peut y avoir un cours de gymnastique organisé à la maison médicale, mais aussi parfois suffisamment de ressources dans le quartier pour conseiller au patient de se tourner vers elles - une manière aussi de démedicaliser. Et cela peut impliquer des démarches très actives de la part de l'équipe (cf. premier extrait) ; contacter d'autres intervenants, réfléchir ensemble sur la manière d'intégrer au mieux les aspects curatifs et préventifs, définir le niveau d'intervention de chacun.

La continuité

« 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, et permet de prendre, à chaque étape des processus de soins, les bonnes décisions aux bons moments. Par exemple, si un patient présente une allergie médicamenteuse, cette information doit être connue par tout intervenant amené à le prendre en charge »¹.

▲ Nous avons l'habitude de travailler avec un dossier médical qui permet la continuité. Toute l'histoire de la personne s'y retrouve, avec des épisodes importants de sa vie. Les informations pertinentes concernant la prise en charge de la personne y sont consignées, ce qui facilite la gestion de sa santé d'un thérapeute à l'autre. Il faut aussi réfléchir à mettre sur pied un outil qui permettra de faire circuler l'information entre les thérapeutes de la maison médicale et les intervenants du réseau extérieur, pour qu'aucune information ne se perde.

▲ Il est important que les messages passent bien, non seulement au sein de l'équipe de la maison médicale mais aussi avec les spécialistes qui seront amenés à

voir le patient. Au sein de l'équipe, il est important que le dossier soit complet ; pour plus de facilité, des consignes claires doivent être données. Chaque paramètre à suivre est à noter dans l'échéancier. Chaque référence à un de nos collègues est programmée également dans l'échéancier, et soutenue par un message personnel au collègue à la date où il doit voir le patient... Au début de ce suivi, il sera important que les différents soignants se rencontrent pour dire ce qu'ils ont abordé avec le patient et comment ils l'ont encodé. Ceci permettra de mettre les derniers détails au point quant à la systématisation de l'encodage et de la transmission de l'information. Par rapport à l'extérieur, il faut faire prendre conscience au patient de son importance, et donc veiller à lui donner un mot de référence et que le spécialiste nous écrive, établir des liens privilégiés avec certains spécialistes.

▲ Un suivi informatique nous permet de connaître chaque mois les patientes à prévenir parce qu'elles sont presque arrivées à échéance pour le dépistage mammo. Cette information dépend d'un encodage rigoureux et régulier. Pour cela, une « fiche de travail » est insérée dans les dossiers des patientes concernées par le dépistage. Cette fiche doit être utilisée rigoureusement. La continuité dépend aussi du patient, et cela pose quelques problèmes quant à l'envoi automatique du protocole de dépistage. Certaines femmes ayant fait le dépistage sont ainsi considérées comme « en retard » pour ne pas avoir assuré le feed back nécessaire au suivi de la couverture. La continuité est liée à la systématisation.

● *Quand un médecin est absent, un autre peut voir le dossier, comme ça on est sûr. Dans le temps, ça n'existait pas, avec le truc du secret médical.*

● *La garantie du suivi, c'est important pour un malade chronique comme moi, il peut y avoir des urgences, ici il y a plusieurs médecins, le dossier est là, on est toujours suivi... Tout est inscrit dans le dossier, parfois des*

Les critères de qualité: tout le monde en parle...

*choses qu'on a soi-même oubliées.
Et si votre médecin est en vacances,
celui qui vous reçoit connaît le traitement.*

● *Quand le petit a eu la jambe cassée,
le docteur l'a vraiment pris en charge ;
elle l'a mis au centre hospitalier universitaire,
elle a fait les démarches, elle a été voir le
docteur du centre hospitalier universitaire... !
C'est un gâteau !*

On le voit, la continuité est en lien avec la globalité : les informations dont chaque soignant a besoin pour suivre le patient ne relèvent pas uniquement des aspects médicaux, mais aussi d'autres aspects de la santé. Il est tout aussi cohérent d'envisager ici le travail pluridisciplinaire et l'échelonnement - la subsidiarité : l'intervention de différents membres de l'équipe, de différents niveaux de soins, permet de mieux répondre aux besoins mais multiplie les risques de rupture dans la continuité de ces soins. Il convient dès lors de mettre en place les outils pratiques qui permettront d'opérationnaliser la continuité des soins et de les utiliser de manière systématique, sinon ils perdront beaucoup de leur intérêt...

L'accessibilité sous toutes ses formes

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). Exemple : une équipe de soins amenée à prendre en charge une population très défavorisée organise des conditions d'accessibilité financière maximale au travers d'une convention avec un centre local d'aide sociale »¹.

▲ Le coût du dépistage (cancer du sein) est variable d'une institution à l'autre et peut constituer un frein pour la patiente. Nous

avons contacté les centres afin de connaître les prix pratiqués et d'orienter au mieux une personne si le coût constitue un obstacle.

▲ Pour le suivi des diabétiques, nous avons prévu quatre consultations par an ; si le patient ne sait pas venir, il y aura des consultations à domicile.

▲ Pour faire comprendre le système du forfait, nous prenons le temps nécessaire et surtout nous choisissons le moment opportun pour donner une explication complète : il faut tenir compte du sentiment d'urgence, d'angoisse dans lequel se trouve le patient face au problème pour lequel il vient ; à certains moments il n'est pas accessible.

▲ Nous organisons des séances de gymnastique l'après-midi et le soir, pour les gens qui travaillent ; le coût est de quatre-vingt BEF par séance, pour les non inscrits à la maison médicale autant que pour les inscrits. Ces séances se font à la maison médicale ; ces dispositions facilitent l'accessibilité.

● *Si on a une urgence, une douleur très forte, vous êtes reçu tout de suite et vous recevez des échantillons de médicaments...*

● *Avant le forfait, ça arrivait qu'on ait difficile... Mais même alors, je pouvais payer après avoir retouché de la mutuelle. Et puis ils donnent des échantillons... On peut s'arranger, ils cherchent les médicaments les moins chers, les « produits blancs »...*

● *Le plus souvent, on fait venir le docteur, car c'est difficile de se déplacer. La maison médicale est dans un autre village, il n'y en a pas ici... Il en faudrait partout, des maisons médicales.*

● *C'est facile, pour les vaccins des enfants, il y en a toujours à la maison médicale, c'est gratuit, on peut venir le faire sans rendez-vous.*

La permanence

La permanence « implique que le service assure une possibilité de recours de façon continue au cours du temps (soir, nuit, week end, jour férié). Ce critère est souvent confondu avec la continuité, beaucoup plus large et plus difficile à réaliser. Exemple : les médecins s'organisent par quartiers pour assurer un rôle de garde pendant les fins de semaine »¹.

▲ Pour nous, la permanence est très liée à l'accessibilité : si le service n'est pas permanent, non seulement il y a un risque de problèmes dans l'immédiat, mais cela peut aussi entraîner à la longue chez le patient le sentiment qu'il vaut mieux attendre - quitte à venir quand le problème s'est aggravé ou à aller directement à l'hôpital... Le travail en équipe est un atout : la permanence ne repose pas sur une seule personne mais sur plusieurs, qui doivent bien se coordonner.

● *Le docteur connaît le dossier, je peux lui téléphoner... même à 3 h du matin... Quand ma femme est morte... Il est venu directement, pas en pyjama, mais presque, je le sens comme... le médecin de famille.*

● *Si on a besoin d'un médecin, on téléphone, il vient, sinon c'est un autre. Et il a le dossier, même s'il ne me connaît pas, et puis je les ai quand même déjà tous croisés... C'est très sécurisant... Si ça ne tenait qu'à moi, je viendrais plus souvent à la maison médicale, mais j'ai peur de les ennuyer, pourtant tout le monde me dit « venez quand vous voulez ». Si je ne me sens pas bien je viens avant le jour du rendez-vous, il n'y a pas de problème... »*

L'acceptabilité, « harmonie de la pratique »

L'acceptabilité ou légitimité « définit l'harmonie de la pratique par rapport aux

normes sociales, éthiques et culturelles de ses utilisateurs et de leur famille. Exemple : le médecin essaie d'adapter le régime et le traitement chez son patient diabétique pendant la période du Ramadan, conformément aux prescrits religieux »¹.

▲ Nous nous sommes informés préalablement sur les valeurs de ce milieu, en ce qui concerne l'éducation des enfants et la relation à des professionnels de santé ; nous pensons que l'acceptabilité de la stimulation psychomotrice pour les bébés sera meilleure si la demande vient des gens eux-mêmes.

▲ L'acceptabilité est envisagée au niveau du contact et de l'invitation au dépistage (cancer du sein). Il s'agit de répondre à l'incompréhension de la nécessité du dépistage (physiologie), d'entendre les peurs de la patiente à l'idée d'un éventuel diagnostic de cancer (communication), d'accepter la réticence de dénuder une partie du corps en rapport avec la sexualité (relationnel) en vue de proposer à la patiente l'acte de prévention.

▲ Nous avons essayé de cerner l'acceptabilité du projet à partir de notre expérience quant aux réactions des patientes et d'une réunion en équipe qui a mis en évidence des réticences personnelles parmi certains soignants... ; cela permet de voir que les choses ne sont pas si simples, on peut partir de là pour mieux anticiper, mieux comprendre les réticences des patientes... Il faut adapter le discours, le personnaliser, peut-être attendre. Cela freinera peut-être notre taux de couverture, dans un premier temps...

● *J'ai assisté à une scène. Un Nord africain venait demander si sa femme était chez le gynéco, l'accueillante ne lui a pas dit, il insistait. Je suis intervenue pour dire que c'était le secret médical, je veux dire, si c'était ma mère qui avait demandé si j'étais chez le gynéco, elle aurait répondu, mais ici on voyait bien que le type était agressif, il ne voulait pas que sa femme aille chez le gynéco, c'est une*

situation culturelle.

L'accueillante a très bien réagi, elle voulait protéger la femme, faire comprendre au monsieur, je trouve ça très bien...

● *Moi, rien à faire, on a beau me dire que les produits blancs, c'est la même chose que les autres médicaments, je n'y crois pas. Chez moi, ça ne marche pas, tout le monde ne réagit pas pareil.*

Le docteur m'a expliqué, mais finalement, il a compris que pour moi ça ne va pas. Par exemple elle m'a donné le produit blanc à la place du Clamoxyl® pour le petit, et je lui ai dit que ça n'a pas bon goût, le petit n'en voulait pas, le Clamoxyl® c'est sucré, elle a compris, elle a changé.

Je ne lui reproche pas, elle a voulu bien faire, elle avait donné le générique car elle sait qu'on n'a pas beaucoup de sous, mais pour le bébé, les sous, je m'arrange toujours, je préfère qu'il ait le Clamoxyl®, le docteur a compris...

● *Ce que j'aime bien, c'est qu'au départ il m'a bien expliqué tous les effets des antidépresseurs ; avec celui-là il y a tel effet secondaire, avec celui-là c'est un autre, un peu plus de fatigue mais pas de vertiges, le troisième c'est encore différent... J'ai pu choisir les effets secondaires qui me*

dérangent le moins, et du coup, ça va très bien, il a bien trouvé ce qui me convient.

L'acceptabilité est clairement liée à la participation, à la parole, à la place accordée à la subjectivité du patient - autrement dit, à l'espace du sujet... Ce n'est pas tant lui « faire accepter » ce que l'on croit bon pour lui - mais pouvoir cheminer avec lui, le rejoindre là où il est avant d'aller ailleurs, trouver l'équilibre entre les connaissances du soignant, celles du patient, la sensibilité de chacun...

La validité, des soins compatibles avec la politique de santé

La validité ou adéquation « constitue la mesure dans laquelle la pratique dispense des soins en quantité et en qualité compatibles avec la politique de santé définie à l'échelon des décideurs. Exemple : une campagne de vaccination contre l'hépatite B est réalisée suite à la décision de remboursement de ce vaccin pour certaines catégories de patients »¹.

Il convient de rester critique par rapport à cette définition, qui suppose que les décideurs prennent toujours de bonnes décisions...

Comme le montrent d'autres articles de ce dossier, on n'est pas trop mal loti en Belgique puisque les réflexions et les structures qui sont ou se mettent en place vont dans le sens d'un étayage scientifique des décisions prises ; il s'agit de prendre de plus en plus des mesures cohérentes par rapport à des études scientifiques validées. Mais pour que l'*Evidence Based Medecine* ne soit pas de la *Theory Based Medecine* - qui reviendrait à appliquer trop vite, tout de suite, les résultats des études scientifiques - elle doit être contrebalancée par les besoins ressentis, les demandes des patients ; et aussi par l'expérience, les besoins, l'éthique du soignant. Faut-il par exemple supprimer dans tous les cas le remboursement d'un



médicament dont l'efficacité après cinquante ans n'est pas démontrée ? Ce n'est pas toujours évident, des aspects éthiques doivent être abordés pour éviter des décisions trop rigides par rapport aux réalités du terrain.

L'efficacité théorique

L'efficacité théorique « représente les résultats attendus d'un processus dans des circonstances concrètes et particulières, mais idéales et théoriques. Exemple : la vaccination anti-influenza offre une protection de 85-90 % contre l'infection grippale »¹.

▲ La littérature scientifique, les données épidémiologiques et l'expérience des intervenants de terrain ou spécialisés convergent pour valider le dépistage systématique du cancer du col et du sein chez les femmes appartenant aux tranches d'âge concernées. Ces dépistages permettent de diminuer significativement la mortalité et la morbidité dues à ces cancers. Par ailleurs, il s'agit de problèmes relativement fréquents, et le dépistage peut facilement être pris en charge au niveau des soins de santé primaires.

▲ La priorité donnée à la prévention de l'ostéoporose est judicieuse, puisque c'est le seul problème de la ménopause pour lequel le traitement de substitution a une réelle efficacité.

▲ Pour la prévention de la maltraitance, c'est surtout au niveau des stratégies que la littérature donne des recommandations utiles ; le Guide canadien préconise un certain nombre de contacts avec les intervenants pour qu'une action soit utile. Il indique aussi les effets pervers d'une identification trop personnalisée des familles à risque : il est essentiel de ne pas cibler des familles sur base d'un sentiment personnel, de ce que l'on connaît d'elles, il vaut mieux connaître les facteurs de risque généralement identifiés dans les recherches, et proposer le programme aux gens qui présentent ces facteurs de risque, sans les « soupçonner » spécifiquement...

▲ Jusqu'au 31 décembre 1998, il y avait 40 % de frottis gynécologiques fiables. A partir du 1 janvier 1999, les médecins utilisent systématiquement la cytobrosse pour réaliser le frottis, et en l'espace de quatre mois on passe à 84 % de frottis fiables.

L'efficacité pratique

L'efficacité pratique « évalue les résultats constatés d'un processus de soins dans les circonstances de la réalité : conditions de travail, population avec ses caractéristiques particulières. Exemple : une campagne de vaccination anti-influenza ne permettra de vacciner que 65 % des patients, vu qu'il est impossible de les contacter tous, que certains refusent et que pour d'autres la vaccination est contre-indiquée »¹.

▲ Pour le dépistage du cancer du col, nous avons fixé une échéance à deux ans, parce que notre pratique quotidienne nous démontre que l'échéance à trois ans n'est pas respectée car considérée comme trop longue.

▲ Le moment nous a semblé bien choisi pour parler des antibiotiques, parce qu'il y avait en même temps une campagne médiatique sur le même thème ; les messages se renforcent l'un l'autre, cela renforce la crédibilité de notre action.

L'efficacité, rapport coût/bénéfice

L'efficacité ou optimalité (*efficiency*) « représente le rapport entre l'efficacité pratique et les moyens utilisés, le rapport coût/bénéfice. Exemple : toujours dans le cas de la vaccination anti-influenza, quelle stratégie est la plus intéressante à mettre en œuvre pour obtenir la plus haute couverture vaccinale au moindre coût (lettres de rappel ? En septembre ou en novembre ? Annonces dans la salle d'attente ? Petit journal d'information ? Profiter d'une consultation pour en parler ? Ou plusieurs de ces stratégies concomitamment ?) »¹.

Les critères de qualité: tout le monde en parle...

▲ Nous devons avoir le meilleur rapport coût-efficacité possible. La procédure installée doit nous permettre un minimum de manipulations – informatiques et autres – chaque mois pour cibler et rappeler la population concernée à une période bien déterminée.

▲ Il n'est pas utile de dépister un problème auquel on n'est pas en mesure d'apporter une solution ; on s'est d'abord attaché à améliorer le suivi des patients diabétiques connus ; c'est dans la réorientation du projet que l'on se préoccupe de dépistage – parce que le pourcentage de diabétiques connus est inférieur à la moyenne estimée dans la population.

▲ A ce stade, on s'est dit qu'on ne pouvait pas mettre plus de deux personnes sur ce projet, et donc dans un premier temps il ne fallait pas viser trop haut. Par ailleurs on a aussi examiné le bénéfice qu'on pouvait tirer de ce projet particulier pour d'autres activités dans la maison médicale, par exemple dégorger les consultations - cela élargit les éléments pris en compte dans l'efficacité.

Ces trois critères (efficacité théorique, efficacité pratique, efficacité) sont liés entre eux et aussi à d'autres : pour améliorer l'efficacité pratique, il sera dans certains cas utile d'améliorer l'acceptabilité ou l'accessibilité du projet ; d'organiser une bonne répartition des tâches et une gestion adéquate de l'information, permettant de garantir la continuité des soins sans dépense d'énergie inutile ; d'intégrer le suivi préventif dans la consultation curative plutôt que d'entreprendre des activités supplémentaires...

La compétence et la performance

La compétence d'un dispensateur « est ce qu'il est capable de faire. Ce concept relève de la connaissance, son contenu étant l'objet de l'enseignement et de son évaluation dans sa

forme actuelle. Exemple : un médecin assure son recyclage régulier sous forme d'abonnement à des périodiques médicaux indépendants qu'il examine selon une grille de lecture critique, et d'assistance à des séances et des colloques de formation continue.

La performance d'un dispensateur est ce qu'il fait réellement dans les circonstances concrètes de sa pratique. Ce critère est souvent confondu avec celui de compétence (savoir) ; cependant son contenu est plus large et fait appel aux habilités non seulement techniques (savoir faire) mais aussi relationnelles (savoir être) et organisationnelles (savoir gérer). Ses méthodes d'enseignement et d'évaluation sont spécifiques. On peut assimiler la différence entre compétence et performance à celle entre efficacité théorique et efficacité pratique. Exemple : un praticien conscient de ses difficultés dans ses rapports avec ses patients participe à des séances de type Balint »¹.

▲ Une mise à niveau de l'équipe a été réalisée : la réunion d'équipe consacrée aux cancers du sein et du col et à leur dépistage, avec informations, explications, schéma, présentation du matériel employé, portée et limites de l'action, etc. Le but de cette mise à niveau est que chaque personne de l'équipe, quelle que soit sa fonction, puisse être active dans la promotion du dépistage. Nous avons aussi prévu un recyclage avec le gynécologue de la maison médicale pour améliorer les compétences des généralistes dans la réalisation des frottis de col.

● *Le docteur me dit toujours : « toi, tu me donnes toujours le bon diagnostic au téléphone pour tes gosses », mais j'ai besoin du docteur pour les médicaments et puis, on peut se tromper. Eux aussi, parfois ils ne savent pas tout de suite, mais moi si je ne sais pas, je n'ai pas les livres... Eux ils ont des livres ou bien ils se demandent entre eux, parce qu'ils sont plusieurs, et si c'est compliqué, ils peuvent faire des radios... Il y a beaucoup de choses que je connais, mais le médicament je ne donne pas sans le docteur.*

L'équité, selon les besoins

« L'équité constitue un attribut essentiel du système de santé, dont une des politiques généralement acceptée est la distribution des services en fonction des besoins. L'équité relève d'une dimension très politique et très idéologique puisque le critère « selon les besoins » exclut l'égalité des moyens au profit de leur distribution plus large aux plus démunis. L'appréciation de l'équité peut se faire par des études épidémiologiques et des études d'utilisation des services. Exemple : les intervenants consacrent plus de temps aux patients qui ont du mal à s'exprimer en français »¹.

▲ On touche toujours les mêmes patientes en consultation ; prend-on suffisamment en compte les différences culturelles ou linguistiques ?

▲ Notre projet de stimulation des nourrissons répond à un souci d'équité : il vise à renforcer les compétences de parents fragilisés, souvent éloignés des services de soins et dont la désinsertion sociale fait courir aux enfants un risque de handicap psychosocial, scolaire, physique... Proposer une activité spécifique face à ce risque, c'est une manière de donner plus de chances à ces enfants.

▲ L'équité est liée à la systématisation : il faut analyser chaque demande, faire quelque chose pour chaque patient, faire une démarche active vers les patients les moins accessibles, trouver des méthodes spécifiques pour ceux qui ont le plus de difficultés...

● *Question finances, j'ai eu des moments difficiles... C'est charmant de faire des choses comme ça, de soigner les gens sans qu'on doive payer, avec le nouveau système. Déjà avant, quand j'avais dur pour les finances, elle me donnait des échantillons. Maintenant elle sait que ça va mieux de ce côté-là, je lui ai dit que je peux payer, alors elle me demande si je veux des*

échantillons ou aller à la pharmacie, je choisis, ça dépend aussi quelle heure il est, si c'est le week end...

La subsidiarité

« La subsidiarité ou l'échelonnement est un attribut du système de santé qui consiste à ce 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 »¹.

▲ J'ai analysé les temps de travail disponibles dans notre équipe pour ce projet. Nous ne pouvons pas assumer tous les suivis psychologiques de ces personnes, mais il y a d'autres intervenants compétents dans le réseau.

▲ La subsidiarité, l'échelonnement : c'est la définition même des soins de santé primaires. Pour les actes techniques réalisés à l'extérieur, il est important que nous exercions bien notre fonction de synthèse. Nous avons prévu d'actualiser notre réseau de références, de maintenir et/ou améliorer le contact avec les gynécologues, les laboratoires et radiologues extérieurs.

▲ Grâce au dossier du patient et aux outils de gestion qui y ont été intégrés, on constate qu'autour de ce projet, l'ensemble des partenaires de santé depuis l'accueillante jusqu'au spécialiste peut assurer et exercer ses compétences spécifiques en fonction des différentes tâches.

● *A la maison médicale, il y a un groupe pour les gens qui sont seuls, c'est organisé par les gens eux-mêmes parce qu'ils savent ce que c'est. Il y a aussi les AA, Alanon, et un groupe Alpha - dans la région, pas à la maison médicale, ils ne savent pas tout faire ! Mais ils font la publicité.*

● *J'ai parlé des problèmes de travail avec le médecin, mais jusqu'à un certain*

Les critères de qualité: tout le monde en parle...

*point - il ne sait pas tout connaître !
Après il m'a conseillé de voir l'assistante
sociale de la maison médicale, et ils
travaillent aussi avec le CPAS, donc on a pu
faire le tour...*

*J'ai parlé de toutes ces démarches avec le
docteur, pas en détail, mais quand même,
c'était lié à mon état de nerfs, alors...*

La systématisation

« La systématisation est le fait de rendre une action le plus systématique possible, lorsque cela est pertinent »¹.

▲ Au départ on craignait que systématiser soit synonyme d'imposer, de harceler les gens pour qu'ils suivent des directives... En y réfléchissant, on se rend compte qu'être systématique, cela veut plutôt dire donner le maximum de chances aux gens de bénéficier d'un suivi adéquat, en leur proposant certaines choses de manière active, différenciée... Mais sans attendre une couverture à 100 %, il faut pouvoir aussi accepter les refus, les réticences ; dans ce cas, être systématique signifie qu'on note ces refus et leurs raisons lorsqu'elles sont exprimées. Cela nous permet de mieux les comprendre, d'adapter nos propositions, notre manière de parler. Et aussi, d'y revenir un autre jour, dans six mois, dans un an, quand le contexte paraîtra plus favorable... Bref, accepter les refus mais sans les faire passer aux oubliettes.

▲ Nous allons rechercher une méthode de traitement et de récolte des données (titularisation des patientes, recherche d'information dans les dossiers et auprès des patientes) afin d'augmenter l'efficacité et la systématisation dans ce projet : connaissance des femmes concernées, encodage des résultats en cours, utilisation du dossier médical et échéancier papier...

▲ C'est en cherchant à définir un taux de couverture que l'on a mesuré les lacunes dans les dossiers : les taux de couverture sont relativement bons chez les femmes pour

lesquelles on a l'information, mais qu'en est-il des femmes dont le dossier ne porte aucune indication ? On a donc fixé un nouvel objectif, celui de mieux remplir les dossiers.

▲ Nous avons choisi de nous occuper du dépistage du cancer du sein parmi un ensemble d'autres problèmes parce que c'est une activité que l'équipe faisait déjà mais pas d'une façon systématique. Dès lors les femmes plus irrégulières et à problème n'en bénéficiaient pas. Nous désirons étendre l'accès au dépistage réellement à toutes, c'est aussi une question d'équité.

Le travail en équipe

Le travail en équipe « 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'elle génère intrinsèquement. Par exemple : l'utilisation du même dossier par tous les intervenants d'une même équipe améliore la globalité, la continuité et l'intégration des prises en charge (aux Etats-Unis, les primes d'assurance professionnelle sont d'ailleurs plus élevées pour les médecins de famille travaillant solo que pour ceux travaillant en équipe) »¹.

Guère étonnant donc, que le travail en équipe ait déjà souvent été abordé ici : lorsque les soignants parlent de tel ou tel critère, ils évoquent très naturellement l'apport de chacun pour en faciliter la mise en pratique - et les outils de communication, de coordination que suppose cette articulation des regards, des compétences techniques et humaines.

▲ Il vaut mieux que les priorités de prévention soient discutées en équipe, parce que chacun a une vision différente des besoins. Si un seul secteur est concerné, les priorités risquent d'être mal identifiées. Si les médecins ont l'apanage des initiatives, on risque de se cantonner dans la prévention médicale, et puis c'est un peu lourd pour eux...

▲ La pluridisciplinarité ne veut pas dire

que tout le monde participe toujours à tout : un projet particulier est souvent initié par une ou deux personnes, et c'est utile qu'elles restent le référent, il faut que quelqu'un maîtrise et suive l'ensemble du projet, ne pas vouloir diminuer son rôle par souci « démocratique »... Tout en préparant bien les relais pour asseoir le projet à long terme, l'intégrer dans la pratique quotidienne, les routines de travail... Et aussi, élaborer un contenu précis pour l'intervention de chacun : cerner ensemble qui peut apporter quoi, à quel moment, de quelle manière, dans quelle place.

▲ Le projet de prévention de l'ostéoporose s'est largement construit en équipe ; le regard non médical des accueillantes - et leur proximité avec la tranche d'âge concernée - a permis de mieux cerner la manière de s'adresser aux femmes ; elles ont participé à la construction de messages destinés au public ; elles font aussi le recueil annuel de données pour analyser le pourcentage de dossiers en ordre.

▲ Les accueillantes ont une place particulière par rapport au public : elles en sont souvent plus proches, ne sont pas dans une relation thérapeutique, entendent d'autres choses : il faut exploiter ces compétences.

▲ La kinésithérapeute n'a pas été très impliquée jusqu'ici, nous réfléchissons à son rôle ; un simple rappel du programme pour toutes les femmes vues en consultation et appartenant au public cible ; d'autant plus que certains problèmes amenés en consultation de kinésithérapie peuvent être liés à un début d'ostéoporose ; et parce que la prévention de l'ostéoporose implique l'exercice physique.

▲ Dans notre suivi des diabétiques, le travail en équipe s'est décliné sous la forme d'un partage précis des tâches, ce qui permet d'utiliser au mieux les compétences de chacun, de s'appuyer sur le contexte dans lequel chacun rencontre le patient (l'infirmière à domicile l'approche autrement que le médecin en consultation)... mais comment rester global, ne pas morceler le

patient (tu t'occupes des pieds, moi je l'écoute, toi tu fais la prise de sang...) ? Tout en ayant des tâches spécifiques, chacun reste dans une écoute de la personne ; et la concertation régulière, formelle et informelle, fait que les pratiques ne sont pas juxtaposées, l'échange des regards facilite une perception globale qui se répercutera auprès du patient.

● *Chez eux, c'est confidentiel, il y a le secret médical. Tous les jeudis ils ont une réunion, ils parlent des patients, mais pas en mal, c'est pour voir l'évolution, ils comprennent mieux ensemble.*

● *Si un patient parle avec l'accueillante, elle écoute, elle répond. Si le patient ne raconte pas ça au médecin, et si dans leur réunion l'accueillante se rend compte que le médecin ne connaît pas quelque chose de très important, elle va le dire... Elle doit le dire.*

● *Il y a plus dans deux têtes que dans une. C'est important, leurs réunions d'équipe, se parler, discuter, on est connu, ça fait partie du suivi, notre dossier est là, les gens savent qui on est.*

● *Pour moi, l'accueil, c'est important. J'ai été à l'orphelinat et puis dans un home avec des religieuses, c'était dur. Ici, elles n'ont pas toujours le temps, mais parfois plus que le médecin, alors je vais m'asseoir à l'accueil, on discute, et de toute façon, on est accueilli.*

● *Les kinés, sont extra, elles viennent à Noël, le samedi, le dimanche, les jours fériés ; elles prennent le temps, on a un contact, une conversation ; elles voient mieux que le médecin si ça va avec le petit, elles le connaissent mieux, c'est pas la même chose comme contact.*

Ce qui est bien aussi, c'est qu'on sait qu'ils travaillent ensemble, qu'ils en parlent, alors même si le médecin n'a pas beaucoup de temps...

Tous ces extraits montrent bien que la richesse du travail en équipe est d'autant plus grande,

qu'il y a un réel échange à partir des compétences, des regards, du contexte spécifique au travail de chacun - on arrive parfois jusqu'à la transdisciplinarité - où l'un écoute et se coordonne avec l'autre, mais se laisse en outre pénétrer par le regard, la sensibilité de l'autre.

Le travail en équipe et la manière dont on le conçoit ont des implications directes en terme d'outils : le dossier est un outil essentiel, qui peut devenir vraiment un soutien au travail en équipe comme à d'autres critères de qualité - pour autant que chacun y ait accès, le consulte, y indique ce qu'il y a lieu de garder et de partager ; le dossier mais aussi les feuilles de liaison, les moyens mnémotechniques, les réunions, les espaces de parole... Une gestion efficiente de l'information pourrait être considérée comme un objectif intermédiaire, ou un critère de qualité en soi.

La participation des patients

« 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... »¹.

▲ Même si la participation au programme semble satisfaisante, cela ne permet pas de faire l'impasse sur d'autres questions : qu'en est-il de la perception de la maladie ? Est-ce qu'entrer dans un « programme chronique » ne risque pas d'alourdir le sentiment d'être malade ? Qu'est-ce que ça fait d'entrer dans un « groupe à risque », celui des femmes qui vieillissent (cinquante ans, la mammographie, l'ostéoporose, bon anniversaire...), celui des parents pas vraiment très compétents, déjà socialement désqualifiés ?

▲ C'est bien souvent là le problème de la prévention... donc, nous essayons de

toujours mettre le patient au centre : proposer sans imposer, trouver les mots adéquats, diversifier l'approche, renforcer, non pas le problème qui alourdit déjà la vie du patient, mais bien les ressources, les compétences qu'il a ; organiser le programme pour qu'il se sente déchargé des aspects que le soignant gère mieux que lui, de ce qui ne lui appartient pas ; et chargé-valorisé dans ce qu'il peut gérer lui-même ; nous avons longuement réfléchi à la manière de présenter un projet dont l'objectif central est de requalifier, sans induire un constat préliminaire d'incompétence...

▲ Entendre, comprendre les sensibilités, se forger une image juste du public auquel on s'adresse - pour construire le projet, puis pour l'évaluer... quels outils ? L'échange dans l'équipe, et avec d'autres intervenants du réseau ; la rencontre avec des patients, individuellement ou en groupe, (pour l'évaluation, un extérieur est souvent préférable)... Les questionnaires écrits sont un outil, plus ou moins adéquat selon le degré de profondeur souhaité.

▲ Dans ce projet, la participation est au centre : faire entrer un parent au moins en relation directe, physique, tactile, verbale et ludique avec l'enfant (massage) ; l'amener à s'intéresser et à participer aux jeux proposés ; ouvrir un cheminement dans leur conception de l'éducation, de la relation parent/enfant.

▲ Nous envisageons d'informer de façon efficace à propos de la mammographie (parfois les patientes sont informées mais ne se sentent pas concernées). Il leur sera demandé de nous informer sur leur « statut » mammographique. Elles devront faire un choix lorsque l'examen de dépistage leur sera proposé. Nous espérons qu'à long terme, ces femmes prendront l'initiative de demander l'examen de dépistage, que ce dépistage s'intégrera dans leur vie de femme.

▲ Nous devrions insister pour que les personnes assurent la transmission de leurs résultats à la maison médicale lorsqu'elles

se font dépister chez un gynécologue privé.

● *Les articles du journal pour les patients de la maison médicale apportent un éclairage qui vous conforte que vous avez plus ou moins bien géré le problème.*

Dans les messages donnés, il y a des choses qui me touchent, des choses qu'on apprend et des choses qu'on connaît aussi.

C'est toujours intéressant de les rappeler.

Ce que je lis me donne des idées dont je peux parler à mon médecin.

Si je ne l'avais pas vu, ça ne me viendrait pas à l'idée de lui poser la question.

● *Je suis alcoolique mais abstinent...*

Je ne dois plus boire une goutte ; un gâteau au moka, je ne vais pas le manger... S'il y a du rhum dedans, ça risque de me redonner le goût de boire. Non, ce n'est pas le docteur qui m'a dit ça, c'est moi qui sais, je ne lui demande même pas... C'est peut-être dans ma tête, c'est peut-être pas pareil pour tout le monde, mais pour moi, c'est comme ça.

● *Ce qui m'a manqué, c'est le travail.*

J'ai été soutenu par la maison médicale pour trouver du travail, mais j'ai eu la force par moi-même aussi...

Eux, ils m'ont sauvé – mais moi j'ai eu le courage, j'ai trouvé le travail par moi-même, car j'ai eu la volonté.

● *Ah, si je ne suis pas d'accord, je lui dis !*

Et si je n'ai pas compris quelque chose, ou qu'elle a oublié d'expliquer, je le lui dis !

Avant je n'osais rien dire au médecin, maintenant je suis à l'aise, je n'ai pas de problème à lui dire ce que je veux...

C'est parce qu'elle m'a sorti du trou, avec le père de mes enfants qui me battait. Si je ne lui en avais pas parlé, j'aurais gardé ça pour moi, j'avais personne... Comme elle m'a aidé pour ça, je parle plus facilement, je peux discuter si je ne suis pas d'accord.

Inutile de souligner à quel point ce critère est lié aux autres - surtout après avoir constaté que, en abordant eux-mêmes - sans les nommer - les critères de qualité, les patients participent à la définition même des principaux aspects de la qualité des soins. Les paroles des patients

montrent bien que la participation est un cheminement ; c'est bien souvent à partir d'une écoute attentive, d'un soutien discret à des potentialités parfois très amoindries, que, progressivement, les patients peuvent (re)devenir acteurs - dans leur santé, dans leur contexte social, dans leur vie.

La satisfaction des soignants

La satisfaction des soignants « 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 en grande partie 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 »¹.

La définition des priorités en équipe, l'accord sur la pertinence d'un projet est une condition très importante, voire incontournable. Autre condition à tout le moins largement favorable, c'est l'échange approfondi sur ce que l'on attend d'un projet, le sens qu'on lui donne, ce qu'il peut apporter à chacun - aux patients, à chaque soignant, dans la dynamique de l'équipe - autrement dit, un « détour » parfois long sur les critères de qualité, sur les objectifs, les méthodes de mise en place...

Au-delà des méthodes de travail proprement dites, la satisfaction dépend aussi d'éléments très subjectifs, du climat de travail sur lequel on ne peut qu'essayer de trouver le meilleur accord possible, tout en sachant qu'il sera toujours imparfait et dynamique. En tous cas, ce n'est pas un luxe. Une étude² rapporte que la qualité objective des soins - notamment en terme de continuité et d'accessibilité - est corrélée à la satisfaction des soignants quant au climat de travail. Elle montre aussi que les visites à domicile - même justifiées - ont plus de chance d'être considérées comme inutiles par le soignant lorsque celui-ci perçoit mal le sens de son travail et identifie mal son identité professionnelle. Enfin, il a été démontré³ que le travail génère plus de stress au sein des

(2) Sihvonon M., Kekki P., « unnecessary visits to health centres as perceived by the staff », Scand J Prim Health Care 1990 Dec ; 8.

(3) Kekki P., Sihvonon M., « Health Center efficiency. First results of an organizational analysis of four Finnish health Centres », Scand J Prim Health Care 1989 Oct ; 7.

secteurs médical et administratif quand la communication est insuffisante entre les divers groupes professionnels, quand le transfert d'information est problématique, ce qui indique des difficultés dans le planning, l'organisation du travail, la coordination des tâches. Toute recherche sur le sens du travail et les moyens de l'optimiser mérite donc que l'on s'y attarde, parfois longuement et au prix de certaines confrontations.

▲ La satisfaction... Ca dépend de tellement de choses... Saisir le sens de ce qu'on fait, trouver les mots justes avec les patients, poser les gestes adéquats, garder le fil d'une histoire complexe qui se joue parfois sur toute une famille, sur plusieurs générations...

▲ Et aussi travailler en confiance avec les collègues, avec des moyens et des espaces pour communiquer, dans une ambiance agréable, conviviale. Le problème c'est souvent le manque de temps, le travail en urgence, on loupe des occasions de se parler, on se parle trop vite. Il faudrait plus de temps, trouver des outils, des procédures qui facilitent.

▲ L'évaluation, cela a été une étape très stimulante : voir ce qu'on fait - on a été étonné du bon résultat, en même temps, il y avait des failles, et c'était plus facile d'en discuter en ayant des éléments objectifs, en sachant mieux vers quoi aller, quels aspects améliorer...

La satisfaction des patients

La satisfaction des patients « pourrait en fait constituer le premier de tous les critères, surtout si l'on se place dans la perspective consumériste d'un marché de soins fait d'offres et de demandes. Il est fondamental de la prendre en compte à toutes les étapes des processus de soins, en sachant qu'il n'y aura jamais concordance parfaite entre les besoins de santé, tels qu'ils sont définis par les professionnels ou les enquêtes épidémiologiques, les attentes et les demandes des patients et les services qui sont en mesure d'être proposés. Il est seulement

possible de tendre vers l'équilibre optimal. Exemple : la bonne répartition entre consultations et visites à domicile est très difficile à définir selon que l'on se place du côté du patient souffrant et en demande, ou de celui du médecin surchargé qui se sent souvent dérangé par des malades trop exigeants par simple volonté de confort de leur part »¹.

La satisfaction des patients a des effets démontrés à moyen terme (par exemple la compliance au traitement) et à long terme (l'amélioration de la santé), même si l'environnement socioculturel joue un rôle déterminant⁴.

▲ A partir du critère d'acceptabilité, nous avons analysé les raisons d'insatisfaction quant à la salle d'attente. Cette analyse s'est faite par l'observation de notre pratique quotidienne, par des échanges entre intervenants, et par l'observation des patients à l'aide d'une grille d'observation. Nous avons constaté que, d'une part au sein de l'équipe, il y a des attitudes différentes par rapport à certaines demandes de patients (exemple : passer après la fin de consultation, réquisitoires, ordonnances) ; et d'autre part, que les patients sont sensibles aux différences de fonctionnement : ils imposent leurs règles, profitent de ce flou ; ils sont insatisfaits s'ils se sentent lésés et tentent parfois de détourner les règles.

▲ La satisfaction des patients, c'est quelque chose de dynamique, ce n'est pas donné une fois pour toutes, cela nécessite une réflexion permanente. Il ne s'agit pas de répondre à toute demande, sans négociation, sans échange ; la satisfaction des patients est liée à l'expérience qu'ils ont d'une certaine pratique des soins ; c'est à nous de leur donner l'occasion de percevoir l'intérêt de cette pratique, il y a un apprentissage mutuel, une écoute réciproque qui permet de rapprocher la demande et le besoin, notre approche des soins et celle des patients...

● *Un bon docteur, c'est humain, jovial, il ne prescrit pas si on n'a pas besoin... J'en ai eu un, il faisait tout comme on*

(4) Sihvonen M., Kayhlo K., Kekki P., « Factors influencing the patient-provider relationship », Vard Nord Utveckl Forsk 1989 Summer ; 9c.



demande, un certificat, une ordonnance, mais c'est tout, il n'y avait pas de contact... Tandis que le docteur X connaît le dossier, je peux lui téléphoner, lui parler, il y a un autre contact.

● *Un bon docteur, c'est quelqu'un de sérieux, je veux dire aimable, on n'a pas l'impression que ça le dérange quand on appelle. Quelqu'un de causant, avec qui on peut discuter, qui explique tout. Ça veut dire, prendre son temps pour examiner, soigner.*

● *C'est tout à fait autre chose ici, il y a une chaleur, une écoute. Le temps s'écoule autrement ; ailleurs la vie est surmenée, ici on vous fait prendre conscience qu'elle peut s'écouler autrement, les gens ne sont pas stressés. Ailleurs le médecin est stressé, et vous êtes déjà stressé, alors le médecin c'est votre miroir.*

● *Depuis vingt ans qu'on se connaît, on ne peut pas dire qu'on est devenu copains, mais on se fait des confidences, elle comprend. On sent que la confiance est réciproque.*

● *Vous voyez, le docteur, quand il a eu des problèmes, il a arrêté de travailler pendant quelque temps. Je me suis dit que plus il attendrait pour s'y remettre, plus il aurait difficile. J'ai eu envie de lui en parler, je l'aurais fait s'il l'avait fait... Je trouvais que ce n'était pas à moi de le faire, mais je lui ai fait comprendre... Vous voyez, je dis, quand il revient, « et ça va bien docteur ? » pour qu'il comprenne qu'il peut m'en parler, de son problème... Ce n'était pas à moi de le faire, mais je voulais qu'il comprenne que s'il voulait... Remarquez, peut-être qu'il se dit la même chose et finalement on se renvoie la balle...*

consacrer du temps à cette étape, de questionner tous les aspects de la qualité des soins. En effet, non seulement les critères se complètent, mais en outre, ils se contrebalancent, comme le montrent les réflexions exposées ci-dessus. Ainsi, un programme systématique risque de devenir totalitaire si l'on n'est pas suffisamment attentif au respect de la personne, à la participation des patients ; l'efficacité théorique d'une intervention n'est pas la seule base pour définir des objectifs - car il faudra aussi tenir compte des caractéristiques de l'équipe et de la patientèle, du contexte concret dans lequel l'intervention se met en place - bref, de l'efficacité pratique...

L'assurance de qualité invite donc à entrer dans un processus qui nécessite du temps - le temps de s'arrêter, de questionner les évidences, de ré-interroger le sens de ce que l'on fait tous les jours. Interroger, interpellier, mettre en question - soumettre à la question ? ; cela peut être douloureux, déstabiliser, faire violence aux idées, aux habitudes, aux personnes... ; et c'est là qu'un cadre de référence peut être utile, parce qu'il permet d'ouvrir de nouveaux chemins à partir d'une base qui fait consensus, à partir de principes qui ont du sens pour chacun.

Plus globalement, ce type de démarche participe à la valorisation des soins de santé primaires : définir ce qui fait la qualité d'une certaine pratique facilite le dialogue avec ceux qui ne la connaissent pas bien, qui méconnaissent les problèmes qui se posent en première ligne et la complexité de leur prise en charge. A l'heure où l'assurance de qualité - issue, ne l'oublions pas, de l'industrie et de sa logique marchande - s'impose de plus en plus, il est essentiel de lui donner un autre sens que celui d'un contrôle rigide basé sur des indicateurs dont la pertinence risque d'être limitée et de ne pas rendre compte de tout ce qui fait la qualité des soins. ●

Conclusion

Est-il indispensable de considérer tous les critères pour un projet particulier, n'est-il pas plus réaliste d'en sélectionner certains ? Il paraît souvent tentant d'opter pour la deuxième voie ; toutefois l'expérience montre l'intérêt de

Cet article se base sur la bibliographie déjà citée dans l'article précédent.

Un carnet de route pour l'assurance de qualité

Yves Gosselain, licencié en communication, chargé de missions à la Fédération des maisons médicales.

.....

Le carnet de bord est un outil développé depuis 1999 par la Fédération des maisons médicales et les maisons médicales pour aider les équipes à réaliser des démarches d'assurance de qualité. Avec cet outil, l'assurance de qualité est devenue une méthode partagée dans une partie des centres de santé intégrés en Communauté française. Tantôt il facilite la mise en place d'un nouveau projet, tantôt il aide à redéfinir une activité déjà en cours. Le carnet de bord offre tout à la fois un cadre de référence, l'assurance de qualité, une méthode à suivre étape par étape et un carnet à remplir pour systématiser, échanger, évaluer et diffuser.

.....

La nécessité d'implanter une méthode d'évaluation est apparue au cours des premiers mois de la recherche-action : les membres des maisons médicales manifestaient leur difficulté à établir des priorités et à mener un programme de promotion de la santé, en disposant des informations nécessaires pour le « piloter ». Parallèlement l'échange des expériences prenait davantage de place comme mode de communication et d'enrichissement mutuel. L'idée de proposer un support commun, adapté à ces centres de première ligne, s'est alors imposée. Pour la Fédération, le développement

de cet outil en assurance de qualité était une occasion de soutenir les équipes en vue d'améliorer leurs activités de prévention, de poser des choix pertinents et de systématiser l'évaluation et la récolte de données. Dès le départ, plusieurs équipes ont été associées à la conception de ce nouvel outil, de telle façon qu'il puisse être pris en main de manière autonome par la suite. De nombreux séminaires ont été et sont encore proposés aujourd'hui afin de travailler certaines compétences et d'affirmer cette autonomie.

Un parcours où les détours n'en sont pas

Si le carnet de bord est venu répondre à plusieurs besoins exprimés, il n'apporte toutefois aucune réponse toute faite. Il est construit sur base d'un cycle classique d'assurance de qualité, représenté ici par sept étapes qu'on peut voir comme les passages obligés d'un parcours d'orientation : chacune est indispensable et le parcours débute de façon ordonnée, de la première à la dernière. Mais en cours de route, une question pourra inciter à revenir à un « poste » pourtant déjà visité : on ne progresse pas de manière linéaire, mais plutôt par boucles successives (en essayant de formuler un objectif, je peux par exemple être amené à préciser un des critères dont il est issu). En assurance de qualité, le principal objectif n'est pas de clôturer la dernière étape, car les améliorations apportées au projet seront plutôt construites au fur et à mesure de ces allers-retours qui jalonnent le parcours.

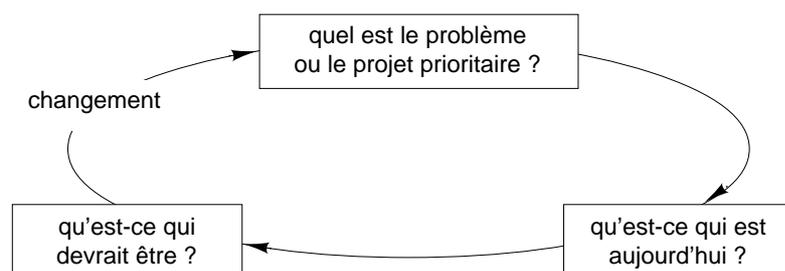
Quand on ouvre un carnet de bord, on s'engage dans un processus, sans pouvoir déterminer a priori le résultat final. Dès le départ, il appelle à une réflexion d'équipe où devront être échangées, confrontées les différentes perceptions des problèmes rencontrés et les priorités à leur accorder. Ensuite, tout au long du parcours, les étapes vont mettre à l'épreuve le sens critique des participants au projet (un critère qui ne paraît pas pertinent pour un projet peut parfois cacher un aspect mis de côté

intuitivement, pour aller plus vite au but, ou parce que ressenti comme plus difficile à mettre en œuvre).

Les treize critères de qualité, qui forment la charpente de la réflexion, sont autant de dimensions différentes de la qualité qui vont ouvrir autant de vues, autant de pistes de travail. Chaque critère apporte un regard spécifique sur le problème et fait le lien avec des valeurs essentielles des soins de santé primaires. Quand on avance dans l'analyse des critères pour un projet, ceux-ci se recourent à un moment, ils se font écho et la cohérence du projet (d'un « nouveau » projet) apparaît à nouveau : selon le principe des boucles successives, c'est l'analyse de la situation qu'on voudra compléter ou la définition des objectifs qui pourra commencer grâce à ces nouvelles balises.

Sept étapes pour structurer et améliorer

Intégrée dans le carnet de bord, l'assurance de qualité amène tout simplement à cette succession de questions :



Sur cette base, se construisent le projet et son évaluation. La réponse à ces questions se fera de manière simple tout au long du projet en collectant les informations nécessaires. Dans le carnet de bord, ces grandes questions prennent la forme de sept étapes.

1. Identifier les problèmes : lister tous les problèmes préoccupants va permettre d'entamer le dialogue dans l'équipe et de dépasser les perceptions personnelles.

2. Définir une priorité : ensuite, sur base d'un canevas pour le choix d'une priorité, l'équipe peut prendre une première décision et motiver celle-ci : le point de départ du projet est inscrit.

3. Déterminer les critères de qualité : à l'aide de treize dimensions de la qualité, on définit « ce qui devrait être » ; à la fois on relève les observations et les données qui manquent pour bien connaître le problème (l'analyse de la situation) et on prépare déjà ce qu'on va chercher à changer grâce au projet (les objectifs).

4. Préciser la situation actuelle et définir les objectifs : grâce à un tableau, chaque critère va renvoyer à des moyens à mettre en œuvre pour mieux cerner la situation (lecture, réunion, analyse de données, appel à un expert...) ; les résultats de ces démarches, une fois repris dans le tableau, seront ensuite traduits en objectifs d'action. Tous ces objectifs vont ensuite être organisés entre eux dans un *arbre* qui va donner un premier aperçu général du projet.

5. Planifier le changement : dans un nouveau tableau, chaque objectif opérationnel se décline en activités à réaliser, personnes responsables, délais et ressources nécessaires.

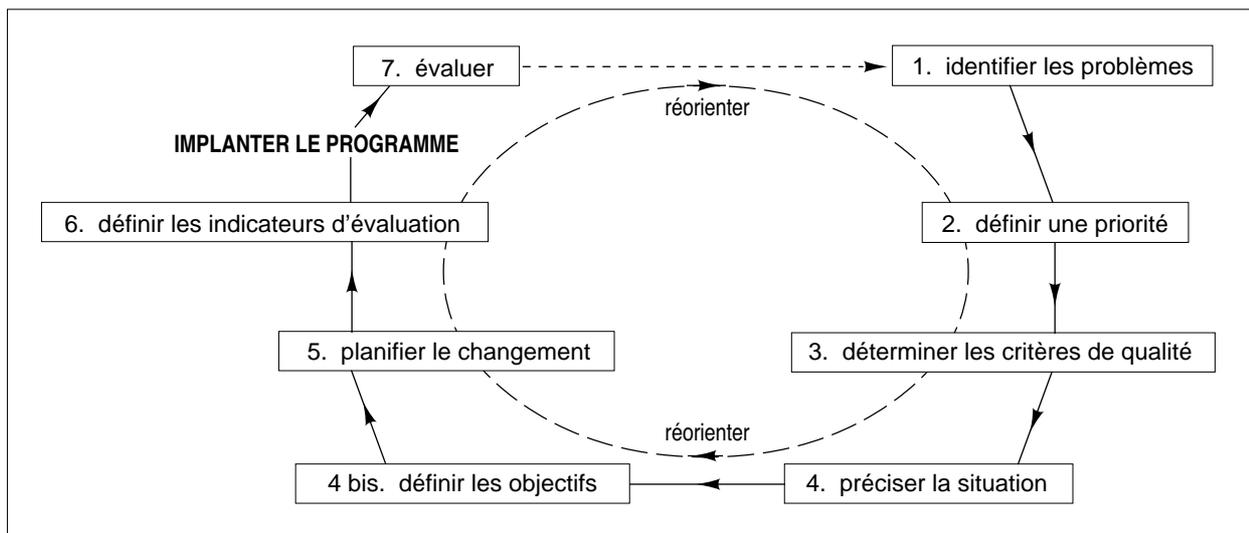
6. Définir les indicateurs d'évaluation : au départ des objectifs, on définit les différentes formes de l'évaluation. Quelles décisions seront à prendre à telle ou telle étape ? Quelles informations seront alors indispensables ? Comment les récolter ?

7. Évaluer et réorienter : à ce stade, le programme se met en place. En cours de route, des indicateurs permettent de savoir si le projet se déroule comme prévu ; parfois de petites

Un carnet de route pour l'assurance de qualité

boucles de qualité seront réalisées. Des réorientations seront peut-être décidées pour remédier à un problème identifié.

des conclusions de cette analyse ne demande ensuite qu'à être traduite en objectifs. De même, ces objectifs, une fois rassemblés et reformulés,



Le carnet : une méthode, quatre couleurs

Le carnet de bord est utilisable par des membres d'une équipe qui travaille dans le domaine des soins de santé primaires ou de la promotion de la santé. Il se présente comme un véritable carnet de route : étape par étape, il pose une série de questions et les situe dans le contexte de l'assurance de qualité. Prendre note des réponses, des choix, des réflexions est une première manière toute simple d'introduire davantage de rigueur dans la démarche de travail. Mais ce support écrit va ouvrir d'autres horizons : après avoir ostensiblement amené les différents partenaires à se mettre d'accord sur les mots (et donc à s'entendre sur les idées), ce texte va continuellement faire appel au regard extérieur et va encourager l'échange avec d'autres membres, parfois moins directement impliqués dans le projet, mais dont le rôle peut être prépondérant.

Naturellement, le passage par l'écrit va aussi faciliter la conception même du projet : « que faut-il analyser de la situation » apparaît plus clairement après avoir défini les critères de qualité qui vont orienter le travail. Et chacune

inspirent d'eux-mêmes ce qui sera incontournable à évaluer.

Les questions posées à chacune des étapes, c'est la couleur rouge du carnet, le côté *face* qui aide à structurer. Au verso, le côté *pile* est en bleu : ce sont les supports théoriques, de brefs rappels, quelques définitions pour soutenir la réflexion. La troisième couleur, ce sont les feuilles roses : vingt pages en fin de carnet qui reprennent deux exemples issus de la pratique des maisons médicales.

Toutes ces couleurs, ça nous donne une vingtaine de feuilles, volantes : volantes pour permettre de rapprocher les exemples pratiques des questions guides, et aussi pour pouvoir mélanger, dés-ordonner (encore une fois : la lecture ne peut pas être linéaire). Le tout emballé dans une couverture jaune (ça fait quatre).

La démarche est exigeante, les bénéfices parfois inattendus

Cette manière de travailler va nécessiter inévitablement un certain temps de travail :



certaines tâches peuvent être déléguées à une personne ou une cellule (préparation, rédaction, recherche...), d'autres étapes vont solliciter une participation plus large. En outre, s'ils veulent voir leur projet aboutir, les membres de la cellule qui va coordonner ce carnet de bord vont devoir s'approprier l'assurance de qualité. Il est utile que cette cellule soit mandatée par son équipe pour prendre ce temps d'adaptation puis d'implantation d'une dynamique d'amélioration. Dans le cadre du programme Agir ensemble en prévention, des séminaires ont été mis sur pied pour soutenir ces démarches.

Bon d'accord, 'faut commencer par contrôler les procédures !

...mais ensuite, t'es sûr d'éviter les pannes !!



D'autres articles de *Santé Conjuguée* rappellent l'importance de considérer l'assurance de qualité comme un processus interne d'amélioration des pratiques, piloté par l'équipe elle-même. La proposition faite avec le carnet de bord s'écarte de toute idée de contrôle. Mais, comme pour toute démarche de travail, une certaine vigilance est de rigueur pour éviter que l'outil ne soit détourné à d'autres fins. L'outil n'a d'ailleurs pas d'intérêt en dehors du cadre de travail qu'il propose : jamais il ne devra

tenir le plaisir de *se mettre en projet*.

Développée dans le cadre d'un mandat accordé avec confiance, l'assurance de qualité va toujours déboucher, de nombreux exemples l'ont montré, sur un certain nombre de résultats et de bénéfices inattendus. S'engager à travailler un projet sur base du carnet de bord est effectivement exigeant par les remises en question qu'il peut soulever là où on ne s'y attendait pas. Mais en retour, les bénéfices que l'équipe en retire apparaissent au-delà du seul projet pris en compte : bien souvent, on a clarifié un mandat, on s'est concerté autour d'une procédure de travail, on a pris des décisions d'ordre plus général, on a interpellé des partenaires... Autant d'actes posés qui auront incontestablement des retombées dans bien d'autres projets et activités de l'équipe.

Il est possible de s'investir selon les ressources disponibles et le contexte propre à chacun. Mais dans tous les cas, un engagement de l'équipe est nécessaire. Tout d'abord pour entretenir une attitude d'ouverture qui permette de porter un regard critique et de réagir aux changements attendus. Ensuite, la participation de toutes les personnes impliquées sera une aide précieuse, surtout en début et en fin de cycle : pour choisir les priorités et d'autre part pour décider de nouvelles orientations à prendre.

Alors que le carnet de bord n'a fait son apparition que depuis trois ans dans les maisons médicales, on observe déjà une série de signes encourageants : dans certaines équipes, l'assurance de qualité est devenue une référence partagée par plusieurs personnes, le carnet est utilisé de manière simplifiée pour la résolution de certains problèmes, les critères de qualité commencent à faire partie du langage commun, enfin il n'est plus possible d'identifier tous les projets qui ont eu recours à cet outil ni les personnes qui s'en inspirent à l'occasion ou au quotidien. ●

Un projet d'assurance de qualité «diabète» à la maison médicale Santé Plurielle

Alexi Delwart, médecin généraliste à la maison médicale Santé Plurielle, Département de médecine générale, Université catholique de Louvain,
Élisabeth Maquet, médecin généraliste, maison médicale Santé Plurielle,
Geneviève Gyselinx, kinésithérapeute à la maison médicale Santé Plurielle, **Michel Roland**, médecin généraliste, maison médicale Santé Plurielle, Fédération des maisons médicales,
Marianne Prévost, sociologue, chargée de missions à Fédération des maisons médicales.

(1) outil méthodologique développé par la Fédération des maisons médicales (voir article précédent).

(2) en outre, les consensus ont récemment abaissé le taux de glycémie à partir duquel on parle de diabète : glycémie à jeun > 126 mg à deux reprises.

.....

La maison médicale Santé Plurielle, située à Bruxelles, a développé un projet visant à améliorer la prise en charge pluridisciplinaire des patients atteints d'un diabète de type 2. Ce projet a été construit en suivant toutes les étapes du cycle de qualité, à l'aide du « carnet de bord »¹. En adoptant de manière rigoureuse cette démarche, l'équipe souhaitait améliorer la qualité des soins donnés à ses patients diabétiques, mais aussi, se familiariser avec une approche, des concepts, un outil, utilisables pour d'autres problématiques.

.....

Les consensus internationaux justifient toujours davantage ce genre de programme d'assurance de qualité. Réaliser une prise en charge pluridisciplinaire des patients diabétiques de type 2 au niveau des soins de santé primaires est une démarche novatrice, qui a motivé la plupart des personnes concernées (patients et soignants) dans le projet décrit ici.

Mettre en place une évaluation rigoureuse permet de voir les résultats atteints, mais aussi les difficultés d'une pratique, d'un projet... Il est donc essentiel que la démarche d'assurance de qualité se fasse dans un climat de confiance et de respect, sur base d'objectifs et de valeurs partagées. L'équipe a décidé de continuer le programme sur les mêmes bases, mais en simplifiant les procédures et en intensifiant la sensibilisation des patients et des divers dispensateurs impliqués.

Première étape : faire le tour des problèmes

Nous avons commencé par lister l'ensemble des problèmes qui nous semblaient préoccupants dans la maison médicale : il y avait l'organisation du service de garde, des soins palliatifs, du secteur médecin, du secteur infirmier, du secteur accueil ; la place du curatif et de l'extra-curatif au sein de la maison médicale ; la place, le rôle et le financement du médecin assistant ; la prise en charge des cas difficiles ; le suivi des patients diabétiques de type 2 ; la feuille d'information destinée aux patients.

Deuxième étape : définir une priorité

Cela faisait beaucoup de choses... mais on ne peut pas tout faire - bien - à la fois. C'est le suivi des patients atteints d'un diabète de type 2 que nous avons retenu, pour plusieurs raisons : c'est une maladie fréquente puisqu'elle atteint au moins 2 % de la population (et probablement 5 %, selon des estimations qui tiennent compte du sous-diagnostic) ; cette pathologie risque d'augmenter vu le vieillissement de la population et son mode de vie². En outre, le diabète de type 2 a des conséquences graves, invalidantes et coûteuses : il augmente les risques de maladies cardiovasculaires, de cécité, d'amputation, d'insuffisance rénale. De plus, les patients diabétiques encourent des taux d'hospitalisation plus élevés, des hospitalisations plus longues et des visites aux services de soins ambulatoires plus nombreuses que le reste de la population.

Le point positif, c'est que ce problème est vulnérable : deux grandes études ont démontré récemment qu'un bon suivi pluridisciplinaire et un traitement adapté au fur et à mesure de l'évolution de la maladie retardent et diminuent la fréquence des complications chroniques et la morbidité. Le diagnostic précoce permet aussi de prévenir les complications et d'en



diminuer la gravité grâce à un traitement précoce.

Enfin, s'occuper de ce problème était mobilisateur pour toute l'équipe, parce que nous connaissons plusieurs patients souffrant de maladie invalidante suite au diabète. L'équipe était aussi consciente qu'un bon suivi demande la participation des différents soignants (médecins, infirmières, kinésithérapeute) et du patient.

Bien que l'apparition même du diabète puisse être limitée dans la population générale grâce à des mesures de prévention primaire, et que le dépistage précoce soit conseillé chez les sujets présentant certaines caractéristiques³, nous n'avons pas travaillé sur ces aspects : il nous semblait plus judicieux d'améliorer d'abord la qualité des soins donnés aux patients déjà connus.

Troisième étape : définir les critères de qualité

Avant d'aller plus loin, nous avons réfléchi à ce qui caractérise une « bonne prise en charge » des patients diabétiques ; la littérature en la matière donne de nombreuses recommandations, complétées par les enseignements de notre pratique, de notre expérience. Les critères de qualité quant à eux, fournissent une grille de lecture qui nous a aidés à nous questionner point par point, à ne pas oublier tous les aspects de cette prise en charge très complexe. Passons-les ici en revue :

● Efficacité

La littérature scientifique fournit des indications claires et validées ; la prévention des

(3) Body mass index (BMI) supérieur à 27 kg/m², parent diabétique au premier degré, groupe ethnique prédisposé, histoire de diabète de gestation et/ou macrosomie, hypertension artérielle supérieure à 140/90mmHg, cholestérol HDL <35 et/ou triglycérides >250mg/dl, documentation antérieure d'une intolérance glucidique, documentation antérieure d'une hyperglycémie à jeun.

Petit glossaire diabétique

Le **diabète** est une maladie métabolique, dont les causes sont à la fois innées (génétiques) et acquises (mode de vie, environnement). Le problème essentiel est l'augmentation du taux de sucre dans le sang (**glycémie**) qui entraîne à moyen terme une série de complications à plusieurs niveaux :

- yeux (rétinopathie ou lésions de la rétine avec diminution de la vue) ;
- nerfs (polynévrite avec sensations bizarres dans les jambes ou perte de sensibilité) ;
- artères (artérite avec possibilité d'ulcères ou de gangrène) ;
- reins (néphropathie avec perte de protéines dans les urines puis insuffisance rénale) ;
- etc.

Ces complications peuvent être évitées ou retardées en maintenant la glycémie quasi normale à l'aide d'un mode de vie adapté, par exemple en gardant un poids correct, et grâce à des médicaments dont le plus connu est l'insuline. C'est ce qu'a démontré, il n'y a pas si longtemps, l'étude UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study). Le suivi du diabète (efficacité du traitement pour la prévention des complications) est réalisé par un ensemble de mesures

ou d'examens standardisés :

- la glycémie ;
- l'**hémoglobine glycosylée** (HbA1C), une protéine du sang qui a la caractéristique de fixer d'autant plus les molécules de sucre que la glycémie est élevée ;
- le **body mass index** (BMI) c'est-à-dire le poids en fonction de la taille ;
- la palpation des artères des pieds ;
- la prise des réflexes au niveau des membres inférieurs ;
- la **microalbuminurie** ou fuite de protéines dans les urines qui traduit une atteinte rénale précoce ;
- le **fond d'œil** qui permet d'examiner en direct l'état de la rétine ;
- le **test du monofilament** qui consiste à observer la sensibilité de la plante des pieds au contact d'un fil de nylon rigide.

Le diabète peut aussi provoquer à court terme des troubles de la conscience ou du comportement allant jusqu'au coma, soit par **hyperglycémie** (excès de sucre dans le sang si traitement insuffisant), soit par **hypoglycémie** (trop peu de sucre si traitement excessif).

Un projet d'assurance de qualité «diabète» à la maison médicale Santé Plurielle

complications chez le diabétique de type 2 connu repose essentiellement sur la normalisation de la glycémie. Des études prévisionnelles⁴ concluent à une réduction de 65 à 85 % des conséquences lourdes des complications chroniques par un traitement strict, maintenant l'hémoglobine glycosylée (HbA1C) en dessous de 7,2 %. Ces prévisions ont été partiellement confirmées par des études prospectives, dont l'étude UKPDS⁵. La littérature démontre aussi l'efficacité théorique d'un suivi systématique et pluridisciplinaire (Étude UKDPS).

● **Efficienc**

Un suivi est efficient dans la mesure où il permet de diminuer des coûts (humains et financiers) très lourds, liés aux maladies associées et à leurs conséquences psychologiques, sociales, économiques et médicales. En regard de ces aspects, le coût que représente un programme diabète en temps de préparation, d'évaluation et de consultation nous a paru acceptable. Nous pressentions aussi que ce programme aurait des retombées bénéfiques sur d'autres domaines de nos activités.

● **Globalité**

L'approche globale est particulièrement nécessaire pour cette pathologie qui touche à la fois le culturel et l'économique, mais aussi le psychologique : comment vivre avec une maladie qui, en plus d'être chronique, impose de lourdes contraintes ? Il n'existe pas « un » diabète, mais de nombreuses personnes diabétiques, pour lesquelles l'objectif essentiel est d'arriver à un équilibre individuel optimal, intégrant tous les aspects de sa vie (type de diabète, situation professionnelle et familiale, aspects psychologiques, sociaux et économiques, etc.).

● **Continuité / pluridisciplinarité**

Pour mieux percevoir toutes ces caractéristiques individuelles et organiser une prise en charge qui en tienne compte, la pluridisciplinarité est un atout capital. Nous avons donc dès le départ prévu de définir des tâches spécifiques à chaque membre de l'équipe : par exemple, passage de l'infirmière à domicile pour mieux connaître l'environnement du patient et envisager avec

lui un régime adapté.

Par ailleurs, vu la complexité et l'aspect chronique du diabète, il est important que les messages passent bien, non seulement au sein de l'équipe, mais aussi avec les spécialistes qui seront amenés à voir le patient.

La continuité de la prise en charge repose largement, tout comme l'approche globale, sur un outil essentiel, le dossier, qui chez nous est informatisé (DSI, dossier santé informatisé). Nous avons dès lors étudié la manière de l'utiliser au mieux, afin qu'il remplisse son rôle d'outil de coordination, de continuité, de globalité.

● **Intégration**

Le suivi du patient diabétique de type 2 fait intervenir le curatif (de son diabète) et le préventif tertiaire (des complications). Dès lors, les recommandations proposent d'organiser quatre consultations consacrées spécifiquement au diabète (sur rendez-vous), même si le patient n'a pas de plainte particulière.

● **Acceptabilité**

Le traitement du patient diabétique de type 2 est exigeant et contraignant ; il impose un mode de vie adapté, parfois difficile à suivre pour le patient et son entourage. Il est donc essentiel de motiver et de soutenir le patient, en voyant avec lui ce qu'il connaît de la maladie, de son traitement et de l'évolution possible. Il faut aussi être attentif à la manière dont le patient perçoit sa maladie, lui expliquer le bénéfice d'un suivi systématique, lui demander son accord de participer au projet, l'informer qu'on reste ouvert à ses propositions et qu'on le tiendra au courant de l'évolution et de l'évaluation du projet.

... Tout cela sans le bombarder d'informations anxiogènes et culpabilisantes du genre « interdit de fumer, vous devez maigrir, pas de graisse animale, pas de sauce... ». Le patient ne doit pas se sentir jugé, disqualifié, mis au défi, il faut lui laisser du temps et de l'espace, être à son écoute... Et donc aborder, à fond et en douceur, un thème à la fois (pour éviter la redondance des interdits) et accepter le cheminement individuel. Par exemple si le patient n'est pas prêt à aborder le sujet du tabac

(4) basées sur le DCCT (Diabetes Control and Complications Trial) et transposées sur des données épidémiologiques du diabète de type 2.

(5) UKPDS : United Kingdom Prospective Diabetes Study.

ou du régime, on peut déterminer une nouvelle échéance avec lui (même si elle ne correspond pas à notre timing « idéal ») ; ou si le patient préfère ne plus en parler, il vaut mieux accepter ce refus et le notifier clairement (ce qui peut être repris dans l'évaluation).

● **Equité**

Offrir à tous la possibilité d'une prise en charge adéquate est une condition fondamentale de l'équité. Cela implique un programme de base structuré mais qui peut être adapté selon les particularités, les fragilités particulières, les ressources du patient. On peut ainsi en fonction de chaque personne, fixer des échéances plus nombreuses, par exemple pour l'aider à comprendre, ou le motiver à suivre certains conseils (exercice physique, régime,...).

● **Participation**

La participation du patient est fondamentale pour les maladies chroniques, non seulement pour en assurer le suivi et le traitement, mais aussi pour que le patient puisse avoir un rapport dynamique avec sa pathologie, mieux vivre avec elle.

Après qu'il ait donné son accord « actif » à nos propositions, il faudra continuer à lui demander son avis, comprendre ce dont il a besoin, savoir comment il vit le suivi, sa maladie et les modifications de son mode de vie ; être ouvert à toute modification et à de nouvelles idées ; et bien sûr, lui donner son propre échéancier et les résultats de l'évaluation.

● **Systématisation**

Le premier niveau de la systématisation, c'est de proposer un meilleur suivi à tous les patients concernés (question d'équité). Un autre niveau, c'est de s'organiser de manière à ce que les patients bénéficient effectivement de tous les aspects de celui-ci. Dès lors il convient d'utiliser au mieux les outils existants, voire d'en créer de nouveaux : systématiser implique de bien utiliser le dossier, l'échéancier, d'envoyer des messages aux collègues pour leur rappeler le contact à prendre avec le patient... Ce critère est donc lié à la continuité des soins, laquelle repose sur une bonne coordination du travail pluridisciplinaire.

● **Accessibilité**

Au niveau financier, notre fonctionnement au forfait favorise l'accessibilité. Par contre, il faut être attentif aux examens complémentaires et à leur coût pour le patient.

En terme d'horaire, les rendez-vous doivent respecter la disponibilité des patients ; en terme géographique, des visites à domicile devront être prévues si les consultations ne sont pas possibles (ce qui peut entraîner des difficultés techniques ; les instruments de mesure peuvent être transportés si nécessaire). Il conviendra en cas de visites à domicile, d'être attentif à compléter le dossier informatisé dès le retour à la maison médicale (à domicile, on continue à utiliser le dossier papier) – ce qui nous renvoie au critère de systématisation.

● **Satisfaction**

La satisfaction des patients est d'autant plus essentielle que la prise en charge est exigeante et nécessite une motivation à long terme : il faut que les patients soient satisfaits de la relation avec les soignants, qu'ils perçoivent les bénéfices d'un meilleur suivi sans se sentir surmédicalisés, jugés, soumis à de trop lourdes contraintes. Leur communiquer les résultats de l'évaluation nous semble être une manière d'augmenter leur satisfaction. La satisfaction se rattache donc à la participation des patients, à l'acceptabilité du projet.

Quant aux soignants, leur satisfaction sera favorisée s'ils sont partie prenante du projet, s'ils peuvent en suivre l'évolution, s'ils perçoivent que le projet leur permet d'améliorer leur pratique et l'état de santé de leurs patients ; et aussi, s'ils ont un bon contact avec le patient et entre eux.

La réflexion autour des critères de qualité est apparue comme une étape essentielle dans la compréhension d'un problème, dans la définition de ce que l'on souhaite mettre en place. L'échange en équipe permet d'enrichir cette compréhension en laissant place à différents angles de vue. Réfléchir à partir des critères de qualité montre à quel point la prise en charge comporte différents aspects complémentaires et liés de manière dynamique :

Un projet d'assurance de qualité «diabète» à la maison médicale Santé Plurielle

impossible d'envisager l'acceptabilité sans aborder l'accessibilité et la participation ; liens étroits entre la continuité des soins, l'interdisciplinarité et l'utilisation systématique de certains outils...

Quatrième étape : analyser la situation et définir des objectifs

Enrichis par cet éclairage, nous pouvions passer à l'analyse concrète de la situation actuelle - que se passe-t-il exactement dans notre manière de prendre en charge les patients diabétiques de type 2, où en sommes-nous en matière de qualité des soins ? Cette analyse concrète amène très vite à la définition d'objectifs.

● Analyse de la situation

En mai 1999, la maison médicale était au début du transfert du dossier papier au dossier informatisé ; le relevé informatique de départ ne comportait que vingt-trois patients diabétiques de type 2, dont la plupart souffraient de maladies associées. Un an après, nous étions sûrs d'avoir vu tous les patients diagnostiqués diabétiques de type 2 et de les avoir encodés comme tels, ce qui nous amenait à un total de quarante-quatre patients. Dès le 22 mars 2000, nous avons demandé à tous les soignants de porter une attention toute particulière aux patients vus uniquement en visite (domicile et maisons de repos) et d'encoder les informations concernant ces patients.

L'analyse faite en mai 99 nous a montré que la prise en charge des diabétiques ne devenait pluridisciplinaire que lorsque les complications apparaissaient (soins de plaie par les infirmières, kinésithérapie contre la douleur...) ; les infirmières et les kinésithérapeutes ne voyaient pas nécessairement ces patients pour des problèmes liés au diabète et parfois ignoraient même qu'ils en étaient atteints.

Nous avons également vu que le relevé avait été fait à partir de l'échéance de contrôle de glycémie, ce qui est une grosse source d'erreur. Dès lors, il a semblé nécessaire de familiariser toute l'équipe au dossier informatisé, en commençant par l'échéancier.

Nous avons enfin examiné les pathologies

associées : il était manifeste que certaines informations manquaient.

● Objectifs

A ce stade, nous pouvions définir des objectifs à partir des critères de qualité retenus et de l'analyse de la situation de départ.

Objectifs globaux : en rapports avec les résultats espérés :

1. Rendre le suivi pluridisciplinaire : quatre rendez-vous par an dont un chez le médecin, un chez la kinésithérapeute, un second chez le médecin, puis un chez l'infirmière.
2. Augmenter le pourcentage de patients ayant une hémoglobine glycosylée inférieure à 7.5 (standard 75 %).

Objectifs intermédiaires : en rapports avec les procédures mises en place :

1. Suivi systématique des indicateurs (cf. tableaux) : indicateurs de structure (matériel,...), de procédure (utilisation du dossier santé informatisé, accomplissements et encodage des items fixés) et de résultats (suivi pluridisciplinaire, hémoglobine glycosylée).
2. Bonne utilisation du dossier santé informatisé : consultation du projet sur l'ordinateur, accessibilité physique de l'ordinateur, création d'items et échéances, encodage systématique des résultats.
3. Adhésion active du patient au traitement : informer, motiver, applicabilité des conseils et du suivi proposés, meilleure acceptation de la maladie.
4. Adhésion active du soignant au projet : participation au programme, concertation pluridisciplinaire, respect des individualités et amélioration du contact avec le patient.

Cinquième étape : planifier le changement

Nous avons opérationnalisé ces objectifs, planifié le changement, et donc défini des activités en lien avec les critères de qualité et les objectifs définis :

- pour obtenir l'adhésion des patients au programme : l'informer en contact direct (accueil, médecins, kinésithérapeutes, infirmières), faire un affichage ciblé en salle d'attente, insérer des articles dans la feuille de liaison de la maison médicale ;
- pour obtenir l'adhésion des soignants au programme : en parler en réunion d'équipe, remplir le dossier informatisé et l'échéancier ;
- pour mieux utiliser le dossier informatisé, noter dans l'échéancier chaque paramètre à suivre et chaque référence programmée ; soutenir ces références par un message personnel au collègue concerné, à la date où il doit voir le patient ; écrire des notes précises dans le journalier. Au début du suivi, des échanges entre les différents soignants ont été prévus, pour qu'ils expliquent ce qu'ils ont abordé avec le patient et comment ils l'ont encodé ; ceci afin de mettre au point les détails relatifs à la systématisation de l'encodage et à la transmission de l'information ;
- pour améliorer le caractère pluridisciplinaire de la prise en charge, nous avons prévu quatre rendez-vous par an (deux chez le médecin, un chez la kinésithérapeute, un chez l'infirmière), avec une description précise des tâches à accomplir par chaque secteur. S'il semble utile de voir plus souvent le patient, des consultations supplémentaires peuvent avoir lieu. Le contenu de ces consultations a été précisé de la manière suivante :

● Médecin

Le premier contact vise à informer et motiver le patient : faire le point de ce qu'il connaît de la maladie et de ses conséquences, l'informer de l'importance et des effets bénéfiques d'un suivi pluridisciplinaire et systématique ; discuter avec lui des différentes modalités mises au point pour ce projet, lui conseiller les consultations chez la kiné et l'infirmière ; lui demander son accord explicite pour être inclus dans le programme. S'il est d'accord, fixer un deuxième rendez-vous et encoder tous les items à exécuter à partir de cette date. S'il n'est pas d'accord, encoder ce refus, ainsi qu'une échéance « éducation-diabète » pour lui en reparler dans un an.

Lors de la deuxième consultation : encoder les

items déjà « exécutés », et exécuter ceux qui ne l'ont pas encore été (mesurer le taux d'hémoglobine glycosylée, le cholestérol, la créatinine, la micro-albuminurie ; tension artérielle et pouls ; mesure du *body mass index* ; référence chez un ophtalmologue avec lettre accompagnatrice ; stimuler à l'arrêt du tabac).

● Kinésithérapeute

Les tâches de la kinésithérapeute sont de stimuler à l'activité physique, examiner les pieds, conseiller les soins adéquats, prendre les réflexes et la sensibilité avec le mono filament, stimuler aux soins dentaires.

La séance de kinésithérapie sert aussi à expliquer les raisons de chaque conseil (perte de sensibilité ; mauvaise guérison des plaies vues tardivement).

Les échéances seront inscrites à un an s'il n'y a pas de problèmes et à la date du rendez-vous médecin s'il y a un problème.

Les différents items n'étant pas quantitatifs, les valeurs seront notées dans le journalier, précédées pour plus de clarté du mot diabète en majuscules.

● Infirmière

L'infirmière est avertie (par informatique) que le patient est prévenu du contact qu'elle va prendre avec lui pour proposer une visite à domicile.

Le but de cette visite est de mesurer le poids et la taille et d'aborder le thème du régime ; à domicile, il est plus facile d'appréhender les habitudes et de comprendre les difficultés des patients. L'idéal est de communiquer les informations à la personne qui cuisine et qui fait les courses. Une attention particulière sera portée sur les possibilités économiques et le vécu social et familial de la maladie. Suite à ce contact, la nécessité d'un nouveau rendez-vous sera discutée.

Toutes les notions subjectives de motivation, de participation, de compréhension ainsi que les difficultés rencontrées par la famille ou le soignant seront inscrites dans le journalier, avec l'indication « diabète » en majuscule.

Un projet d'assurance de qualité «diabète» à la maison médicale Santé Plurielle

Sixième étape : définir les indicateurs

En fonction des objectifs fixés, nous avons choisis des indicateurs (de structure, de procédure et de résultats) et pour chacun d'eux, des standards (un idéal de perfection serait irréaliste, décourageant et sans doute inadéquat ; le standard nous paraissait réaliste en fonction de la situation de départ, des ressources que nous pouvions mobiliser et de la sensibilité des patients). Ces standards ont été fixés selon les réalités du terrain, et en se référant à la littérature. Nous les analyserons et les comparerons en début de programme et sur une période prédéfinie du 1^{er} mai 2000 au 31 avril 2001. Dans certains cas nous indiquons la situation de départ, dans d'autres ce n'est pas pertinent (par exemple en ce qui concerne la connaissance du programme), ou cela n'a pas été évalué.

La collecte des résultats se fera via un questionnaire adressé aux patients, un questionnaire adressé aux soignants et un relevé individuel des indicateurs fournis par les dossiers papiers et informatisés.

Septième étape : évaluer et réorienter

Les résultats présentés ci-dessous proviennent des dossiers papiers et informatisés des patients diabétiques de type 2 suivis du 1^{er} mai 2000 au 31 avril 2001.

On dénombre quarante-quatre patients

diabétiques suivis. Le programme a donc révélé vingt-deux patients diabétiques supplémentaires. Cependant, seuls cinq d'entre eux (11.4 %) ont renvoyé leur réponse au questionnaire, ce qui ne permet pas d'interpréter ces données.

100 % des dossiers ont été examinés et tous les soignants (9) ont répondu au questionnaire qui leur a été adressé, ce qui démontre une bonne motivation et rend ces données significatives. Une attention particulière sera portée aux réponses des soignants lors de la réorientation du programme.

● Objectifs globaux (voir tableau 1)

Cette première évaluation concernant les objectifs globaux montre que le suivi pluridisciplinaire n'a pas été réalisé de la manière escomptée. La situation de départ ne traduisait cependant que la connaissance des patients diabétiques par les soignants. Le résultat présenté concerne des rendez-vous exclusifs « diabète », contacts cruciaux de notre projet pour assurer la continuité et éviter une prise en charge ponctuelle de ces patients difficiles. Pour que la pluridisciplinarité soit mieux respectée, il paraît indispensable de titulariser les patients auprès des soignants. Ce constat devra d'ailleurs s'appliquer à tout autre éventuel programme de prévention futur.

36.4 % des patients seulement atteignent le standard fixé concernant l'hémoglobine glycosylée (7.5) ; mais ils ont l'avantage d'avoir été suivis sur ce plan. (La situation de départ ne concernait que vingt-deux patients). Ce pourcentage est cependant un bon résultat en regard des chiffres cités dans les récentes études internationales, et donc très encourageant.

Tableau 1

Indicateur	Standard	Départ	Résultat
1. Pluridisciplinarité (contact exclusif pour diabète)	4 rendez-vous/an (60 %)	Non pertinent	0 %
	chez infirmière (60 %)	52 (a)	20.5 %
	chez kiné (60 %)	30 % (a)	25 %
	chez médecin (85 %)	100 % (a)	15.9 %
2. HbA1C (7,5)	75 %	65 %	36.4 %

(a) : rappelons que ces chiffres sont indicatifs : ils ne traduisent que le pourcentage de patients ayant eu au moins un contact avec les soignants concernés, tout motif de consultation confondus ; tandis que la colonne « résultats » indique les rendez-vous exclusifs et spécifiques pour le suivi du diabète.

Tableau 2 : le suivi systématique des indicateurs

Indicateur	Standard	Départ	Résultat
1. Informatique			
- projet consulté	100 % des soignants	Non pertinent	55.6 %
- dossier santé informatisé accessible	100 % (toujours accessible)	Non évalué	66.6 %
2. Utilisation systématique du dossier santé informatisé	Encodés/effectués=100 %	Non pertinent	47.5 %
3. Accomplissement des items	75 %	Non pertinent	34.4 %
4. Mesure de l'HbA1C	si (7.5 : 1x/an (75 %) si >7.5 : 1x/3mois (75 %)	Non évalué	79.5 %
5. Mesure du cholestérol total	≤ 250mg/dl chez 93 % si ≤ 250mg/dl : 1x/3ans si > 250mg/dl : 1x/3mois	87 %	75 %
6. Mesure de la créatinine sérique	1x/an chez 100 %	100 %	75 %
7. Mesure de la microalbuminurie	si (-) : 1x/an si (+) : 2x/an si >30mg/24h : 2x/3mois chez 85 %	78 %	47.7 %
8. Mesure de la tension artérielle	≤ 14/9 chez 75 % si ≤ 14/9 : 1x/an si >14/9 : 1x/mois	65 %	75 %
9. Mesure du BMI (<i>body mass index</i>)	si ≤ 25 : 1x/an si 26-30 : 1x/6mois si >30 : 1x/3mois chez 90 %	78 %	56.8 %
10. Palpation du pouls pédieux	1x/an chez 60 %	17 %	18 %
11. Electrocardiogramme	1x/an chez 60 %	35 %	25 %
12. Examen des réflexes ostéo-tendineux	1x/an chez 60 %	4 %	9 %
13. Conseils pieds	1x/an chez 60 %	8 %	6.8 %
14. Examen de la sensibilités des pieds	1x/an chez 60 %	8 %	20.5 %
15. Conseils régime	2x/an chez 60 %	30 %	50 %
16. Conseils exercice physique	1x/an chez 60 %	22 %	27.3 %
17. Information tabac	75 % des fumeurs	65 % des non-fumeurs 33 % des fumeurs	25 %
18. Examen du Fond d'œil	si nl : 1x/2 ans chez 60 % si patho : selon ophtalmo	52 %	22.7 %
19. Conseils dents	1x/an chez 60 %	Non-encodé	13.6 %

● **Objectifs intermédiaires** (voir tableau 2)

1. Suivi systématique des indicateurs (procédure et structure)

Notons d'emblée que le relevé concernant les indicateurs dont la fréquence standard (fixée) de mesure dépendait du résultat (pour le cholestérol par exemple) n'a pas pu respecter

cette condition. Cette condition a été jugée trop ardue tant lors de l'évaluation (analyse de nombreux sous-groupes de patients, ...), que dans l'application du programme (encodage excessif). Les valeurs inscrites correspondent donc au nombre de patients (tout patients diabétiques confondus) chez qui la procédure a été réalisée au moins une fois, peu importe le

Un projet d'assurance de qualité «diabète» à la maison médicale Santé Plurielle

*Croyez-moi, messieurs :
ce suivi exemplaire va créer
un précédent !*



résultat obtenu. La réorientation du projet devra tenir compte de ce point très important.

Certains résultats sont inférieurs à la situation de départ... Ceci provient du fait que la situation de départ concerne seulement les vingt-deux patients identifiés à ce moment comme diabétiques ; par la suite, et grâce au programme, quarante-quatre patients ont été définis comme tels, et c'est sur ce nombre que porte l'analyse des résultats.

Le tableau 2 montre la difficulté d'utiliser systématiquement le dossier santé informatisé, ce qui est aussi rapporté par les soignants. Cependant, bien que seule la moitié escomptée des items est réalisée (34.4 %), 47.5 % d'entre eux sont encodés. L'objectif de départ (100 % d'encodage) était certainement trop exigeant et le résultat reste positif vu la lourdeur de cette procédure. On doit cependant rester exigeant en ce domaine, car il reste un moyen précieux d'évaluation continue de notre pratique.

Un effort particulier devra être fait pour la réalisation et l'encodage des items 7 (micro-albuminurie), 9 (BMI), 11 (électrocardiogramme) et 18 (fond d'œil), et plus spécialement encore pour la prise des pouls (10) et réflexes ostéo-tendineux (12).

En facilitant la procédure et en augmentant la fréquentation des rendez-vous de kinésithérapie et infirmières, nous pourrions espérer de meilleures performances pour les items : conseils et sensibilité des pieds (13-14), conseils régime (15), exercice physique (16) et dents(19).

L'information tabac est nettement négligée. L'encodage fumeur/non-fumeur devra être beaucoup plus rigoureux, et l'information tabac dispensée plus systématiquement.

2. Utilisation du dossier santé informatisé

La situation de départ n'est pas notée dans les tableaux qui suivent, car non-pertinente ou non-évaluée.

Tous les soignants n'ont pas consulté l'entièreté du projet, mais les valeurs retrouvées dans ce tableau devraient toutes s'améliorer si un effort continue à être fait pour une utilisation plus systématique de l'ordinateur. Une séance

Tableau 3 : Utilisation du dossier informatisé

Indicateur	Standard fixé	Résultats
1. Consultation du projet	100 %	55.6 %
2. Accessibilité au dossier santé informatisé	100 %	66.6 %
3. Création items et échéances, encodage		cf. supra : items encodés/réalisés

pourrait être proposée à l'équipe pour réexpliquer son usage. L'accessibilité au dossier santé informatisé devrait s'améliorer avec la portabilité.

3. Adhésion active des patients au projet

Le tableau 4 montre que tous les patients diabétiques ne sont pas informés du projet alors qu'ils sont presque tous intéressés par ce genre de programme. Ceux qui y participent le jugent en majorité applicable et utile. La remotivation des patients nécessite donc très certainement qu'on y consacre du temps. Un support écrit rappelant le programme et servant d'aide mémoire au patient devrait améliorer sa participation.

4. Adhésion active des soignants

Le tableau 5 montre que l'équipe connaît le projet et l'apprécie. Des réunions d'équipe devraient être fixées pour améliorer la concertation pluridisciplinaire. Le projet semble améliorer le contact avec le patient et donne l'impression d'être bien perçu par ce dernier.

En conclusion

Cette première évaluation du programme sur un an, comparée à la situation de départ, montre une certaine amélioration de quelques indicateurs, mais elle reste insuffisante. Le suivi pluridisciplinaire n'est pas encore réalisé de la manière escomptée ; il est bien sûr possible que des contacts aient eu lieu sans inscription dans le dossier, il y aurait alors un encodage à améliorer.

Les résultats actuels n'atteignent pas les standards fixés. La situation de départ ne traduisait toutefois que la connaissance des patients diabétiques par les soignants, alors que les résultats présentés ici concernent des rendez-vous exclusifs « diabète », contacts cruciaux dans notre projet pour améliorer la continuité et éviter une prise en charge ponctuelle de ces patients difficiles. Pour que la pluridisciplinarité soit mieux respectée, il paraît indispensable de titulariser les patients auprès des soignants. Ce constat s'applique d'ailleurs à tout autre programme de prévention au sein de notre maison médicale.

Tableau 4 : Adhésion active des patients

Indicateur	Standard fixé	Résultats
1. Informé du projet	100 %	40 %*
2. Motivé par le projet	75 %	90 %*
3. Applicabilité du projet	75 %	85 %*
4. Meilleure acceptation du diabète	75 %	80 %*

**Ces données ne sont pas significatives vu le nombre trop réduit de patients ayant répondu au questionnaire. Procéder par entretiens aurait probablement été plus efficace (et peut-être aussi plus équitable) vu la difficulté certaine rencontrée par beaucoup, pour s'exprimer par écrit.*

Tableau 5 : Adhésion active des soignants

Indicateur	Standard fixé	Résultats
1. Connaissance de l'existence du projet	100 %	100 %
2. Lecture du projet	100 %	55.6 %
3. Concertation pluridisciplinaire	75 %	60 %
4. Amélioration du contact avec le patient	75 %	64 %
5. Estimation de la satisfaction du patient	75 %	76 %

L'impact sur la santé globale des patients sera évalué au cours du projet, mais il ne faut pas espérer d'amélioration nette avant plusieurs années. Un point très positif, c'est que les soignants adhèrent au projet, estiment qu'il permet d'améliorer le contact avec le patient, et procure une satisfaction à celui-ci. Quant aux patients, ceux qui ont répondu à l'enquête sont presque tous intéressés par le programme, et ceux qui y participent le jugent en majorité applicable.

La discussion en équipe a permis d'identifier certains obstacles au bon déroulement du

Un projet d'assurance de qualité «diabète» à la maison médicale Santé Plurielle

programme, notamment sa lourdeur ; nous avons dès lors prévu de simplifier les procédures ; et de redynamiser périodiquement l'équipe en organisant deux réunions par an consacrées au programme.

Il convient aussi de relativiser l'insuffisance des résultats atteints ; les standards ont été dans la plupart des cas établis sans référence à un point de départ, faute d'un enregistrement systématique des paramètres nécessaires ; par ailleurs, nous n'avions pas clairement fixé à quelle échéance les résultats espérés devaient être atteints (un an, c'est probablement trop court) ; les standards ont donc sans doute été établis de manière trop optimiste. Il convient dès lors de considérer les résultats observés dans cette première phase comme une base permettant d'établir des objectifs plus réalistes pour la suite du programme.

Ce projet a été l'occasion de travailler en profondeur sur différents aspects de nos pratiques : les critères de qualité, la pluridisciplinarité, la titularisation, l'utilisation du dossier... A côté des résultats proprement dit, la démarche que nous avons menée pour le diabète de type 2 aura dès lors à coup sûr un impact sur la prise en charge au long cours d'autres maladies chroniques, et sur l'ensemble de notre travail. ●

Bibliographie

Association Belge du Diabète (ABD), *Prévention, dépistage et prise en charge du diabète et de ses complications*.

Campbell SM., « Identifying predictors of high quality care in English general practice : observational study », *BMJ* 2001 ; 323 :784.

Charte des maisons médicales éditée par la Fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophones (FMMcsf), septembre 1996.

Conférence « diabète et soins de santé », Étude UKDPS, UCL, 30/01/99.

Conférence internationale sur la déclaration de Saint Vincent.

Conlon, P.C. ; « A practical approach to type 2 diabetes », *Nurs-clin-North-Am.* 2001 Jun ; 36(2) : 193-202.

Gosselain Y., Laperche J., Prévost M., Roland M., *Rapport d'évaluation du programme de Recherche Action « Agir Ensemble en Prévention » : Enquête auprès de l'ensemble des maisons médicales et récolte de données à l'aide du Carnet de Bord en Assurance de Qualité*, Fédération des maisons médicales, sept 2000.

Khunti & coll., « Features of primary care associated with variations in process and outcome of care of people with diabetes », *Br-J-Gen-Pract.* 2001 May ; 51 (466) : 356-60.

La Fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophones, fascicule de présentation édité par la FMMcsf, mars 2001.

Les recommandations de médecine clinique préventive canadienne, C.Med.Ass.j ; 1993 ; 149 : 821-6.

Patient Care, juin, 1997.

Prévost M., Gosselain Y., Laperche J., Roland M., *Carnet de Bord Assurance de Qualité*, Fédération des maisons médicales, juin 1999.

Richard Smith, « Quality improvement reports : a new kind of article », *BMJ* 2000 ;321 :1428.

Roland M., Prévost M., Jamouille M., « L'assurance de qualité et le médecin de famille », *Arch Public Health* 2001,59,1-28.

Sperl & coll., « Improving diabetes care in a large health care system : an enhanced primary care approach », *Jt-Comm-J-Qual-Improv.* 2000 Nov ; 26(11) : 615-22.

Stevenson & coll ; « Features of primary health care teams associated with successful improvement of diabetes care : a qualitative study », *Fam-Pract.*, 2001 Feb ; 18(1) : 21-6

Van Loon & coll, « Quality of live and effectiveness of diabetes care in three different settings in Leuven » ; *Fam-Pract.* 2000 Apr ; 17(2) : 167-72.

Wagner & coll., « Chronic care clinics for diabetes in primary care : a system-wide randomized trial », *Diabetes-Care.* 2001 Apr ; 24(4) : 695-700.

Chère « Mémé »

Projet présenté ce 12 juin 2002 au congrès de la WONCA – stop – Auditoire subjugué – stop – Nombreux collègues enthousiastes, mais aussi très intéressants – stop – Séjour motivant – stop – Renforcera mes convictions préventives et réorientera mes « croyances » et efforts curatifs – stop – Hôtel pas mal – stop – Bouffe bof – stop – Autochtones très accueillants et culturellement précieux – stop – Meilleurs souvenirs de Londres – stop – Alexis.



Ensemble travaillons autour de la petite enfance: un projet psychosocial à Tilleur

*« Et reprendre, comme on crache, tout ce qu'on nous vola,
chaque émiettement d'aile, chaque fragment de plume,
d'ongle, de cil et sel de larme et goutte de salive ou de sang.
Appelle, brandis et soigne chaque trace de faim, de griffe ou de honte,
et lance-les dans la danse ».*

*Agnès Henrard,
Veiller sous les rivières.*

**Marc
Vanmeerbeek,**
*médecin
généraliste à la
maison médicale
de Tilleur.*

.....

Certains enfants nés normaux présentent dès les premiers mois un retard de développement psychomoteur sans cause organique décelable. Plus âgés, ils connaissent des difficultés scolaires et d'intégration sociale majeures. Nous postulons qu'une forme de négligence parentale peut en être la cause, et nous proposons une méthode d'intervention qui respecte la dignité et la culture propre des familles. C'est le projet ETAPE, réalisé en partenariat par la maison médicale de Tilleur et le service SOS Familles de la clinique de l'Espérance à Montegnée.

.....

Le professeur Hainaut, ancien chef du service de pédiatrie de la clinique de l'Espérance à Montegnée, aujourd'hui intégrée au centre hospitalier catholique de Liège, s'intéresse à la pédiatrie sociale depuis vingt ans, et notamment aux travaux de chercheurs américains qui prétendent qu'en stimulant des bébés noirs défavorisés dans les premiers mois de la vie on améliore leurs performances psychomotrices. Il n'a cessé de militer pour permettre une stimulation « alternative » de ces nourrissons en danger.

« On sait qu'agir sur la mère seule, avec des programmes de type éducatif, ça ne marche pas. Agir sur l'enfant seul, en l'accueillant quelques heures par semaine dans une crèche avec des programmes de stimulation, ça ne marche pas non plus. On pense de plus en plus que l'intelligence et la mémoire se développent mieux dans un contexte d'affectivité et c'est pour ça que nous insistons beaucoup sur le lien parents enfants. Notre hypothèse est que par ces stimulations adaptées à l'âge de l'enfant, dans un climat affectif adéquat, on influence le développement du cerveau de l'enfant. Il faut savoir qu'avant dix-huit mois, le cerveau est comme une forêt touffue que l'on élague pour ne laisser croître que les connexions neuronales utiles. Sans information structurée, il reste à l'état de fouillis de neurones qui ne pourront jamais être réellement efficaces. Les stimulations que ces enfants reçoivent dans leur environnement familial ne sont sans doute pas adéquates. Ce que nous cherchons à faire, c'est leur donner une ouverture sur le monde, plus large que celle que leurs parents peuvent donner, non pas qu'ils soient génétiquement déficients, mais tout simplement parce qu'eux-mêmes ont été élevés comme ça. Et c'est trop facile de dire que tout cela est héréditaire et de baisser les bras. »²

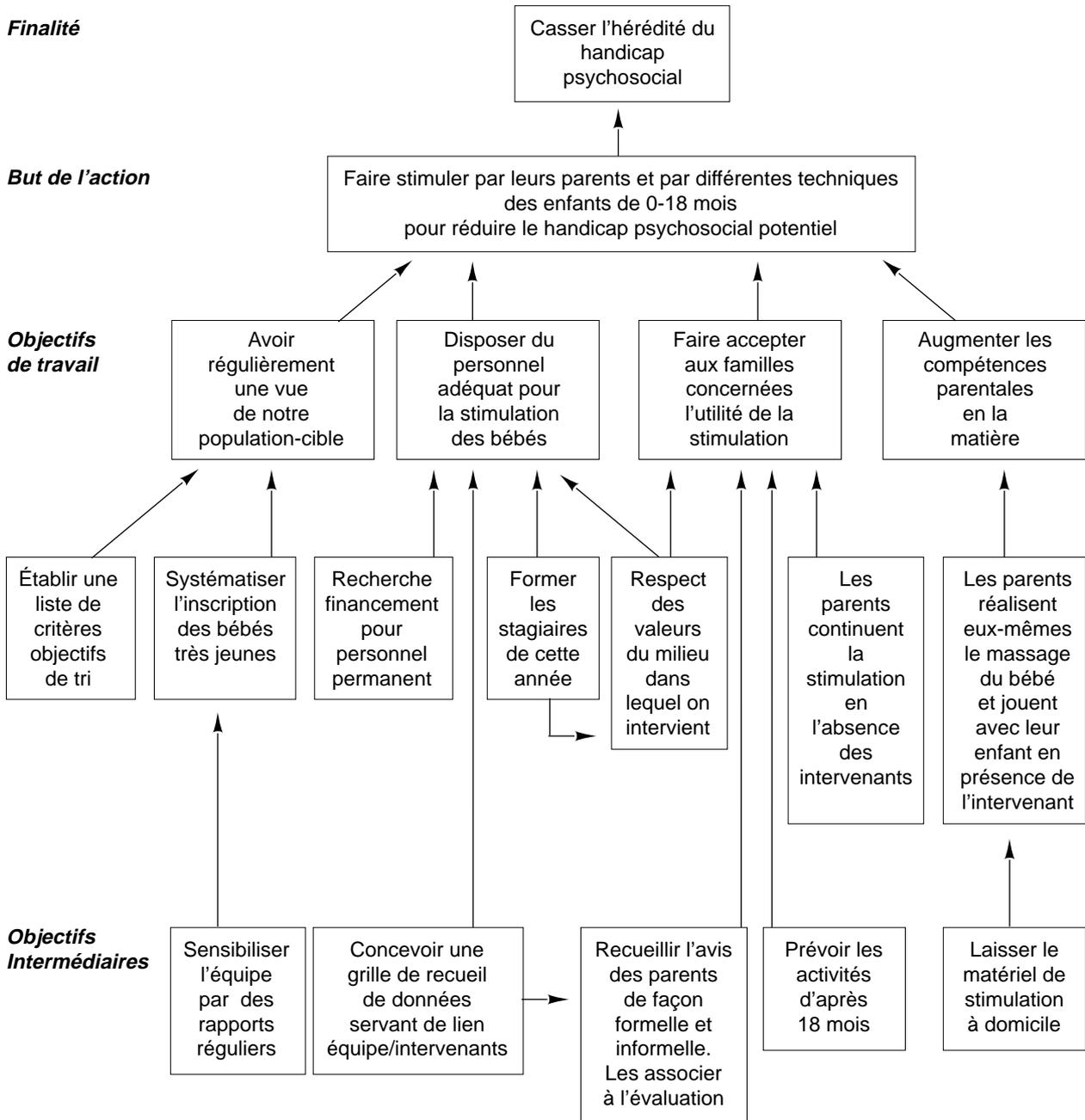
(1) Propos du Dr Hainaut cités par Karin Rondia dans son article « vaincre la maladie de l'exclusion sociale : simple comme un jeu d'enfant » publié dans Imagine n° 27, octobre 2001.

(2) Id.

Elaguer la forêt

« Combien de fois n'ai-je pas été témoin de ce phénomène étrange : je vois en consultation un nouveau-né plein de santé, vif, tonique, curieux de tout, et je me dis qu'il est bien parti pour la vie ; je le retrouve six ou huit mois plus tard et je constate qu'il est devenu mou, apathique, avec le regard qui fuit et qui n'accroche plus à rien » déclare le professeur Hainaut¹.

Ensemble travaillons autour de la petite enfance,
un projet psychosocial à Tilleur



De la théorie à la pratique

Stimuler les enfants pour favoriser leur développement psychomoteur : comment passer de la théorie à la pratique ? La rencontre du docteur Hainaut avec notre équipe (maison médicale de Tilleur) a permis de concrétiser un *modus operandi*. L'idée d'un partenariat entre les deux structures est née en raison de la grande proximité géographi-

que et de la complémentarité des spécificités de chacune. Pour mener à bien notre projet, un groupe de pilotage s'est constitué, comprenant quatre membres de la maison médicale (deux médecins, une kinésithérapeute et une assistante sociale) et deux membres du service de pédiatrie (une psychologue et une assistante sociale de l'équipe SOS Familles). Ce groupe de pilotage se réunit une fois par mois avec les intervenantes, qui sont intégrées à l'équipe de la maison médicale, pour évaluer la progression du programme.



La stimulation des bébés se pratique uniquement à leur domicile. Nous voulons absolument que les parents se sentent à l'aise et soient sur leur terrain. Le jeu avec l'enfant n'est pas une activité déconnectée de la vie de tous les jours.

Nous stimulons des enfants de zéro à dix-huit mois, tranche d'âge choisie pour obtenir une influence maximale sur le bébé et sa famille. L'âge à l'inclusion dans le projet varie mais ne peut excéder un an pour permettre un délai d'action suffisant. La stimulation a lieu deux heures par semaine, en deux périodes de une heure. La durée totale de l'action est de six mois au minimum, dix-huit mois au maximum.

Pour les tout petits, la stimulation proposée est le massage du bébé, selon la méthode « Shantala » décrite par Frédéric Leboyer. Cette méthode privilégie l'aspect relationnel entre l'enfant et le parent à travers des gestes doux et tendres. Il nous semblait que le massage ne devait être effectué que par les parents eux-mêmes, c'est pourquoi nous avons acheté des poupées grandeur nature que les intervenantes massent pendant que le père ou la mère masse son bébé juste à côté.

Pour les enfants plus grands, nous avons conçu et équipé des coffres de jeux, suivant les conseils de la psychologue de la clinique de l'Espérance. Là aussi, la présence des parents est vivement souhaitée auprès de leur enfant pendant le jeu.

Une méthode axée sur l'assurance de qualité

Pour construire l'ensemble du projet la méthodologie utilisée est celle du carnet de bord, outil proposé par le groupe Agir ensemble en prévention au sein de la Fédération des maisons médicales. Des critères de qualité choisis découlent les choix d'objectifs de travail et leur hiérarchisation. Voici à titre d'exemple les objectifs par rapport à deux des critères de qualité retenus : l'acceptabilité et la participation des patients.

L'acceptabilité implique que les familles concernées interviennent dans l'évaluation en

cours de projet et puissent aussi s'exprimer par rapport à la stimulation, avec les intervenants et les autres parents dans la même situation. Elle est fondamentale dans ce projet qui pourrait, si l'on n'est pas extrêmement vigilant, être perçu comme disqualifiant pour les familles concernées ; il est dès lors essentiel que les intervenants respectent les valeurs propres au milieu dans lequel ils interviennent, et qu'ils présentent le projet de manière positive.

Pour favoriser la **participation des patients**, la stimulation se fait à domicile, et propose à un des parents au moins d'entrer en relation directe, physique, tactile, visuelle, verbale et ludique avec l'enfant, pour susciter chez ce parent l'intérêt et le désir de participer aux jeux proposés.

Notre activité n'a de sens que si elle s'intègre dans le mode de vie de la famille, et permet aux parents d'évoluer, à leur rythme, dans leur conception de l'éducation, de la relation parent/enfant.

Ce type de réflexion a été fait pour tous les critères de qualité : il en découle des objectifs détaillés, comprenant différentes phases, et formalisés en un « arbre des objectifs », présenté ci-contre.



Ensemble travaillons autour de la petite enfance, un projet psychosocial à Tilleur

Première évaluation

Actuellement, le travail se poursuit et nous publierons fin 2002 une évaluation plus complète. Voici très sommairement quelques remarques que nous pouvons formuler en avril 2002.

● Population cible

Parmi les dix-sept critères de sélection que nous utilisons, trois constituent notre « hit parade » : pauvreté ou statut socio-économique faible, milieu social environnant de piètre qualité, ruptures et placements vécus dans l'enfance par les parents. Ces données concernent bien une pauvreté matérielle et culturelle à caractère « héréditaire ».

Un certain effort est nécessaire de la part des praticiens pour identifier et inscrire les très jeunes enfants (l'âge moyen de l'enfant lors de son premier contact à la maison médicale est de 11,6 semaines.) Plus que la surveillance des avis d'hospitalisation pour accouchement, c'est la vision globale de la famille et la proximité des thérapeutes qui permet de les repérer.

● Acceptabilité

Un gros travail a été réalisé pour rendre cette recherche-action acceptable pour ses bénéficiaires. Il y a là une place particulière pour les travailleurs de santé de première ligne qui sont en relation personnelle, parfois depuis longtemps, avec les familles défavorisées. La relation directe entre des professionnels et des patients qui se connaissent et s'estiment est sans doute fondamentale au stade de la présentation du projet, moment où aucune erreur n'est permise.

Comment les choses se passent-elles sur le terrain, et comment évolue dans le temps la relation particulière entre la stimulatrice et le bébé, et avec sa famille ? De nombreux éléments de réponse sont consignés dans les feuilles de rapport de séances, teintés de la subjectivité ou de l'émotion d'un moment. Nous avons eu des réponses directes des parents lors des rencontres que nous avons organisées, mais ces avis étaient toujours émis en public

dans une rencontre avec les organisateurs. Difficile dans ces conditions que l'objectivité soit totalement garantie.

Au fil du temps, un indicateur s'est imposé à nous : le ratio entre le nombre de rendez-vous qui ont pu être honorés et le nombre de rendez-vous maximum que nous aurions souhaités. Les rendez-vous non effectués le sont pour les raisons les plus diverses : maladie de l'enfant, d'un parent, de la stimulatrice, absence annoncée ou non des parents et/ou de l'enfant...

Il nous a semblé intéressant de distinguer les résultats relatifs aux stimulations « longues » (cinquante semaines et plus) et ceux relatifs aux stimulations « courtes » (vingt-cinq semaines et moins), car le ratio y est nettement différent.

Les enfants pour qui l'on propose un « stimulation longue » ne sont vus que dans 35,6 % des rendez-vous prévus, contre 58,6 % pour les « stimulations courtes », soit près du double. Il existe donc à première vue un effet d'essoufflement qui se marque lorsque la stimulation dure un an ou plus. Il ne semble pas y avoir d'influence de l'âge de l'enfant au début de la prise en charge.

Nous essayerons de mieux comprendre ce phénomène à partir des entretiens d'évaluation qui seront menés prochainement dans les familles.

Tous les rendez-vous ne servent pas à stimuler directement l'enfant : ce dernier peut être endormi, malade ou non collaborant ce jour-là. La séance peut alors être consacrée à une discussion impromptue avec la famille. Ce phénomène « papote » touche de 8 à 22 % des rendez-vous selon les intervenantes.

● Évaluation avec les parents

Cet objectif découle des critères de qualité que nous voulons privilégier : la participation des bénéficiaires, pas uniquement au niveau « technique » de la stimulation de leur enfant, mais également dans la prise de contrôle du processus de sortie du handicap psychosocial.

Après avoir suscité des rencontres entre parents de familles différentes à plusieurs reprises, nous voyons mieux les limites des techniques utilisées. Une rencontre de type focus-group en

janvier 2000, très structurée et très préparée n'a réuni que trois familles (sur six en cours de stimulation à l'époque) mais elle nous a fourni un matériau assez abondant sur la perception de notre action par ses bénéficiaires. Des rencontres organisées par la suite sous forme de goûters informels, nous semblaient plus appropriées pour montrer notre volonté de nous « mettre au niveau des familles » et recueillir leur avis et suggestions dans les meilleures conditions.

En fait, ces rencontres moins structurées ont été beaucoup moins productives en terme de données d'évaluation pour notre programme, la conversation entre parents s'orientant naturellement vers des sujets d'éducation des bébés. On pouvait penser que de ces rencontres naîtrait une certaine convivialité entre les familles, mais à notre connaissance, aucun lien ne s'est tissé ensuite entre elles. De plus, aucune demande de renouveler l'expérience ne s'est exprimée, et la participation de trois familles à chaque fois n'a été obtenue que grâce à de multiples répétitions de l'invitation et au voiturage par des membres de l'équipe.

La question actuelle est donc bien de savoir comment susciter une prise de parole par rapport à ce projet qui touche de si près l'intimité de la famille pendant une période aussi longue. Nous voulons faire passer le message « nous avons besoin de vous pour faire avancer ce projet ».

Notre réflexion nous a conduite à organiser dès ce mois-ci des entretiens individuels d'évaluation menés par une personne étrangère au projet. Le moment du bilan psychomoteur de dix-huit mois nous semble assez approprié, puisqu'il clôture la période de collaboration « technique » et introduit naturellement à l'évaluation plus globale du processus.

De façon à valoriser la prise de parole et à bien montrer toute l'importance que nous y attachons, nous nous sommes posés la question d'une rétribution possible de ces entretiens. Un paiement en monnaie sonnante et trébuchante serait sans doute mal perçu et pourrait dans le milieu du quart-monde susciter de la jalousie ; par contre, un cadeau symbolique comme un jeu offert à l'enfant rencontrerait mieux la fonction d'objet transitionnel sans paraître déplacé.

Transition vers un futur meilleur...

« On peut penser que les stimulations reçues par le bébé humain en dessous de trente-six mois, non seulement peuvent induire des souvenirs et apprendre, mais de plus, ces stimulations conditionnent la qualité du câblage et des connexions inter-neuronales par lesquelles vont transiter pendant toute la vie les diverses informations et par lesquelles circulent les fonctions cérébrales complexes (associations, mémorisations, abstraction, etc) »³.

La limite de notre intervention à dix-huit mois permet de couvrir la période la plus dynamique de ce travail d'élaboration cérébrale. Mais, socialement et affectivement, cette limite paraît tout à fait artificielle, surtout dans un travail de longue haleine dans l'intimité d'un foyer. Pour des raisons pratiques et économiques, il est pourtant difficile de prolonger notre action durant plus d'un an dans la même famille. Par ailleurs, un de nos objectifs est de transférer un savoir et des compétences vers les parents.

Depuis plus d'un an, les deux institutions promotrices ont porté la réflexion au niveau communal à Saint-Nicolas, au sein du groupe de coordination des services médico-sociaux actifs dans le domaine de l'enfance, le groupe de Coordination, réflexion, interpellation (CRI). Il en est sorti le projet de créer une « maison verte », fonctionnant selon les principes éducatifs de la psychanalyste française Françoise Dolto. Cette maison devrait ouvrir ses portes encore en 2002, avec le soutien de l'échevin de la culture et de la santé.

D'autre part, nous collaborons avec un atelier de psychomotricité accueillant des enfants de dix-huit mois à six ans.

Conclusions

Nous avons tenté d'utiliser la complémentarité entre deux structures de dispensation de soins, l'une en première ligne, l'autre en seconde ligne, pour créer un protocole d'intervention auprès d'enfants de milieu défavorisé.

(3) Hainaut H.,
 Programme
 J.O.I.E.,
 intervention
 précoce en milieu
 défavorisé. *Les
 cliniques Saint-
 Joseph. Liège.*

Ensemble travaillons autour de la petite enfance, un projet psychosocial à Tilleur

Un effort a été fait pour identifier la population cible et mieux connaître sa culture propre. Le travail de reconnaissance culturelle n'est cependant pas terminé.

Depuis un an, tous les intervenants de notre commune dans le domaine de la petite enfance ont créé une structure de rencontre et d'échange sur leurs activités respectives : le groupe de Coordination, réflexion, interpellation (CRI). Les deux assistantes sociales impliquées dans notre projet (clinique et maison médicale) y participent.

Il est encore trop tôt pour pouvoir mesurer l'impact du programme sur le développement intellectuel et relationnel des enfants à trois et six ans ; à plus long terme, nous envisageons de suivre le maximum d'enfants qui seront passés par ce programme. Le suivi régulier du programme a d'ores et déjà favorisé son appropriation par l'ensemble des intervenants concernés, et a permis de créer des contacts avec d'autres intervenants du réseau. L'évaluation, dont la précision est largement liée à celle des objectifs définis, nous a déjà permis de réorienter certains aspects du programme et d'élaborer des méthodes d'investigation plus fines auprès des parents. ●



La qualité du dépistage du cancer du sein dans les maisons médicales en 2002

.....

Les cancers, et tout particulièrement le cancer du sein chez les femmes, sont des situations de santé toujours délicates et dont l'accompagnement reste complexe s'il se veut à la fois profondément humain et médicalement performant. Qualité de la relation avec les patients, qualité de la communication entre soignants, qualité technique des examens réalisés... pour formaliser les dimensions de la qualité du dépistage du cancer du sein, plusieurs maisons médicales ont explicité les critères reconnus dans la littérature scientifique. Ce texte présente la manière dont se passe le dépistage dans quelques maisons médicales.

.....

La qualité de l'accompagnement des femmes pour le dépistage du cancer du sein dans les maisons médicales

Associer la maladie, la souffrance, la mutilation et parfois la mort à la féminité, à la sexualité, au plaisir, à la vie, suscite chez nous des émotions, des déchirements, des glissements dans nos niveaux de pensée. Les soignants sont-ils d'abord des scientifiques froids et distants qui mesurent la santé des patientes avec des statistiques et des taux de mammographies ? Des faux positifs et des faux négatifs ? Les soignants ne sont-ils pas d'abord des hommes

et des femmes touchés dans leur chair par la peur au ventre et la volonté de prendre la maladie de vitesse, de déjouer la mort, en l'évitant une fois sur deux par un dépistage efficace et à bon escient ?

Le dépistage du cancer du sein n'est pas anodin, la qualité de sa mise en pratique dans les maisons médicales est globale et complexe.

● La qualité est plurielle.

Qualité de la relation avec toutes les patientes : celles qui préfèrent éviter ce dépistage, craignant de mauvaises nouvelles, celles qui se précipitent pour se rassurer, celles pour qui ce dépistage est recommandé, de 50 à 69 ans, celles à qui ce dépistage n'apportera pas grand-chose... Comment bien expliquer que la médecine a des limites, qu'elle ne sait pas tout voir, tout prévoir, mais une partie des choses seulement et que pour cette petite partie parfois visible, il va falloir faire des démarches, repasser le même examen pendant vingt ans et sans l'assurance d'obtenir une réponse à nos peurs, à nos questions... Cette qualité de la relation exige des conditions de dialogue des soignants avec les femmes : prendre le temps de se parler, de s'interroger, d'expliquer comment le dépistage s'organise. Ce que veulent dire les résultats : une mammographie « positive » ou une mammographie « négative » ne peuvent être des mots lapidaires et équivoques cités au téléphone, mais une véritable communication dans une relation sincère qui permet le partage des mots et des émotions et qui ne peut se faire que dans la rencontre effective à la consultation ou au domicile de la femme.

Qualité de la communication des soignants entre eux : les généralistes seront-ils chaque fois prévenus des résultats des examens demandés par les gynécologues ? Les radiologues s'inquiéteront-ils du médecin-traitant de cette femme qui se présente spontanément pour son mammoth ? Qui lui expliquera le résultat de cet examen ? Les second et parfois troisième lecteurs des clichés joueront-ils le jeu de la rigueur scientifique ?

*Jean Laperche,
médecin
généraliste à la
maison médicale
de Barvaux,
responsable du
projet Agir
ensemble en
prévention.*

La qualité du dépistage du cancer du sein dans les maisons médicales en 2002

Qualité technique des examens réalisés : tant pour les appareils de radiologie que pour les lectures des clichés ou pour la cytologie des ponctions. Ces domaines de la qualité ne concernent pas directement les professionnels de première ligne.

Pour formaliser les dimensions de la qualité du dépistage du cancer du sein qui concernent directement les maisons médicales, plusieurs d'entre elles ont explicité formellement les critères de la qualité des soins reconnus dans la littérature scientifique¹. Accompagnées parfois par les chercheurs du programme Agir ensemble en prévention de la Fédération des maisons médicales, ces équipes ont le plus souvent utilisé un outil original et spécifique pour mettre en place ces procédures de qualité en médecine générale : le carnet de bord assurance de qualité, présenté dans un autre article de cette revue.

Le choix des critères de qualité retenus et traduits dans les pratiques en tâches très concrètes, est variable d'une équipe à l'autre : allant de la simple formalisation du taux de couverture à une explicitation plus complète des quatorze dimensions de la qualité des soins proposées dans le carnet de bord, telles que la qualité de la pluridisciplinarité au sein de la maison médicale et la qualité de la participation des patientes aux soins proposés.

(1) Roland M., Prévost M., Jamouille M., « L'assurance de qualité et le médecin de famille » in Arch. Public Health 2001, 59, 1-28, Bruxelles, 2001.

« Avec l'échéancier, il faut dire que c'est plus facile... »

« Je respecte aussi les refus des patientes et j'essaie de comprendre : il y a celles qui ont d'autres priorités dans leur vie de maintenant, celles qui hésitent à faire quelque-chose pour elles-mêmes, celles qui ne veulent rien savoir, celles qui ont accepté la première fois pour me faire plaisir... »

« Certaines me disent que cela n'en vaut pas la peine, à quoi bon ? »

Des soignants en maison médicale témoignent.

(2) Ce taux de 34 % est la valeur que l'on retrouve habituellement chez la plupart des généralistes, quand ils commencent à s'intéresser à ce dépistage.

En pratique, dans quelques équipes, comment se passe ce dépistage ?

● Le dépistage du cancer du sein à la maison médicale la Glaise à Charleroi

Proposer le dépistage du cancer du sein se fait

depuis longtemps dans cette équipe, comme dans la plupart des maisons médicales et chez un grand nombre de généralistes.

Le premier progrès que cette équipe a voulu mettre en place est la systématisation de la démarche, afin que les « femmes plus irrégulières et à problèmes » puissent en bénéficier elles aussi (critère de l'équité). Au début du projet, en 1999, le nombre de patientes pour lesquelles le résultat de la mammographie de dépistage figurait dans le dossier est de 34 %.

Afin d'augmenter la continuité et l'efficacité de ce travail, cette équipe s'est organisée, les tâches ont été clarifiées pour chacun (critères retenus : interdisciplinarité et subsidiarité). Le relevé des informations présentes dans les dossiers est réalisé : quelles femmes de 50 à 69 ans ont passé une mammographie endéans les deux dernières années ? Le médecin-traitant de ces femmes est-il clairement identifié ? Les infos de l'échéancier correspondent-elles à ce qui se trouve dans les dossiers ?

Ces informations ont été complétées par les déclarations des femmes quand elles viennent à la consultation. Un post-it sur les dossiers attire l'attention du thérapeute pour parler de ce dépistage avec les femmes concernées. Quelles informations ont-elles ? Quelles hésitations expriment-elles ? Que peuvent-elles accepter ? Que peuvent-elles refuser ? Comment participent-elles à cette dimension de leur santé ?

Les résultats obtenus sont encourageants : au départ, sur les cent cinquante femmes concernées, 34 % avaient passé une mammographie de dépistage dont le résultat était dans le dossier². En parlant avec les patientes, en demandant les résultats aux gynécologues, et en prescrivant les demandes de mammographie, l'équipe obtient un taux de 56 % six mois plus tard. A ce moment, 8 % des femmes ont refusé et 20 % des femmes n'ont pas encore été contactées. Neuf mois plus tard, 12 % des femmes n'ont toujours pas été contactées, et 8 % des examens demandés n'ont pas encore été réalisés : ce qui nous donne un taux de 20 % de « femmes non en ordre de mammographie ». Le taux de refus est passé de 8 % à 10 %. Le taux de couverture avec résultats dans le dossier

a été doublé : de 34 % au départ, il a atteint le taux recommandé de 70 %, en quinze mois.

La stratégie pour les femmes « non en ordre de mammographie » a été discutée en équipe et les procédures suivantes sont mises en route :

- les secrétaires-accueillantes appliquent un post-it sur les dossiers de ces patientes et rappellent au médecin d'en parler avec la patiente ;
- chaque médecin reçoit la liste des patientes dont il est le médecin-traitant.

Le listing des patientes de 50 à 69 ans et leur statut mammographique sont mis à jour une fois par an. Un an plus tard, en juin 2001, les résultats sont les suivants : 41 % des femmes ont passé une mammographie de dépistage, 8 % ont reçu une demande d'examen et pour 51 %, l'information n'est pas dans le dossier : soit la patiente n'a pas passé l'examen, soit le résultat ne se trouve pas encore dans le dossier... « Ce qui souligne l'importance d'une attention soutenue des médecins, pour que cette stratégie entre dans la routine de la pratique quotidienne ».

● A la maison médicale le Noyer à Bruxelles

Ce même problème de tenir dans la durée se pose également à la maison médicale Le Noyer à Bruxelles. Cette équipe féminine est une maison médicale pionnière pour le dépistage du cancer du sein³. Pour 2002, cette équipe a surtout le souci de la **continuité** : une « feuille de travail » est glissée dans le dossier médical de chaque patiente de 50 à 69 ans.

Une difficulté en terme d'**équité** se pose pour les femmes étrangères qui ne comprennent pas la lettre de rappel rédigée en français...

Au-delà du taux de couverture de 70 % qui reste stable, l'équipe essaie de comprendre les raisons pour lesquelles les femmes refusent cet examen de dépistage : est-ce une peur ? De la négligence ? Faut-il mettre en place d'autres procédures pour une partie de ces femmes ? L'équipe souhaite également mesurer le délai entre le moment de la prescription et le moment où la patiente se rend effectivement chez le radiologue. L'actuel programme fédéral de mammothest gratuit risque-t-il d'interférer avec

les efforts de la maison médicale ? Les patientes risquent de ne pas s'y retrouver si les initiatives se superposent...

« Madame P. est une nouvelle patiente, je viens d'apprendre qu'elle a changé de médecin car on vient de lui proposer une opération pour son cancer du sein, et elle ne m'en a pas encore parlé... »

« Madame B., quant à elle, m'a quitté depuis que je lui ai rappelé de repasser ce mammothest. »

« Mes patientes se sentent rassurées quand je suis systématique et clair, elles ne se sentent pas visées personnellement. Je propose le mammothest, comme je propose un vaccin ou une prise de sang, naturellement et sans insister et elles savent que chez moi, c'est comme ça ! »

Des soignants en maison médicale témoignent.

● A la maison médicale la Passerelle à Liège

La systématisation du dépistage du cancer du sein se fait conjointement avec le dépistage du cancer du col. Une difficulté est d'encoder les résultats de ces deux examens. Les patientes pour lesquelles les résultats n'apparaissent pas sont contactées par l'envoi d'une lettre et d'une demande d'examen. Actuellement, l'équipe mesure chaque mois l'encodage des résultats. Les difficultés d'un travail systématique sont les suivantes : y penser quand la patiente est là, même si on est débordé ; encodage informatique et changement de logiciel ; changement d'adresses des patientes...

L'actuel programme de dépistage gratuit est perçu positivement pour renforcer la motivation des soignants et des patientes. Le travail réalisé à la maison médicale ne sera sans doute pas allégé...

● A la maison médicale de Forest

Comme à la maison médicale la Passerelle à Liège, cette équipe bruxelloise de Forest réalise conjointement le dépistage du cancer du sein et le dépistage du cancer du col.

Ces dépistages sont perçus comme prioritaires et réalisés simultanément pour les raisons suivantes :

(3) Voir article Santé Conjuguée d'octobre 1999.

La qualité du dépistage du cancer du sein dans les maisons médicales en 2002

Indicateurs de la réalisation des objectifs à la maison médicale de Forest

Des « indicateurs » de la réalisation de ces objectifs sont mis en place :

Indicateurs de structure :

- Emploi de la « fiche prévention » ;
- Taux d'utilisation : nombre de fiches ouvertes sur le total des consultations ;
- Répartition des utilisateurs : nombre de fiches ouvertes par les différents membres de l'équipe ;
- Permanence de la démarche : évolution des ouvertures des fiches dans le temps, poursuite du remplissage des fiches ouvertes ;
- Méthode : relevé systématisé des fiches ouvertes et échantillonnage de celles-ci pour leur niveau de remplissage ;
- Utilisation de l'échéancier : oui/non, date, qui ?

Indicateurs de procédure :

- Les généralistes se sont recyclés par co-consultation avec le gynéco : oui / non, taux ;
- Mise à jour trimestrielle en réunion d'équipe : oui / non ;
- Actualisation du tableau d'affichage : oui / non ;
- Affichage en salle d'attente, feuillet d'information : dates et mode de réalisations ;
- Article dans chaque parution du journal : oui/non ;
- Emploi de la feuille de liaison avec les gynécos : questionnaire chez les généralistes ;
- Réalisation d'une enquête auprès des patientes ;
- Évaluation des résultats de cette enquête ;
- Avoir contacté toutes les femmes concernées : oui / non.

Indicateurs de résultats :

- Pourcentage de dépistage connu et correct à deux dates espacées d'un an : par échantillonnage ;
- La participation active de l'équipe au projet reste acquise ou augmente : interview de l'équipe ;
- Avis et satisfaction des patientes : acceptabilité, participation... : questionnaire proposé à deux reprises pendant un an aux patientes.

L'évaluation précise par la mesure de ces différents indicateurs montre des performances qui atteignent dans l'ensemble 75 % des objectifs. La précision de ces indicateurs permet à cette équipe de réorienter son projet d'une année à l'autre.

1. La sensibilisation des femmes concernées est la même, la prise en charge peut être améliorée pour ces soins de la même sphère gynécologique abordant aussi les questions de fertilité et de sexualité ;
2. Cette prise en charge améliorable est faisable à la maison médicale. Celle-ci est compétente pour ce travail. L'efficacité de ces dépistages est prouvée pour ces problèmes graves et vulnérables.

A l'aide du carnet de bord assurance de qualité, ces projets ont été éclairés avec les quatorze critères proposés. La richesse de la prise en charge en maison médicale apparaît particulièrement pour les critères suivants :

- La continuité : le travail en maison médicale, en équipe pluridisciplinaire, entraîne de fait une transmission linéaire dans le temps et partagée par les différentes professions concernées tant à l'intérieur de l'équipe que dans la collaboration avec les gynécologues et radiologues extérieurs ;
- L'intégration : ces dépistages sont compris dans l'activité normale et courante de la maison médicale, tant dans leurs réalisations que dans l'information aux patientes ;
- L'accessibilité : l'accessibilité financière est réelle dans les maisons médicales qui ont choisi le paiement au forfait. Cette accessibilité intervient également dans le choix des référents extérieurs, et sera facilitée par le programme fédéral qui se met en place. Pour ce qui concerne l'accessibilité culturelle, psychologique et sociale du dépistage, cette équipe y est attentive dans la manière d'expliquer ces examens aux patientes et de prendre en compte leurs hésitations...
- La satisfaction des patientes et de l'équipe pour ces propositions est prise en compte à Forest.

L'équipe de Forest s'est fixée les objectifs de travail suivants :

1. bien connaître la situation de départ, le dépistage réellement effectué. Ne sont pris en compte que les protocoles matériellement présents dans les dossiers ou notés explicitement par le médecin, et non pas le simple avis des patientes. Cette situation de

départ est évaluée à 47 % de patientes en ordre de mammographies.

2. Améliorer les compétences de l'équipe : les généralistes ont réappris à effectuer correctement des frottis de col, les dossiers seront mieux tenus, l'échéancier bien utilisé, etc.
3. Informer correctement les patientes : dans un langage accessible, en tenant compte de leurs réalités sociales et culturelles, lors des consultations et par le journal de la maison médicale et des affiches en salle d'attente. Le but est que chaque patiente concernée soit correctement informée. Des interviews de patientes seront réalisés.
4. Améliorer la collaboration avec les gynécologues et radiologues extérieurs : une lettre de demande de résultats est utilisée.

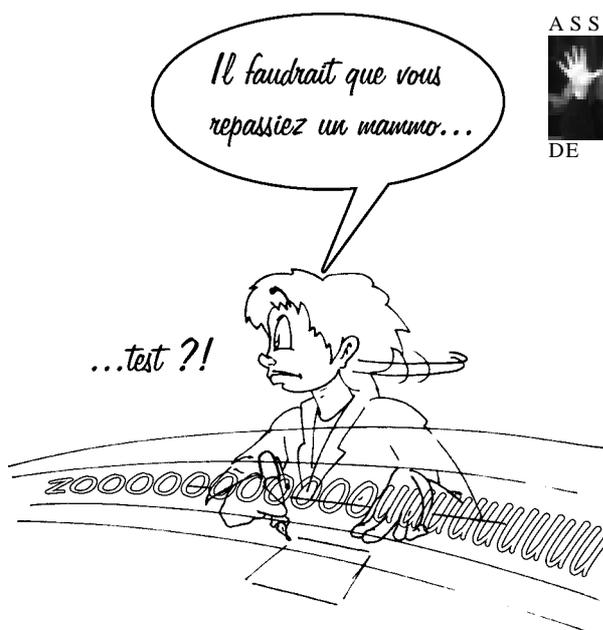
Des « indicateurs » de la réalisation de ces objectifs sont mis en place (voir encadré).

Conclusion

Les démarches d'assurance de qualité appliquées actuellement au dépistage du cancer du sein dans quelques maisons médicales permettent de formaliser explicitement les performances médicales attendues (taux de couverture) et la qualité des relations avec les patientes (équité, participation). La communication des soignants entre eux (pluridisciplinarité) tant à l'intérieur de la maison médicale que dans leurs collaborations avec les spécialistes extérieurs, gynécologues et radiologues (subsidiarité) est explicitement envisagée et améliorée (lettres de liaison).

Au début de ces démarches, les taux de couverture de départ oscillent entre 20 % et 35 % suivant l'exigence de la mesure : prend-on en compte un protocole formellement présent dans le dossier ou la déclaration de la patiente ? Quand l'équipe s'organise pour réaliser ce dépistage, le taux de couverture atteint 70 % dans l'année qui suit, ce qui rejoint les recommandations internationales de l'utilité de ce dépistage.

Une difficulté rencontrée par ces équipes est de s'organiser dans la durée, pour que ce dépis-



tage entre dans la routine des soins quotidiens. Dès que la mobilisation se relâche, les résultats s'en ressentent. L'actuel programme de dépistage national va certainement faciliter l'accessibilité financière des patientes concernées, mais les équipes s'interrogent : quelle sera l'accessibilité géographique des centres agréés ? L'organisation interne du travail au sein de la maison médicale sera-t-elle facilitée ou au contraire les doubles messages aux mêmes patientes risquent-ils d'induire une certaine confusion ?

« Ce n'est pas facile d'annoncer à une femme en bonne santé qu'elle a un cancer du sein. »

« Le dépistage, d'accord, mais en étant aussi prêt à annoncer le résultat, quel qu'il soit. »

« En pratique, comment se passe ce dépistage chez le radiologue pour toutes mes patientes, celles qui sont déprimées, celles qui sont gênées, celles qui sont étrangères, celles qui sont en chaise roulante ? »

Des soignants en maison médicale témoignent.

Dans les maisons médicales, la qualité de la relation avec les patientes est tout aussi essentielle que la qualité technique des procédures réalisées. Expliquer dans un langage accessible, écouter les refus, chercher le sens des examens post-posés (quel délai entre le moment de la prescription et le jour du mammothest ?), s'arrêter le temps qu'il faut pour parler de la peur du cancer, situer la proposition de ce dépistage dans les priorités d'aujourd'hui de cette patiente sont des démarches de soins tout aussi importantes et humainement essentielles à un accompagnement global et de qualité des patientes. ●

Analyse et évaluation des pratiques

Un cas particulier: le groupe d'intervision

Vanni Della Giustina,
psychologue au centre de santé intégrée Bautista van Schowen.



Centré sur les situations rencontrées dans les soins de première ligne, un groupe de soignant à Liège utilise une des méthodes que l'on peut utiliser à l'une ou l'autre étape d'une démarche d'amélioration de la qualité des soins, l'intervision. Il s'agit d'une démarche de construction collective, d'une mise en mots de situations professionnelles difficiles ou exemplatives par les participants.



Quel est le point commun ? Je serais tenté de dire que c'est l'analyse et l'évaluation des pratiques. Le cycle d'assurance de qualité, la boucle de la recherche-action, le carnet de bord..., voilà des outils qui ont probablement leurs lourdeurs, leurs redondances, qui seront utilisés avec plus ou moins de bonheur ou de raideurs selon les sensibilités mais qui ont probablement l'intérêt majeur de permettre à des travailleurs de la santé qui ont des paradigmes disciplinaires (ça veut dire « des-~~façons-de-prendre-en-compte-les-problèmes-des-patients-tout-à-fait-spécifiques-à-leur-profession~~ ») parfois très différents, de se rencontrer et de construire ensemble un ou des projets d'action concrets.

Quand on regarde l'histoire du mouvement des maisons médicales, on peut sans doute dire que l'analyse et l'évaluation critique des pratiques de soins de santé primaires, ainsi que leurs propositions de réformes, ont été le ferment (le « germe ») fondateur des centres de santé intégrée.

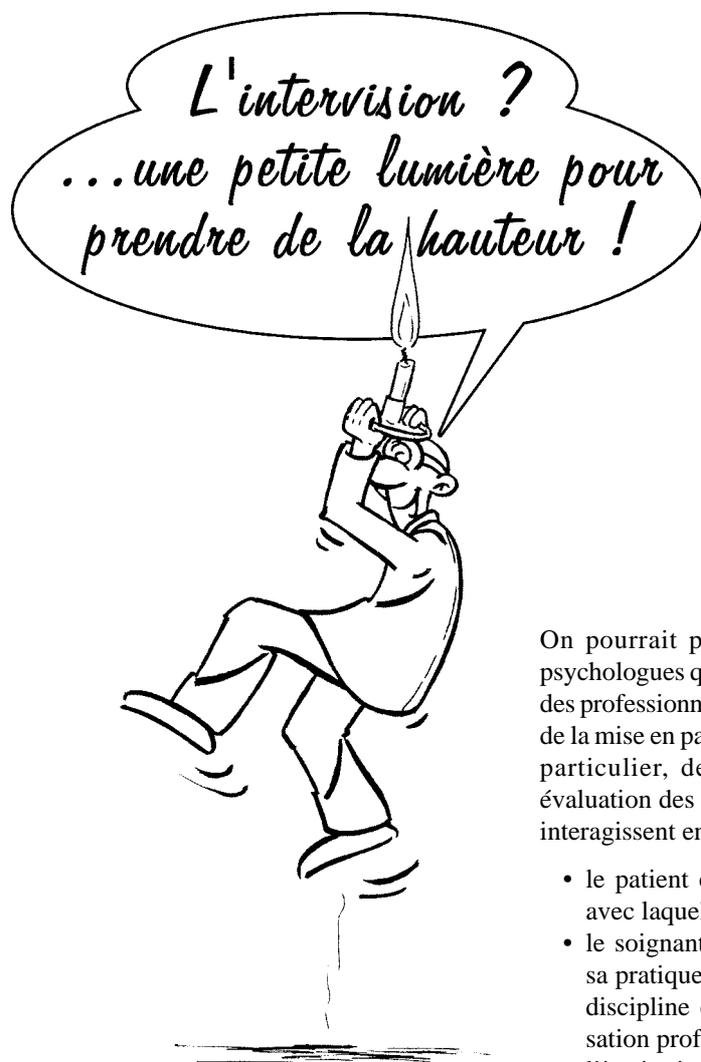
Si le GIPSI vise à l'analyse et l'évaluation des pratiques au travers de la gestion de l'information dont l'outil essentiellement visé est le dossier (papier ou informatisé), si le projet « Toxicomanies » de l'intergroupe liégeois vise à l'analyse et à l'évaluation des pratiques d'accompagnements en centre de santé intégré de ceux qu'on appelle (encore²) les toxicomanes, le Groupe d'intervision, quant à lui, propose l'analyse et l'évaluation des pratiques en maison médicale au travers d'une démarche de construction collective d'une mise en mots de situations professionnelles difficiles ou exemplatives, par les participants qui proviennent de disciplines différentes.

Dans le processus de l'intervision, il peut arriver que nous nous détachions de l'analyse au cas par cas ainsi que du fonctionnement qui est le plus courant dans les réunions d'équipes. En effet, la construction d'une compréhension approfondie des situations rencontrées peut se faire au travers de détours que prend à tout moment la dynamique du groupe lorsqu'il ne s'agit pas, comme c'est souvent le cas dans les réunions d'équipe, de découvrir des réponses

(1) Cf. Santé conjugulée n° 19, janvier 2002, p.5.

(2) Un des pôles d'activités de ce projet consiste en un groupe de réflexion qui a entamé le processus par une lecture collective du livre de Jean-Pierre Jacques, Pour en finir avec les toxicomanies (éd. De Bouck) conçue comme une manière parmi d'autres de développer un recul critique par rapport aux pratiques du terrain.

Depuis plusieurs mois, je participe à trois expériences où j'ai le plaisir de rencontrer des soignants de diverses maisons médicales : le GIPSI, qui réfléchit à la Gestion de l'information dans les pratiques de soins intégrés¹, le groupe « Toxicomanies » de l'intergroupe liégeois des maisons médicales (IGL) (voir article en rubrique) et enfin, le Groupe d'intervision de l'intergroupe liégeois que je co-anime avec Martine Frères, également psychologue en maison médicale.



rapidement opérantes aux problèmes soulevés. Le fonctionnement lui-même du groupe d'intervision peut parfois nous aider à comprendre certains nœuds dans la relation entre le patient et son thérapeute...

Les équipes des maisons médicales sont, la plupart du temps, traversées par des impératifs de fonctionnement qui peuvent mettre dans l'ombre voire complètement occulter certains éléments qui interviennent dans les situations rencontrées et qui tiennent au fondement de ce qui les constitue. Chaque équipe s'est construit son propre système de fonctionnement qui induit inmanquablement l'adoption de certaines attitudes vis-à-vis des patients et, parfois même, la récurrence de certaines impasses dans les accompagnements.

On pourrait peut-être considérer les deux psychologues qui co-animent le groupe comme des professionnels du soutien de la mise en mot, de la mise en parole qui est censée, sur ce mode particulier, de fonder une analyse et une évaluation des pratiques selon quatre axes qui interagissent en permanence :

- le patient et la problématique spécifique avec laquelle il rencontre le soignant ;
- le soignant, avec tout ce qui conditionne sa pratique : son histoire, sa formation, sa discipline et son regard propre, l'organisation professionnelle de son travail... ;
- l'institution maison médicale, son histoire singulière, les valeurs qui sont les siennes, la « personnalité » de l'équipe... ;
- la société dans laquelle les maisons médicales évoluent, avec les déterminants socioculturels tout à fait particuliers qui diffèrent d'un moment à l'autre de l'histoire.

Le fonctionnement actuel du groupe d'intervision nous amène à bien souvent traverser ces quatre axes dans chacune des situations qui sont présentées par les participants.

C'est l'évolution, à chaque fois particulière, de ce travail de construction d'une analyse et d'une évaluation des pratiques qui va déterminer l'accent particulier que le groupe pose sur l'un ou l'autre de ces quatre axes. ●

Parler du tabac ou se taire ?

Réflexions pour un accompagnement de qualité des patients fumeurs dans les maisons médicales

Jean Laperche, médecin généraliste à la maison médicale de Barvaux, responsable du projet Agir ensemble en prévention.

.....

Pour expliciter les différentes facettes de la qualité de l'accompagnement des patients fumeurs par les généralistes, l'auteur prend comme cadre de référence les critères de qualité des soins prestés en première ligne, testés actuellement de manière pilote par quelques maisons médicales francophones.

.....

(1) Est-ce un véritable choix ? Conscient ? Ou une occasion sociale et la dépendance à la nicotine fait le reste, pour le plus grand bonheur des cigarettiers...

(2) De plus, le généraliste identifie ainsi un facteur de risque non négligeable pour bon nombre de pathologies. Plus de la moitié des fumeurs quotidiens ne sont pas identifiés par leur médecin-traitant ! Le jeu en vaut la chandelle. Poser la question à chaque patient : « est-ce que vous fumez ? oui/non. Si oui, voulez-vous arrêter ? non/oui. Quand pouvons-nous en reparler ? ».

Parler du tabac ou se taire ?

Pourquoi les maisons médicales s'intéresseraient-elles aux habitudes de vie - et tout particulièrement au tabagisme - des patients ? Ceux-ci ne sont-ils pas les premiers responsables de leurs comportements ? De leurs choix ? De leur santé ? Ils fument, ils l'ont choisi¹ et rares sont ceux qui nous demandent de les aider à diminuer, voire à arrêter...

Cependant, même s'ils n'en sont pas toujours suffisamment conscients, les soignants des maisons médicales sont investis d'un capital confiance non négligeable de chaque patient. Le généraliste est le scientifique de proximité, librement choisi par chacun. A ce titre, il ne peut ignorer que, toutes maladies confondues, la première cause de mortalité dans nos pays riches reste le tabac, responsable de 20 % de toutes les morts évitables et d'un grand nombre de maladies...

Dans l'accompagnement de chaque patient, nous ne sommes pas responsables de ses choix, ni de sa santé, mais nous sommes responsables de nos propositions pour sa santé, de nos conseils, de nos silences, du dialogue autour de ce qui va bien, de ce qui ne va pas et de ce qui peut aller mieux... Se taire concernant le tabac, c'est comme si on enlevait un des deux écouteurs de notre stéthoscope...

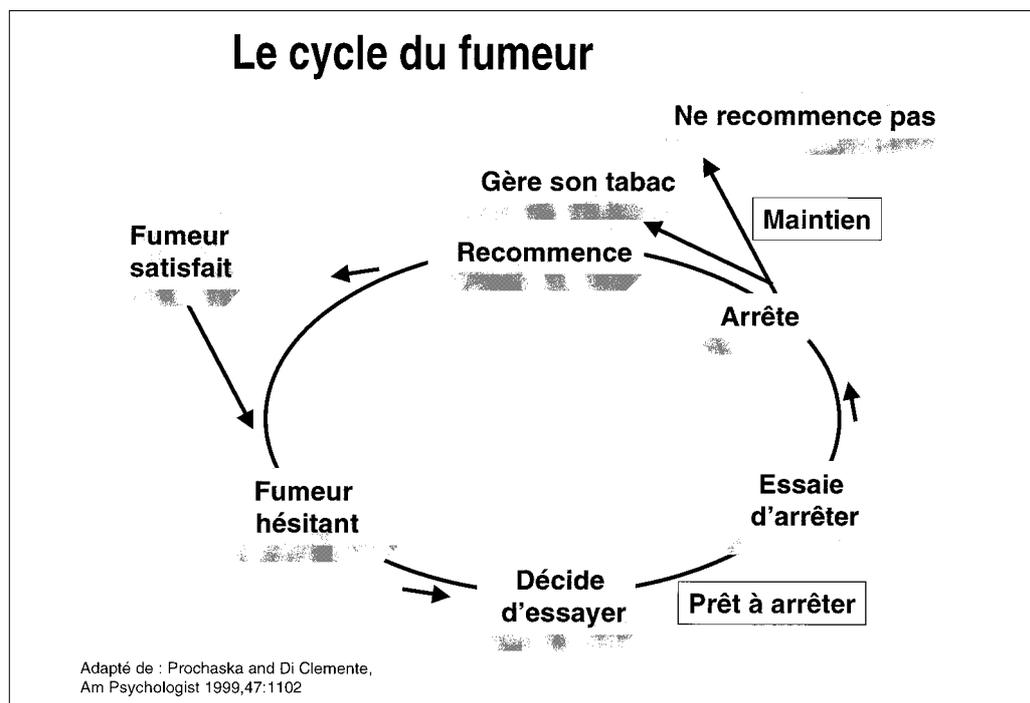
L'enjeu pour les maisons médicales, c'est de s'autoriser à parler du tabac avec chaque patient, qu'il soit fumeur ou non. Cela ira plus vite chez le non-fumeur, bien entendu. Noter dans le dossier « non-fumeur » et passer à autre chose. Par contre, quand nous notons « fumeur », c'est le début d'une longue histoire, d'un long cheminement, fait de respect et d'informations, d'encouragements et de compréhension réciproque.

● L'inconfort du patient et l'inconfort du soignant

Dans le désormais très classique « cycle du fumeur » (voir encadré), la première recommandation pour le thérapeute, c'est de « mettre de l'inconfort » chez le fumeur satisfait de fumer ; de l'amener petit-à-petit à se poser des questions pour qu'il hésite, qu'il envisage de se préparer à diminuer de fumer, voire à arrêter ?

L'idée est sans doute bonne et cette étape n'est apparemment pas très difficile, car heureusement les fumeurs ne sont pas idiots, la plupart ne sont pas si satisfaits de leur tabagisme... Au quotidien, même si certaines cigarettes sont délicieuses ou stimulantes, les performances diminuent : que ce soit pour la respiration, pour faire du sport, pour faire l'amour ou pour garder une belle peau...

Cette première étape ne restera jamais sans suite. Certains patients arrêtent de fumer dès qu'ils en ont parlé avec leur généraliste : le taux d'« arrêt spontané » est doublé. La parole du généraliste n'est donc pas si anodine qu'il le croit le plus souvent².



Cycle du fumeur selon Prochaska et Di Clementé. Am Psychologist 1999,47 :1102

Bien sûr, la plupart des patients continuent à fumer, après en avoir parlé une première fois avec leur médecin, mais un grand nombre se sentent tiraillés, se posent des questions...

● **Les soignants aussi se posent des questions**

« Ok, j'en ai parlé une fois, ce patient n'est pas prêt, je ne l'ennuie plus, j'attends qu'il me demande quelque-chose plus tard. »

« C'est décourageant, j'essaie de les aider à arrêter et ils n'y arrivent pas, moi non plus. »

« Si le patient ne m'en parle pas, je n'ose pas en parler non plus, par peur de le choquer, sauf s'il vient me voir pour une maladie liée au tabac. »

« Je parle du tabac, quand la fumée me dérange, moi ! »

« Je pourrais peut-être aménager la salle d'attente : respecter les règles d'espace sans fumée, mais peut-être aussi mettre de l'eau à la disposition de tout le monde, pour que les fumeurs aient quelque chose à faire et à consommer ? »

« Si un projet est en place, si une campagne existe, si on en parle, ce sera plus facile pour moi de le faire aussi... »

« Pour certains patients, le tabac est sans doute le moindre de leurs soucis ; leur cigarette les aide à supporter la vie... ».

La qualité de l'accompagnement des patients fumeurs

Pour expliciter les différentes facettes de la qualité de l'accompagnement des patients fumeurs par les généralistes, nous prenons comme cadre de référence des critères de qualité des soins prestés au niveau de la première ligne des soins, c'est-à-dire lors des consultations et des visites à domicile des généralistes, définis par la WONCA³ et testés de manière pilote actuellement par quelques maisons médicales francophones pour différentes questions de santé, dont le tabac.

La qualité des soins demande une prise en compte de l'ensemble des critères proposés - certains se renforçant ou s'équilibrant - et non pas un saucissonnage ou une juxtaposition de ces critères.

● **La pertinence de la démarche**

Accompagner des patients fumeurs, est-ce pertinent pour les maisons médicales ? Est-ce que cela vaut la peine que les maisons médicales s'y investissent ? Ou est-ce l'affaire des spécialistes (lesquels ?)

Cela semble pertinent car le tabac reste la

(3) World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians.

Parler du tabac ou se taire ? Réflexions pour un accompagnement de qualité des patients fumeurs dans les maisons médicales

première cause de mortalité dans nos pays riches, intervenant de manière significative dans l'apparition des cancers et des maladies cardiovasculaires, sans compter les affections respiratoires y compris chez les enfants exposés passivement à la fumée des adultes...

Mais ce travail est complexe et souvent décourageant quand les professionnels ne sont pas suffisamment formés. La Fédération des maisons médicales organise, pour la seconde année, avec le soutien du ministère de la Région wallonne, une formation spécifique pour les professionnels de première ligne à l'accompagnement des patients fumeurs tant dans la relation individuelle que par la mise en place de groupe de patients fumeurs, pour les préparer à l'arrêt du tabac.

● L'efficacité scientifique de la démarche

La complexité de l'accompagnement des personnes qui fument et les taux modestes d'efficacité à moyen terme (20 % des patients qui souhaitent arrêter de fumer restent abstinents après un an, quelle que soit la formule de l'aide) ne permettent pas jusqu'à présent de définir scientifiquement une méthode rigoureuse de prise en charge. Comme dans d'autres pays européens, nous proposons un accompagnement global dans une perspective de promotion de la santé dont les résultats sont au minimum équivalents aux autres méthodes, mais dont l'enseignement est également bénéfique pour d'autres problématiques de santé.

● Un accompagnement global du patient fumeur

Accompagner un patient fumeur, c'est d'abord et avant tout accompagner un patient dans son histoire singulière dans laquelle, élément parmi d'autres, il fume... Accompagner ce patient, c'est écouter et prendre en compte sa vie quotidienne qui influence sa santé : la vie à la maison, le boulot ou l'absence de travail, les soucis, les souffrances, les petites et grandes joies, les maladies, l'alcool, le tabac... Accompagner ce patient, c'est - avec lui -, situer sa consommation de tabac dans ce contexte riche et complexe de nos existences quotidiennes...

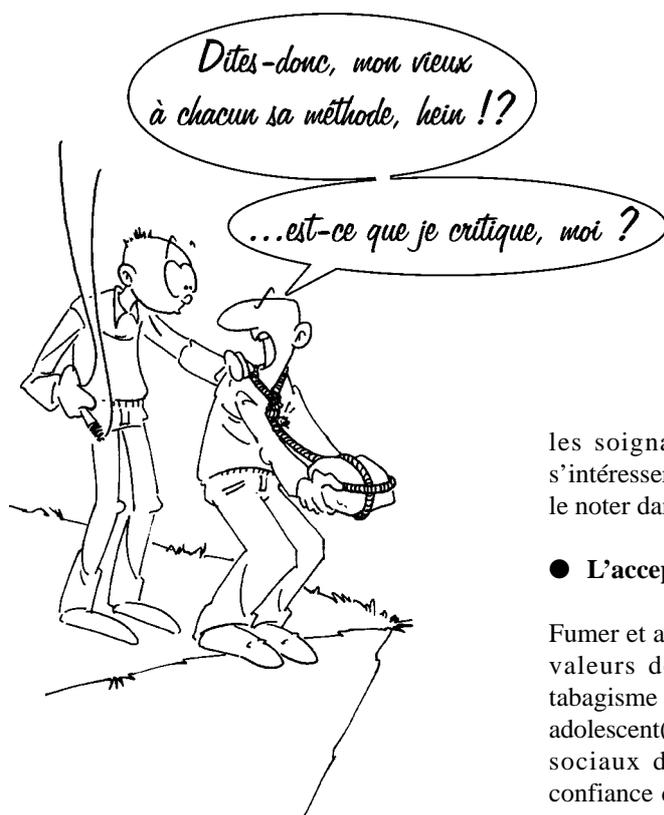
« *Ma cigarette, c'est ma seule copine* », confie ce monsieur de cinquante ans à qui tous les malheurs de la terre sont déjà arrivés... Nous avons parlé de cette « seule copine » et, pour ce patient, le plus raisonnable, est de garder cette seule copine. Ce patient ne peut envisager, maintenant, de diminuer sa consommation de tabac et nous sommes tous les deux au clair pour ce choix d'aujourd'hui.

« *Docteur, aidez-moi à arrêter de fumer* » me demande cette employée de banque, qui termine le traitement de son cancer. Pourquoi me demandez-vous cela maintenant ? Qu'est-ce qui se passe ? « *Mon mari est alcoolique et violent, vous le savez. Hier, nous avons eu une grosse dispute. Il me reproche de fumer. Mon cancer, c'est de ma faute, dit-il* ». Comment entendre cette crise du couple et cette demande pressante d'arrêter de fumer ?

Nous, soignants des maisons médicales, confrontés au quotidien à presque tous les aspects de la vie des patients, nous pouvons sentir le bon moment pour se préparer à arrêter de fumer. Ce n'est pas toujours le cas quand le patient le demande, même explicitement. Il y a souvent d'autres choses à mettre en place dans cette préparation à l'arrêt : écouter les tensions conjugales, les difficultés professionnelles et accompagner aussi les patients dans ces démarches, s'intéresser au poids, à une activité physique à préparer, etc. Pour certains, la cigarette, « c'est le dernier de mes soucis » et on peut le comprendre. Accompagner ce patient dans ses priorités de santé d'aujourd'hui, c'est l'aider aussi à se préparer à arrêter de fumer, au bon moment, choisi par lui, quand il sera un peu apaisé dans ses difficultés et que ce sevrage deviendra dès lors plus réaliste, avec ou sans soutien médicamenteux.

● La continuité des informations

Les soignants de première et tout particulièrement le généraliste sont les professionnels de la santé qui voient le plus souvent chacun, ils peuvent dès lors sensibiliser, proposer un suivi ou prendre en charge d'autres priorités. Les informations recueillies sur le contexte de vie des patients, leurs habitudes tabagiques, leurs motivations à essayer quelque chose peuvent être notées dans le dossier. Continuité des informations de santé, et très souvent, continuité



de la relation qui rend celle-ci solide et bien nécessaire pour continuer à en parler de manière positive et à donner un coup de pouce aux bons moments.

● **Un accompagnement intégré aux contacts curatif avec ce patient fumeur**

Cette dimension de la qualité du travail des maisons médicales ouvre beaucoup d'opportunités pour proposer de parler du tabac à n'importe quelle occasion et rester d'autant plus crédible pour les patients. Intégration et continuité de la relation et des soins en cas de problème ou de sevrage difficile, mais de manière quasi naturelle, allant de soi et donc plus acceptable. Une demande d'aide à l'arrêt du tabac cache parfois d'autres priorités plus essentielles dont il faut d'abord s'occuper.

Un impact bénéfique et réaliste est que le réflexe « tabac » entre dans la routine de la maison médicale.

● **L'accessibilité de l'accompagnement pour les patients**

Le bon moment pour parler du tabac dépend en partie de l'accessibilité de l'équipe de la maison médicale pour le patient, et l'organisation des soins et la relation construite au préalable prennent ici toute leur importance. Le coût d'une consultation réservée au tabac est acceptable et en souligne l'importance. C'est très tôt, dès que les patients ont douze ans, que

les soignants de première ligne peuvent s'intéresser au tabac, en parler aux patients et le noter dans le dossier.

● **L'acceptabilité**

Fumer et accepter d'en parler suppose que les valeurs de chacun soient respectées. Le tabagisme est beaucoup plus fréquent chez les adolescent(e)s et chez les personnes des milieux sociaux dits « précarisés ». Exprimer la confiance du thérapeute dans les capacités de la personne à réfléchir et à décider ce qui est bon pour elle est essentiel : prenons le temps nécessaire à la préparation de décisions favorables à la santé, du point de vue du patient qui peut être différent du point de vue du soignant...

● **L'équité**

Ici, c'est surtout la qualité relationnelle qui est en jeu, le respect des patients par les professionnels de la santé. Les maisons médicales sont en première ligne pour les patients démunis, étrangers, moins valides ou exclus... Ce sera le travail des maisons médicales qui permettra à tous les patients de se sentir en confiance pour parler de leur vie quotidienne, où le tabac n'est qu'un élément parmi d'autres.

● **La participation des patients**

Pour les maisons médicales, c'est écouter, accueillir et prendre en compte les sensibilités de tous : ceux qui refusent, ceux qui ne sont pas prêts, ceux qui ont d'autres priorités, ceux que le tabac aide à vivre... Parler avec les patients est une pièce centrale des soins de première ligne et respecter les décisions et les choix des patients est essentiel pour garder leur confiance. Ces choix ne sont pas immuables. Par crainte de ne pouvoir réussir ou d'être rejeté par son groupe social, un patient peut refuser dans un premier temps et accepter ensuite de reparler du tabac. Tout dépend de la place que lui laisse le soignant dans sa décision.

Parler du tabac ou se taire ? Réflexions pour un accompagnement de qualité des patients fumeurs dans les maisons médicales

● L'échelonnement des soins

La place incontournable des soignants de première ligne dans cet accompagnement des patients fumeurs est une garantie de qualité, dans la mesure où ils s'y investissent et en garantissent le succès. Les centres spécialisés d'aide aux fumeurs existent et restent une ressource disponible, mais idéalement pas en première intention.

Les groupes de patients fumeurs, mis en place actuellement dans une petite dizaine de maisons médicales, sont le plus souvent préparés et animés par des accueillantes, assistantes sociales, psychologues ou généralistes. Ces groupes sont une ressource pour les équipes qui le souhaitent et, en accompagnant les patients dans la préparation à l'arrêt du tabac, ils facilitent le travail quotidien des autres soignants.

● La systématisation de la démarche

Cet effort en vaut la peine. L'effort d'être systématique pour noter le statut tabagique de tous les patients dès douze ans et pour en reparler, au moins chaque année, aux fumeurs qui tout doucement vont se poser des questions... Et accompagner ensuite ceux qui se sentiront prêts à essayer d'arrêter...

● La pluridisciplinarité

Le généraliste, interface permanent et simultané entre d'une part des experts, des spécialistes, des autres soignants de première ligne (infirmières à domicile, kinésithérapeutes, assistants sociaux, etc.) et d'autre part, des patients pourra comparer, confronter et enrichir sa perception de la réalité quotidienne des fumeurs... La richesse de la maison médicale prend ici toute sa mesure. La référence à une diététicienne, à un kinésithérapeute ou à un psychothérapeute est une possibilité de renforcer les démarches entreprises.

● La satisfaction des acteurs

A propos du tabac, les personnes insatisfaites sont nombreuses : les patients qui se posent des

questions et qui se sentent tiraillés quand ils fument, les professionnels de la santé qui se découragent vite quand ils revoient des patients qui ont repris la cigarette, les décideurs politiques qui mesurent l'ampleur des dégâts... Seuls les industriels sont contents, tant du côté des cigarettiers que des firmes pharmaceutiques...

La formation des professionnels est ici essentielle, afin que, comprenant le cycle du fumeur, ils acceptent positivement les reprises du tabac. Notre Fédération l'a compris et, avec le soutien du ministre de la Santé en Région wallonne, elle organise pour la seconde année un cycle spécifique de formation à l'accompagnement des patients fumeurs, que ce soit par la création de groupes de soutien et par la formation à l'entretien individuel. Les professionnels des maisons médicales acceptent aussi de prendre le temps de bien préparer les patients et de construire avec eux des relations respectueuses des hésitations, des ambivalences, des dépendances dont on peut se libérer... Les patients en seront satisfaits et les professionnels s'y épanouiront, quel que soit le moment de l'arrêt du tabac ! ●

Bibliographie

1. Roland M., Prévost M., Jamouille M., « L'assurance de qualité et le médecin de famille », in *Arch. Public Health* 2001, 59, 1-28, Bruxelles, 2001.
2. Deccache A., Laperche J., « Values, paradigms and quality criteria in health promotion : an application to primary health care », in Davies JK and Mc Donald G (Eds) : *Quality, evidence and effectiveness in Health Promotion*, Routledge Publishers, London, 1998, pp 150 - 164.
3. Roland Michel, Prévost M., Laperche Jean, Gosselain Y., *Le carnet de bord assurance de qualité*, Fédération des maisons médicales, 1999, Bruxelles.



Pourquoi refuser d'aller vers un enseignement de «qualité» ?

.....

Brève incursion dans un autre domaine, celui de l'enseignement, où l'assurance de qualité est aussi « à la mode »... Un regard interpellant, qui souligne les dangers d'une approche de la qualité privilégiant le quantitatif, la référence à une norme excluante, la tendance économiste considérant le rapport enseignants-parents-élèves sous l'angle du clientélisme...

.....

C'est un des nouveaux thèmes à la mode dans les sphères politiques et dans certaines universités : « évaluer la qualité dans l'enseignement ».

Les différents étages du système éducatif risquent d'être progressivement touchés. La première cible est l'enseignement supérieur non-universitaire à travers les hautes-écoles (tiens, pourquoi pas l'université ?). Simultanément l'enseignement secondaire devrait entrer en jeu. J'imagine que le fondamental voire le maternel n'y échapperont pas.

Le ton que j'utilise dans ces premières lignes aura fait sentir ma tendance plutôt « pas vraiment pour » ou même « entièrement défavorable ». Justification.

Évaluer la qualité de l'enseignement n'est probablement pas une mauvaise idée en soi. On n'a pas attendu le XXI^{ème} siècle pour s'en rendre compte. Certaines écoles évaluent régulièrement leur travail. Le Conseil de l'éducation et de la formation, mis en place dans les années nonante, a accompli du bon travail à ce sujet.

Une littérature abondante tant en Belgique qu'à l'étranger est diffusée. Les instances internationales (l'Organisation pour la coopération et le développement économique) ajoutent leur contribution.

Au-delà des analyses, l'intérêt de ces évaluations réside dans les leçons qu'on en tire. Force est de constater que des constats fort justes ont été posés (par exemple, au niveau des inégalités criantes dans l'enseignement) mais que rien ou si peu de choses ont été mises en place pour rencontrer ces problèmes. Le manque de moyens dégagés pour la politique éducative en Belgique, l'éclatement dans le temps et dans les structures politiques des responsabilités au niveau de l'enseignement sont quelques facteurs explicatifs essentiels de ce phénomène.

Première raison donc de ne pas céder à l'effet de mode : pourquoi refaire ce qui se fait déjà... si de toute façon on n'en tient pas compte.

Beaucoup plus dangereux...

Le mot qualité est étroitement associé au monde de l'entreprise avec toutes ses dérives. J'évoquerai les éléments de clientélisme, d'élitisme et de concurrence ainsi que la dimension quantitative.

Les entreprises ont, depuis quelques années, déjà développé la notion de certification de qualité et ce à travers des normes strictes que l'on retrouve derrière des termes comme ISO 9001, 9002, 9003*, AFNOR**, etc. Les entreprises certifiées portent un label garantissant à leur clientèle l'assurance de qualité dans les relations menées.

Derrière ces normes, on retrouve des définitions de la qualité comme celles-ci :

- l'aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire les besoins des utilisateurs (AFNOR)
- la réponse globale aux besoins du client (*Total Quality Control*) ;
- l'ensemble des principes et méthodes, organisés en stratégie globale et visant à mobiliser toute l'entreprise pour obtenir une meilleure satisfaction du client au moindre coût (*Total Quality Control*) ;
- la conformité aux spécifications (Crosby).

Michel Dechamps,
professeur de psychopédagogie,
Ecole normale catholique du Brabant wallon,
Haute école Léonard de Vinci.

*ISO : brevet décerné par l'Organisation internationale de normalisation.

**AFNOR : brevet décerné par l'Association française de normalisation.

Pourquoi refuser d'aller vers un enseignement de «qualité» ?

C'est dans cet esprit général que sont apparus depuis peu des organismes et des outils visant à développer la notion de qualité dans l'enseignement. Le Mouvement wallon pour la qualité subsidié par la Région wallonne travaille dans ce sens. Des instruments d'investigation comme « Proze* » ont été élaborés pour outiller les analyses. La certification de type « ISO » est utilisée dans certaines écoles techniques ou professionnelles.

Que dire de ces fonctionnements ?

Je citerai simplement trois dangers.

- La certification passe par le quantitatif. Ce qui est un paradoxe pour une évaluation qui se veut qualitative. Tous les outils proposés établissent des normes chiffrées. De ce fait, la dimension qualitative essentielle dans le domaine de l'enseignement disparaît ou est réduite à quelques indicateurs. Un questionnaire comme « Proze » développe un volume important de critères d'évaluation

concernant la face visible de l'école ou de la classe, mais bute sur la question de la pédagogie, de la méthodologie, de la relation... ;

- Derrière les chiffres se cache la norme à atteindre. Nous fonctionnons dans un système scolaire à plusieurs vitesses avec des écoles de riches et de pauvres, des filières nobles et des sections poubelles. Pour atteindre les normes et s'assurer une clientèle scolaire, les exigences de certification de qualité nécessiteront d'accentuer encore ces clivages. De la qualité au classement d'écoles, le pas sera vite franchi et, pour rentrer dans la norme, la sélection sera indispensable ;
- Enfin, considérer la relation enseignants - élèves - parents comme celle de fournisseurs à clients est une des pires dérives qui menacent l'enseignement. La relation pédagogique est basée sur le contact, le respect et la confiance. Le juridisme imposé par quelques organismes inconscients a, dans certains cas, déjà tué la confiance, la mainmise de la tendance économiste sur l'école achèvera le travail.

**Proze : outil d'évaluation de la qualité développé par quelques experts et utilisé actuellement dans l'enseignement supérieur néerlandophone.*



Les quelques rapides considérations émises dans cet article proviennent d'une part des éléments bibliographiques repris ci-dessous, d'autre part, d'une recherche à laquelle j'ai pu participer avec l'université de Mons-Hainaut autour de l'évaluation de l'enseignement.

Pour ceux que la notion de qualité intéresse : un ouvrage éclairant, incisif et drôle : René Droin, *La qualité avec le sourire*, Paris, Dunod, 1997.

Pour ceux qui veulent en savoir plus sur les manières d'évaluer le fonctionnement de l'école : une synthèse des formes d'évaluation, des réflexions et des analyses dans l'ouvrage collectif dirigé par Lise Demailly, *Évaluer les politiques éducatives*, Bruxelles, De Boeck, 2001.

Pour ceux qui souhaitent comprendre la dérive marchande qui menace l'école : un incontournable ouvrage qui annonce la couleur : Nico Hirtt, *Les nouveaux maîtres de l'école, l'enseignement européen sous la coupe des marchés*, Bruxelles, éditions EPO, 2000. ●

Pratique pluridisciplinaire, pratique solo : peut-on comparer ?

.....

Un article récemment paru dans le British Medical Journal (BMJ) compare les pratiques de groupe et les pratiques solo ; il a été relayé dans le Journal du médecin, et cette présentation a entraîné une réponse de notre part mettant en question d'une part le danger d'une extrapolation abusive, dans le contexte belge, des résultats d'une étude menée dans un tout autre contexte ; d'autre part, la validité même de l'étude. Nous présentons ci-dessous l'abstract de l'étude du BMJ et la critique que nous en avons faite. Cette critique souligne la nécessité de relativiser, infirmer ou préciser certaines affirmations à l'emporte-pièce par trop manichéennes, soutenant ou condamnant les pratiques de groupe ou solo, positions correspondant trop souvent à des thèses a priori, sans support ou étayement, même idéologique.

.....

Les différences de contexte et les limites de l'extrapolation des résultats

Les pratiques étudiées dans l'article de Hippisley-Cox et al. se situent toutes en Grande-Bretagne, c'est-à-dire dans un pays où l'organisation des soins de santé est fondamentalement différente de celle que nous connaissons. Par exemple, seuls 10 % des médecins généralistes y travaillent en solo et

Objectifs : déterminer s'il y a d'importantes différences de performances entre les pratiques de groupe et les pratiques solo en médecine générale, et dans quelle mesure ces différences peuvent être expliquées par certaines caractéristiques de population telles la pauvreté.

Protocole : étude transversale.

Echantillon : 206 pratiques solo et 606 pratiques en équipe dans la région de Trent, Grande-Bretagne.

Méthode : comparaison de mesures de résultats et de processus issues de données collectées en routine à partir des admissions en hôpital et du financement par objectifs pour les deux types de pratiques. Des analyses multivariées ont été faites pour ajuster les résultats en fonction des caractéristiques de la population et des soignants : pauvreté (score de Townsend), pourcentage de résidents asiatiques et noirs, proportion d'hommes de plus de 75 ans, et de femmes de plus de 75 ans, caractère rural de la localité, présence de médecins femmes, pourcentage de maîtres de stages.

Résultats : des différences dans les taux de vaccination et de cytologie apparaissent dans l'analyse univariée ; mais elles disparaissent après ajustement en fonction des facteurs confondants. De même, des différences significatives (>15 % ; $P < 0,01$) pour trois types d'admissions hospitalières apparaissent sur base de l'analyse univariée mais elles disparaissent après ajustement.

Conclusions : cette étude ne met pas en évidence une moins bonne performance clinique chez les praticiens solo. Nos résultats donnent un aperçu de la différence structurelle entre les deux types de pratiques et soulignent l'importance, sur les mesures de processus et de résultats, des effets dus à certaines caractéristiques de pratique.

Abstract de l'article du BMJ : « Survey of process and outcomes », Hippisley-Cox J. Cross sectional *BMJ* 2001 Aug 11 ; 323 (7308) :320-3.

Michel Roland,
médecin
généraliste en
maison médicale
et chargé de
missions à la
Fédération des
maisons
médicales, Centre
de médecine
générale de
l'Université libre
de Bruxelles,
École de santé
publique de
l'Université libre
de Bruxelles,
Unité de socio-
épidémiologie de
la santé, **Pierre
Drielsma,**
médecin
généraliste au
centre de santé
intégrée Bautista
van Schowen,
membre du
service d'étude
de la Fédération
des maisons
médicales,
Michel Boutsen,
médecin, Union
nationale des
mutualités
socialistes,
service études.

Pratique pluridisciplinaire, pratique solo : peut-on comparer ?

principalement dans des quartiers peu favorisés (situation exactement inverse de la nôtre, où les pratiques de groupe représentent moins de 10 % de l'ensemble des pratiques, et sont implantées plutôt dans des zones socio-économiquement fragiles). Les pratiques solo en Grande-Bretagne, celles de groupe en Belgique sont donc minoritaires, ce qui constitue un facteur structurel de base très important essentiel à considérer avant extrapolation des conclusions.

La validité de l'étude

- **L'ajustement des résultats fait disparaître des différences qui ont cependant tout leur sens dans la problématique étudiée**

Dans l'article du BMJ, les résultats bruts, tant pour les procédures préventives que pour les résultats, montrent des performances statistiquement meilleures pour les pratiques de groupe : les taux de couverture vaccinale sont plus élevés, les résultats sont meilleurs en ce qui concerne la prise en charge de l'asthme, de l'épilepsie, du diabète, ou encore les admissions évitables à l'hôpital. Mais l'ajustement des résultats fait cependant disparaître ces différences, sauf cas particuliers comme les couvertures vaccinales.

L'ajustement est un procédé concernant les taux ou les mesures de corrélation par lequel les différences dans la composition des populations à comparer sont annulées par un traitement statistique approprié, pour ne prendre en compte que le ou les facteur(s) étudié(s).

L'ajustement des résultats en fonction des populations comparées (par exemple pour l'âge, le sexe, le statut socio-économique ou la nature sociologique des circonscriptions électorales) est donc tout à fait logique pour éviter de comparer des jeunes avec des vieux, des hommes avec des femmes, des riches avec des pauvres, etc.

Par contre, le principe de mesures agrégées au niveau des pratiques ou des quartiers (*wards*) est discutable parce qu'il comporte intrinsèque-

ment le risque d'un biais, classique en épidémiologie, appelé *ecological fallacy*, qui consiste à transposer tels quels à petite échelle des résultats obtenus sur des grands groupes. Les caractéristiques globales d'un quartier peuvent ne pas du tout refléter l'hétérogénéité importante de certaines composantes de ce quartier ; un médecin qui prend plutôt en charge les patients défavorisés d'un quartier riche aura alors de moins bons scores que celui qui prend le tout venant. C'est une situation réelle que l'on peut observer par exemple dans les quartiers d'urbanisation récente où persiste encore l'ancienne population autochtone plus pauvre. Ce sont les méthodes de sondage qui permettent d'éviter le biais d'*ecological fallacy*.

Quant à l'ajustement concernant les caractéristiques des soignants, par exemple la présence relative de médecins femmes ou de maîtres de stage, il est clairement très contestable. Ces variables ne sont nullement indépendantes de la pratique de groupe, elles y sont au contraire liées de manière univoque et puissante : elles constituent donc des variables confondantes (c'est-à-dire des facteurs associés statistiquement mais non causalement à un phénomène). La véritable variable indépendante est évidemment, dans ce cas de figure, le type de pratiques. La preuve en est qu'en Belgique aussi, où les pratiques de groupe sont minoritaires, c'est néanmoins dans celles-ci qu'on observe la plus grande concentration de médecins maîtres de stage et la plus grande féminisation. Les auteurs de l'article eux-mêmes insistent d'ailleurs dans leurs conclusions sur l'importance de ces variables : « our results offer insight into the structural difference between the two types of practice and underline the importance of the effect of other practice characteristics on process and outcome measures ». Une autre publication a mis en évidence que, toutes choses égales par ailleurs, c'est-à-dire en écrasant les variables confondantes, les patients aiment moins les pratiques avec activité d'enseignement¹, celle-ci risquant d'interférer avec la relation personnelle avec leur médecin. Satisfaction du patient et couverture vaccinale sont deux indicateurs de résultats, qui donc, dans ce cas, varient dans des directions opposées, ce qui prouve bien l'importance confondante des facteurs structurels.



On peut dire que l'effet pur du groupe n'a pas pu être observé dans cette étude ; en d'autres termes, si l'on constitue artificiellement un groupe constitué de médecins masculins non-maîtres de stage, on n'obtiendra pas d'amélioration visible dans ce type d'études. Mais si l'on stimule la pratique de groupe, on verra la profession se féminiser et participer à la formation des jeunes généralistes... ce qui induira ipso facto une amélioration de la qualité des soins...

● **L'analyse des facteurs structurels est relativement faible**

C'est d'ailleurs l'analyse des facteurs structurels qui semble la plus faible dans l'article du BMJ. Dans le domaine de l'assurance de qualité, on distingue en effet trois types de facteurs qui conditionnent la qualité globale des soins et des systèmes de santé, et dont l'analyse critique et répétée constitue l'évaluation :

- Les structures ou ensemble des conditions de base et des moyens disponibles (temporels, financiers, techniques, humains ...),
- Les procédures qui représentent tout ce qui est réalisé avec les moyens structurels (des actes intellectuels et techniques, de prévention, de coordination, des programmes, ...),
- Les résultats (*outcomes*) des procédures qui, à plus ou moins long terme, auront un impact sur l'état de santé des patients et de la population.

● **La validité des indicateurs choisis est discutable**

Validité d'un indicateur : l'indicateur doit mesurer vraiment ce qu'on veut mesurer, en fonction du contexte général et des particularités locales.

On peut se poser des questions sur les indicateurs choisis pour évaluer et comparer les performances des pratiques : de toute évidence, la proportion d'adolescentes enceintes ou le taux de grossesses non désirées (dilatations et curetages) dépend essentiellement de facteurs sociaux, économiques et politiques, beaucoup plus que du type de soignant auquel ces adolescentes recourent. Tout au plus peut-on considérer ces indicateurs comme des « incidents critiques » qui imposent de réfléchir, de comprendre les parcours de vie de ces adolescentes et les manques éventuels du système de soins.

D'autres variables sont plus valides pour mesurer et comparer les performances des soignants : par exemple, dépistage et prise en charge de l'hypertension, du diabète de type 2, des broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO), prescription d'antibiotiques pour les infections respiratoires. Ces variables correspondent à des situations de haute prévalence, pour lesquelles les consensus sont établis et pour lesquelles les interventions médicales adéquates ont une efficacité démontrée.

En conclusion

Il n'y a sans doute pas un type de pratique qui garantisse de manière univoque la qualité des soins², même si quelques publications soulignent l'importance du travail en équipe comme facteur favorisant le développement continu de la qualité^{3,4}. Ce qui est évident, par contre, c'est qu'il existe des critères de qualité des soins (accessibilité, efficience, etc.) dont certains sont spécifiques aux soins primaires (globalité, intégration, continuité).

D'autres études démontrent que les conditions de la pratique favorisent la réalisation des critères de qualité.

Plusieurs études récentes ont abordé cette question des conditions de pratique et ont déjà fourni des réponses partielles. La durée de la consultation (plus de quinze minutes)^{2,5}, l'implication personnelle des soignants dans des processus d'audit⁶, la mise sur pied de plans de soins systématiques⁶, notamment pour des problèmes de haute prévalence comme le diabète⁷, de petites équipes fonctionnelles pluridisciplinaires structurées^{1,6}, une attitude positive pour l'évaluation⁶, la gestion électronique (dossier informatisé) des pratiques^{3,8}, la remise aux patients de documents de conseils santé⁸, l'importance et surtout la durée de la relation médecin/patient (la continuité personnelle)⁹, la prise en compte du pronostic du problème de santé des patients¹⁰, les capacités de communication du médecin, à la fois avec les patients mais aussi avec ses collègues qui travaillent au même endroit¹⁰, la compétence de l'accueil/secrétariat¹¹, un petit nombre de patients par médecin^{2,5,11,12}, une forte titularisation des médecins pour leurs patients¹, l'amélioration des procédures au travers d'un responsable coordinateur³, la mise sur pied de petits projets d'assurance de qualité³, l'accès à des données relatives aux pratiques pour des discussions entre pairs¹³, un système de financement des soins cohérent avec leurs objectifs¹⁴, un bon climat dans l'équipe, un réseau efficace de spécialistes de référence⁴ : tous ces éléments sont en corrélation positive avec certains indicateurs de qualité de résultats (*outcomes*) - tels les indicateurs globaux de

qualité des consultations, l'amélioration de la prise en charge du diabète⁶, le respect de standards préventifs⁸, la satisfaction du patient^{5,9}, la continuité globale^{5,11}, l'accessibilité au médecin¹¹, etc.

Par contre, les éléments suivants sont en corrélation négative avec la qualité des soins dispensés : les consultations concernant des patientes de sexe féminin âgées de plus de quarante ans, une grande taille de patientèle mais surtout le grand nombre de patients par médecin¹¹, la fragilité socio-économique^{2,15,16}, la forte prévalence des problèmes psychologiques¹⁵, la grande dispersion des patients autour de la pratique¹⁷, la manque de temps et de moyens financiers pour développer des projets d'assurance de qualité¹³, des activités d'enseignement et d'éducation médicale dans la pratique¹.

Ces constatations peuvent avoir une influence sur l'organisation des pratiques pour améliorer la qualité des soins dispensés : prévoir des consultations plus longues, accorder plus d'attention aux patients défavorisés, présentant des problèmes psychologiques, âgés surtout de sexe féminin, se former aux techniques d'assurance de qualité, informatiser sa pratique, constituer une banque de documents d'éducation à la santé, veiller à ce que les activités d'enseignement n'interfèrent pas avec la relation personnelle avec les patients, donner des moyens financiers pour organiser l'assurance de qualité au niveau des pratiques, développer l'aspect de proximité des pratiques, ne pas prendre en charge trop de patients, assurer des prises en charge personnalisées dans le cadre de petites unités fonctionnelles pluridisciplinaires, à l'intérieur et à l'extérieur des pratiques, etc.

Plusieurs de ces situations ou de ces changements de pratique sont plus faciles à réaliser dans une pratique de groupe que dans une pratique solo. C'est en tout cas cette hypothèse, parmi d'autres facteurs, qui a servi et qui sert encore de base à la constitution des maisons médicales en Belgique, hypothèse qu'il conviendrait d'essayer de vérifier. Nos collègues néerlandophones ont d'ailleurs le projet de mettre sur pied une étude de ce type.

Enfin, un avantage assez évident de la pratique de groupe par rapport à la pratique solo est la satisfaction qu'y voient les dispensateurs qui appartiennent à une équipe, qui y trouvent matière à réflexion, à confrontation et à discussion, ainsi qu'une prévention reconnue efficace du syndrome d'épuisement professionnel (*burn-out*) au travers du plus grand « support social¹⁸ » et des plus grandes facilités de formation continue¹⁹. ●

Bibliographie

1. Baker R, Streatfield J, « What type of practice do patients prefer ? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction », *Br J Gen Pract* 1995 ; 45(401) : 654-9.
2. Campbell SM, Hann M, Hacker J, et al., « Identifying predictors of high quality care in English general practice : observational study », *BMJ* 2001 ; 323 (7316 à 784).
3. Schattner P, Markey P, « Divisions, general practice and continuous quality improvement. What is the connection ? », *Aust Fam Physician* 2001 ; 30(7) : 725-8.
4. Hall P, Weaver L, « Interdisciplinary education and teamwork : a long and winding route », *Med Educ* 2001 ; 35(9) : 816-7
5. Howie JG, Heaney DJ, Maxwell M, et al., « Quality at general practice consultations : cross sectional survey », *BMJ* 1999 ; 319(7112) : 719-20.
6. Stevenson K, Baker R, Farooqi A, et al., « Features of primary health care teams associated with success of quality improvement of diabetes care : a qualitative study », *Fam Pract* 2001 ; 18(1) : 21-6.
7. Goyder EC, Jennings S, Botha JL, « Why don't all general practices offer structured diabetes care : a comparison of practices that do not with those that do », *Public Health* 1996 ; 110(6) : 357-60.
8. Bolton P, Douglas K, Booth B, et al., « A relationship between computerisation and quality in general practice », *Aust Fam Physician* 1999 ; 28(9) : 962-5.
9. Hjortdahl P, Laerum E, « Continuity of care in general practice : effect on patient satisfaction », *BMJ* 1992 ; 304(6837) : 1287-90.
10. Kekki P, « Quality of care in general practice », *Scand J Prim Health Care* 1987 ; 5(4) : 195-200.
11. Campbell JL, Ramsay J, Green J, « Practice size : impact of consultation length, workload and assessment of care », *Br J Gen Pract* 2001 ; 51(469) : 611-2 ;
12. Howie JG, Heaney DJ, Maxwell M, et al., « Developing a « consultation quality index (CQI) » for use in general practice », *Fam Pract* 2000 ; 17(6) : 455-61.
13. Houston N, Coster G, Wolff L, « Quality improvement within Independent Practitioner Associations : lessons from New Zealand », *NZ Med J* 2001 ; 114(1135) : 304-6.
14. Roland M, « Le paiement forfaitaire à la capitation pour les soins primaires : une alternative pour le traditionnel paiement à l'acte ? », *Rev Med Bxl* 1998 ; 6 : 483-93 et 1999 ; 1 : 35-41.
15. Stirling AM, Wilson P, McConnachie A, « Deprivation, psychological distress and consultation length practice », *Br J Gen Pract* 2001 ; 51(467) : 456-60.
16. Khunti K, Ganguli S, Lowy A, « Inequalities in provision of systematic care for patients with diabetes », *Fam Pract* 2001 ; 18(1) : 27-32.
17. Jenkins C, Campbell J, « Catchment areas in general practice and their relation to size and quality of practice and deprivation : a descriptive study in one London borough », *BMJ* 1996 ; 313(7066) : 1189-92.
18. Sutherland VJ, Cooper CL, « Identifying distress among general practitioners : predictors of psychological ill-health and job dissatisfaction », *Soc Sci Med* 1993 ; 37(5) : 575-81.
19. Kushnir T, Cohen AH, Kitai E, « Continuing medical education and primary physicians' job stress, burnout and dissatisfaction », *Med Educ* 2000 ; 34(6) : 430-6.

Pouvoir d'agir et pratiques sociales: changer le monde au quotidien

Barbara De Coster,
formatrice à
Cultures et Santé.

Dans le cadre de séminaires intitulés : « De l'analyse à l'action pour des environnements favorables à la santé de personnes socio-économiquement défavorisées », organisés par Cultures et Santé et Question Santé, une intervention était consacrée au thème : « Développer le pouvoir d'agir des personnes et des collectivités en milieux défavorisés : une alternative crédible ? ».

Pour développer ce thème, nous avons invité M. Yann Le Bossé, psychosociologue spécialisé en psychologie communautaire et professeur au département des fondements et des pratiques en éducation de l'Université Laval à Québec.

.....

En voulant s'attaquer aux causes socio-économiques des inégalités de santé, à qui n'est-il pas arrivé de se sentir démuni devant ce qui apparaît comme une tâche trop complexe ou trop lourde ? De plus, même dans le travail communautaire, les résultats sont exigés de plus en plus vite et de façon magiquement auto persistants ! Or, tous ceux qui privilégient l'approche communautaire savent combien elle demande de patience et de ténacité. Ce qu'elle vise, ce ne sont pas forcément des résultats immédiats, mais surtout une modification à long terme des façons de parvenir à ces résultats. L'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités (DEPAPC), développée dans cet article, propose de tenter d'étayer et de systématiser les pratiques de terrain que ce soit dans le domaine social, de la promotion de la santé ou dans d'autres contextes sociaux. Mais y a-t-il vraiment quelque chose de nouveau à proposer ?

.....

(1) Le Bossé Y. et Dufort F., « L'approche centrée sur le pouvoir d'agir : une autre façon d'intervenir », in Dufort F., Guay J. (sous la direction de), Agir au cœur des communautés : la psychologie communautaire et le changement social, Québec : Les Presses de l'Université Laval, 2001, p. 94.

(2) Le manque de ressources financières, humaines...

(3) Sarason, 1976, cité dans : Le Bossé Y., « Empowerment et pratiques sociales : illustration du potentiel d'une utopie prise au sérieux », in Nouvelles pratiques sociales, vol 9, n° 1, 1996, pp.127-140.

(Suite sur page suivante)

Ni policier, ni sauveur : quel est le pouvoir d'agir d'un intervenant ?

La plupart du temps, les intervenants ont tendance à se positionner dans une relation d'aide unilatérale envers les personnes concernées¹. Ainsi, souvent, les modèles d'interventions ne sont pas construits d'après les besoins exprimés par les personnes concernées, mais d'après ceux perçus par les intervenants. Soulignons cette réflexion de Sarason (1976) : « J'ai été amené à comprendre que tout ce que les professionnels réussissent à faire avec la meilleure intention du monde, c'est de définir un problème de telle sorte que sa solution nécessite uniquement le recours à des professionnels, ce qui (étant donné le manque patent de ressources²) rend le problème insoluble »³.

Est-il acceptable pour un acteur de santé ou un travailleur social de mettre son expertise (d'expert ?) entre parenthèse pour valoriser celle de l'Autre⁴ ? Cet Autre, responsable de sa vie et qui se voit enlever toute possibilité d'y prendre part, parce que celui qui est chargé de l'aider est sincèrement convaincu qu'il sait ce qui est bon pour lui ! Et si ce qu'on croit bon – pour nous – ne l'était pas pour l'autre ? Si ce besoin perçu ne rencontre pas une demande ? Et si, et si, ... Et si, au lieu de se perdre en hypothèses, on sortait de ce que Breton appelle la « monopolisation professionnelle »⁵ pour en arriver à une « harmonisation des attentes et des objectifs des différents acteurs (bailleurs de fonds, planificateurs de programmes, professionnels et membres d'une communauté) »⁶. Selon Le Bossé⁷, la volonté collective qui émergera de ce consensus deviendra suffisamment forte pour « soulever des montagnes ».



elles qui ne manquent pas de se dresser devant les tentatives de mobilisation d'une communauté.

Parallèlement à cette notion de « monopolisation professionnelle » se dessine celle de « double victimisation ». En effet, lorsque l'intervenant se retrouve dans une situation où son projet n'atteint pas les objectifs qu'il s'était fixé, il peut être amené à faire des reproches à « son public », à lui en faire porter la responsabilité. Cela se traduit par des expressions comme « Après tout ce qu'on a fait pour eux », « C'est à se demander si ces gens veulent être autonomes », « Quand on voit tous les services mis en place pour eux, ils ne les utilisent même pas »,...

Pourtant, la performance du professionnel est, la plupart du temps, appréciée en fonction de sa capacité à résoudre le problème en lieu et place de la personne concernée !

Selon Le Bossé, la notion de double victimisation réfère aux « situations dans lesquelles les personnes concernées doivent faire face à une forme plus ou moins ouverte d'hostilité de la part des professionnels chargés de les aider en plus d'être aux prises avec les difficultés propres à leur situation »⁸. Tout le monde est victime : l'intervenant, car il se sent trahi, et la personne aidée, parce qu'on lui ajoute un fardeau supplémentaire.

Qu'en serait-il si tous les acteurs concernés par un problème s'asseyaient ensemble autour d'une table pour le définir de manière collective ?

Prenons un exemple issu des pratiques sociales au Québec.

« Dans un quartier où réside une majorité de familles à faibles revenus, une équipe du Centre local de services communautaires (CLSC) (ndlr : les CLSC peuvent en certains points être comparés aux CPAS) constate que sur le territoire qu'elle dessert, le pourcentage de bébés de petits poids est nettement supérieur à la moyenne. Or, cette situation peut avoir un impact sur l'incidence et la prévalence des maladies infantiles et sur certains problèmes de croissance. Les intervenants décident donc de mettre en place un programme préventif auprès des futures mamans du quartier afin qu'elles

puissent bénéficier d'une information de base sur les besoins nutritifs d'une femme enceinte et d'une meilleure alimentation pendant leur grossesse. Après des mois d'efforts pour obtenir le financement nécessaire, l'équipe est en mesure d'offrir ce nouveau service. Or, malgré une importante campagne d'affichage dans les lieux publics et plusieurs démarches d'informations dans le quartier, très peu de femmes enceintes répondent à l'appel de l'équipe du CLSC. De plus, il apparaît que la majorité de celles qui se présentent utilisent les suppléments fournis à leur intention pour nourrir les autres membres de la famille (...) »⁹.

Dans cet exemple, il est aisé d'imaginer ce processus de « double victimisation » : « elles ne profitent pas des suppléments alors que nous savons qu'elles en ont besoin ». Besoin, le mot est à nouveau lâché : le besoin de qui ? Sous quel point de vue faut-il considérer l'initiative ? Pour sortir de ce carcan, les intervenants doivent être prêts à sortir de leur point de vue pour envisager celui des personnes concernées.

Dans notre exemple, le projet mis en place l'a été sous l'angle de la santé publique. En fait, les intervenants s'interrogent sur les carences éventuelles des futures mamans et mettent en place un programme pour les réduire. Il n'est évidemment pas question de nous en indigner, mais plutôt d'entamer une réflexion sur « pourquoi ne pas mettre en présence tous les acteurs impliqués dans le changement afin d'être sûr de prendre en considération tous les aspects du problème et des solutions envisagées ? ».

Les enjeux des uns font-ils les affaires des autres ?

En règle générale, dès la mise en place d'un projet, plusieurs enjeux sont implicitement présents :

- idéologiques : par exemple, donner plus d'autonomie ;
- socio-économiques : par exemple, réduire les coûts de prise en charge ;
- socio-sanitaires : par exemple, diminuer

(4) « *L'Autre, c'est toute personne humaine, comme vous et moi, mais plus encore la personne socialement défavorisée, qui n'est « pas comme nous », l'immigré qui n'est « pas de chez nous ». Avec A majuscule pour dire qu'on l'identifie parmi tant d'autres », d'après Iyakaremye S. (et l'équipe de Cultures et Santé), L'Éducation pour la Santé avec la logique de l'Autre, Bruxelles, brochure, 1999, 28 p.*

(5) *Le Bossé Y. et Dufort F., 2001, ibidem.*

(6) *Le Bossé Y. Maximiser la participation des parents au sein des initiatives communautaires : vers une nécessaire négociation des enjeux mutuels (article soumis à publication).*

(7) *Le Bossé Y., op. cit.*

(8) *Le Bossé Y. et Dufort F., 2001, ibidem.*

(9) *Le Bossé Y. et Dufort F., 2001, ibidem, p.95.*

Pouvoir d'agir et pratiques sociales: changer le monde au quotidien

- l'incidence de tel problème ;
- scientifiques : par exemple, développer une connaissance rigoureuse ;
- administratifs et organisationnels : par exemple, optimiser la gestion du programme, harmoniser les objectifs du programme avec les pratiques de l'institution... ;
- de l'intervenant : par exemple, produire des changements qui confirment le sentiment de compétence ;
- de la personne qui reçoit de l'aide : par exemple, que la situation qui fait problème soit résolue de manière viable à moyen et à long terme.

Bien entendu, chaque enjeu n'a pas le même pouvoir d'influencer la finalité et les modalités du programme. Généralement, les enjeux de ceux qui disposent des fonds et du pouvoir décisionnel pèsent plus lourd dans la balance que ceux des personnes qui composent plus directement avec le problème. Cependant, chaque acteur seul ne peut avoir conscience que des enjeux qui lui sont propres ; ceux des autres lui étant a priori étrangers.

Dans la mise sur pied d'une action, trois éléments sont importants à prendre en compte :

- la définition du problème et des solutions en fonction des différents enjeux,
- la demande formulée par les personnes aidées,
- la conception que les intervenants se font du problème.

Dès lors, il devient important de favoriser l'implication de toutes les personnes concernées, non seulement dans la définition de ce qui constitue un problème pour eux, mais également dans la prise en compte des solutions envisageables.

Nous allons voir plus loin que cette façon d'agir diffère de la manière traditionnelle en ceci qu'elle ne se fonde pas sur les carences individuelles ou collectives, mais bien sur les forces et les compétences en présence.

Afin de mieux comprendre l'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir, nous vous proposons un retour aux sources de ce concept.

L'empowerment ou le développement du pouvoir d'agir : donnons du sens à nos pratiques

Dans la langue anglaise, le mot « empowerment » est un terme commun qui signifie un gain de pouvoir.

Ce mot est un composé des éléments suivants :

- le préfixe « Em » qui traduit l'expression d'un mouvement ;
- le radical « Power » qui signifie pouvoir ;
- le suffixe « Ment » qui indique la présence d'un produit, d'un résultat.





« Empowerment », au sens littéral du terme se définit donc comme un « mouvement d'acquisition de pouvoir qui produit un résultat tangible ». Cela se traduit concrètement par « la capacité des personnes à exercer un plus grand contrôle sur ce qui est important pour eux, leurs proches et leurs communautés »¹⁰.

Les premières traces de l'usage de ce mot remontent aux premiers colons aux Etats-Unis d'Amérique. Il est également utilisé dans un contexte organisationnel pour désigner le potentiel d'initiatives dont disposent les employés. Dans le cadre des pratiques sociales, ses premières utilisations remontent aux mouvements féministes du début du XX^{ème} siècle aux Etats-Unis.

Dans ce contexte des pratiques sociales, « l'utilisation de ce terme est généralement associée à un pouvoir instrumental personnel et collectif qui vise à exercer un plus grand contrôle sur sa réalité (exemple : accès aux ressources, participation aux décisions...). (...). L'*empowerment* est en quelque sorte une tentative d'élargir le champ des actions possibles du point de vue tant des ressources personnelles (exemple : l'habileté à la communication) que de celle de l'environnement (exemple : accès à des services adéquats, à un logement convenable). C'est donc d'un pouvoir d'agir dont il s'agit, d'un pouvoir d'initier ou de contribuer au changement souhaité »¹¹.

Deux éléments se distinguent dans cette notion :

- **La cible de changement** (ce qui est important pour les personnes ou les communautés) ;
- **Le moyen de production** de ce changement (l'acquisition d'un plus grand contrôle).

● La cible de changement

Comme évoqué ci-dessus, l'adoption d'une action centrée sur le pouvoir d'agir met en avant le principe d'expertise expérientielle¹² : les personnes aux prises avec un problème sont les mieux placées pour définir la nature de leurs besoins et des solutions compatibles avec leur situation. Chacun est l'expert de sa vie.

Cependant, une telle affirmation n'exclut pas la contribution des professionnels et autres bailleurs de fonds à la définition de ce problème.

● Le moyen de production du changement

Une fois que la cible du changement fait consensus, il convient de déterminer les moyens d'actions à privilégier. Si cette démarche est un premier pas, elle ne suffit pas. En effet, la sélection des méthodes d'intervention va être influencée, notamment par la disponibilité des ressources.

Pour cela, il apparaît pertinent de faire en sorte que les personnes visées par le changement soient également celles qui le conduisent. La démarche de l'intervenant se modifiant alors pour leur fournir les ressources nécessaires ou en faciliter l'accès.

L'intervenant devient alors un agent de changement démultiplicateur de compétences, agissant dans de nombreux contextes. Pour maximiser au mieux les compétences des personnes concernées, il est souhaitable d'agir par de petites actions concrètes successives et qui ont de grandes chances de réussir. En effet, agir de la sorte permet de diminuer la probabilité d'échec et donc d'augmenter le sentiment de compétence.

Trois principes fondamentaux

● Prendre le temps

Tant dans la définition de la cible du changement que dans la mise en œuvre des moyens d'actions, il est important de prendre tout le temps nécessaire. D'ailleurs, comme le souligne Biarnes (1998) : « Il vaut mieux prendre le temps de créer les conditions d'un changement effectif plutôt que de prendre le risque d'imposer un échec supplémentaire aux personnes concernées »¹³. En effet, cette approche favorise l'enracinement du changement sur du long terme.

A l'opposé, l'approche préventive de l'éducation pour la santé, basée sur les principes du marketing social, emploie des stratégies de communication de masse : presse, télévision, campagnes d'affichages... Celles-ci sont la plupart du temps éphémères.

D'après Brieger et Ramakrishna, « l'un des facteurs qui différencie le marketing social des autres stratégies axées sur l'individu est

10. Définition proposée par M. Le Bossé dans le cadre de son intervention, le 22 mai 2001.

Notons également la similitude avec la définition de la promotion de la santé par l'Organisation mondiale de la santé en 1986, lors de la charte d'Ottawa : « processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé ».

11. Le Bossé Y. et Dufort F., 2001, ibidem.

(12) versus l'expertise professionnelle.

(13) Biarnes (1998) cité dans Le Bossé Y. et Dufort F., ibidem, 2001.

Pouvoir d'agir et pratiques sociales: changer le monde au quotidien

l'échelle d'intervention. En effet, il tente de transformer l'individu à l'échelle de la ville, de la région, de l'État ou du pays ». Les auteurs avancent également que « le marketing social est inadapté lorsque des obstacles structurels importants s'opposent au changement chez l'individu (...). Le marketing social ne convient pas non plus dès lors que les efforts et les ressources du seul individu sont insuffisants pour parvenir au comportement désiré »¹⁴.

L'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir préconise que l'on prenne le temps de créer un espace de négociation à toutes les personnes concernées par la situation qui fait problème. Ceci parce qu'elles sont les expertes de leur situation et qu'elles connaissent bien les conditions de vie dans lesquelles elles vont devoir opérer le changement visé. Si elles prennent le temps de participer à la définition du problème qui les occupe, leur volonté d'action n'en sera que plus considérable... et, la maxime « de la discussion jaillit la lumière » prendra tout son sens.

● Partager le pouvoir et les expertises

Comme évoqué précédemment, chaque acteur impliqué dans le changement connaît d'une part les enjeux auxquels il doit faire face et, d'autre part, possède sa propre expertise de son milieu de vie. Pour construire un projet qui s'inscrit dans la durée, il est préférable de favoriser la négociation entre les différents acteurs afin que chacun puisse faire valoir son point de vue. Chaque acteur devra classer ses enjeux par priorité et en laisser tomber certains pour arriver à un consensus solide à la fin de la négociation. C'est le consensus établi par tous les acteurs en présence qui permettra de faire avancer le projet.

Cette démarche est à différencier de la consultation populaire. Dans ce cas, si les acteurs du programme veulent connaître le point de vue des futurs usagers, cela n'implique aucun partage effectif du pouvoir de la définition et de la réalisation du changement.

● Collaborer avec les personnes concernées

La faisabilité d'une démarche centrée sur le pouvoir d'agir repose en bonne partie sur la

contribution active et continue des personnes concernées. Cependant, on pourrait douter de la participation effective des personnes que l'on veut aider. En effet, elles ne sont peut-être pas disposées à donner du temps pour coopérer à un projet, quelle que soit l'étape. En fait, cet obstacle ne peut exister que si l'action a été conçue de manière traditionnelle. Par conséquent, si les personnes concernées ont participé à la décision du changement et à sa volonté de réalisation, la probabilité de leur implication sera d'autant plus grande. Toutefois, lors de la mise en place, il faudra veiller à développer des pratiques de concertation compatibles avec leurs conditions de vie, leurs compétences et leur expérience. Ainsi, il est illusoire de demander à des personnes peu scolarisées de participer à des réunions où le jargon technique empêcherait la bonne communication, par exemple. Par contre, on pourrait envisager l'utilisation d'un vocabulaire plus courant ou des réunions sous d'autres formes.

Limites de l'approche

Ces quelques pistes de réflexions ne doivent pas faire oublier que l'on ne peut pas transmettre, par un enseignement ou des techniques particulières, un vécu de pouvoir d'agir, ni en donner aux gens. L'approche n'est pas non plus uniforme, ni en ce qui concerne le temps qu'elle requière, ni dans ses modalités. Ces éléments varient en fonction des contextes et des personnes. La mission du professionnel consiste à faciliter ce processus en contribuant à réunir les conditions de son émergence. « L'approche centrée sur le pouvoir d'agir n'est pas non plus une solution miracle : les problèmes ne disparaissent pas parce que les personnes sont placées au centre de l'intervention. Ce qui change, c'est qu'au lieu de faire partie du problème, l'intervenant contribue au développement de sa solution. »¹⁵

Si les changements espérés mettent du temps à se manifester de manière stable, c'est justement parce que l'action est centrée non pas sur la personne, mais sur la situation. Les personnes ne sont plus stigmatisées. Ceci fait que l'application est plus restreinte et délicate dans un contexte d'intervention en autorité. De plus,

(14) Brieger W.R., Ramakrishna J., « Éducation sanitaire : le marketing social n'est pas une panacée », in Forum Mondial de la Santé, vol 8, 1987, pp. 414-417.

(15) Le Bossé Y., « Empowerment et pratiques sociales : illustration du potentiel d'une utopie prise au sérieux », in Nouvelles pratiques sociales, vol 9, n° 1, 1996, pp.127-140.

Les quatre axes de pratiques à garder en mémoire

1. Adoption de l'unité d'analyse « acteur en contexte »

Si le terme « contexte » signifie un ensemble d'éléments qui détermine une situation où il existe des éléments incapacitants, le mot « acteur », lui, renvoie au caractère dynamique et engageant de la personne aidée. De cette façon, les intervenants ne parlent plus du « public cible », mais de « situations à risque ». Ces situations comprennent les personnes qui en sont la cible. Le changement ne se fait pas uniquement sur le plan individuel, mais aussi contextuel. Les problématiques sociales sont des réalités complexes qui nécessitent autant des changements structurels que des compétences individuelles. Donc, la personne doit être acteur de sa vie et l'intervenant doit être en mesure de favoriser ses compétences...

2. Implications des personnes aidées dans la définition des problèmes et des solutions

Chaque acteur du projet possède sa propre expertise. Ainsi, pour ne pas faire de gâteau avec la moitié des ingrédients, les concepteurs de l'action se rendent compte qu'ils ont également besoin de l'expertise de chacun (bailleurs de fonds, planificateurs, concepteurs, intervenants, personnes aidées, ...). Cela demande de pouvoir renoncer à une solution disponible parce

qu'elle n'est pas acceptable pour la personne. Dans le cas contraire, la solution risque de ne pas être appliquée ou de manière inefficace.

3. Introduction d'une démarche de conscientisation (interdépendance des facteurs)

Selon Ninacs¹⁷, il existe trois types de conscience :

- la conscience collective : « je ne suis pas le seul à avoir le problème » ;
- la conscience sociale : « les problèmes individuels ou collectifs sont influencés par la façon dont la société est organisée » ;
- la conscience politique : « les solutions passent par un changement social ».

Les personnes concernées doivent avoir conscience de tous les éléments qui contribuent à leurs difficultés. L'intervenant doit donc être prêt à soutenir des actions qui visent à produire un changement dans le milieu, à la mesure de ses moyens et en fonction de son contexte.

4. Prise en compte des contextes d'applications

Il faut être conscient qu'il n'existe pas de solutions en kit, celles-ci étant dépendantes des contextes. Il est donc important de négocier la façon dont le programme va être appliqué en fonction des particularités de contextes et du profil des personnes accompagnées.

cette méthode est personnellement très exigeante, car elle demande une remise en question perpétuelle de ses propres valeurs. Le professionnel doit pouvoir se dégager du rôle central qu'il est habitué à assumer et sortir de la logique unilatérale « aidant-aidé ».

le temps, partager le pouvoir et les expertises, et collaborer avec toutes les personnes concernées. Non par de grands projets trop ambitieux, mais plutôt par une suite d'actions se déroulant de proche en proche, à petit pas, pour favoriser leur réussite et encourager leurs auteurs.

Conclusions

« Changer le monde au quotidien » : tout un programme ! L'approche centrée sur le pouvoir d'agir apporte des pistes de changement... Non pas magiquement, mais au contraire en se fondant sur trois principes bien concrets : prendre

De plus, pour Yann Le Bossé, l'approche centrée sur le pouvoir d'agir, « outre le fait qu'elle permet de dépasser les dualismes propres aux pratiques sociales traditionnelles (personnes/groupes ; liberté/fraternité ;...), elle offre l'opportunité de redéfinir la relation entre les professionnels et les personnes concernées en donnant à ces dernières la place qu'elles auraient dû toujours occuper. »¹⁶ ●

(16) Le Bossé Y., « Empowerment et pratiques sociales : illustration du potentiel d'une utopie prise au sérieux », in *Nouvelles pratiques sociales*, vol 9, n° 1, 1996, pp.127-140.

(17) Ninacs (1995), cité dans : Le Bossé Y. et Dufort F., « L'approche centrée sur le pouvoir d'agir : une autre façon d'intervenir », in Dufort F., Guay J. (sous la direction de), *Agir au cœur des communautés : la psychologie communautaire et le changement social, Québec : Les Presses de l'Université Laval, 2001.*

L'évaluation de la qualité des soins en Belgique

Les trois articles suivants sont issus d'une étude réalisée par l'Union nationale des mutualités socialistes : Évaluation de la qualité des soins. La première partie de cette étude présente les concepts et définitions ; nous ne la reprenons pas ici, d'autres articles de ce dossier les abordant très largement. Les extraits présentés ici par les auteurs, Catherine Lucet et Jean-Marc Laasman, donnent un panorama très complet du contexte réglementaire et institutionnel de l'évaluation de la qualité des soins en Belgique, des outils existants et du rôle des mutualités dans une démarche d'évaluation de la qualité des soins.

L'étude complète peut être consultée sur le site mutsoc.be/prestataires/etudes.

Catherine Lucet, médecin et Jean-Marc Laasman, économiste, Union nationale des mutualités socialistes.

Préambule des articles, signé par les auteurs

Jusqu'ici réticent à toute forme d'évaluation extérieure de ses pratiques, le monde médical semble aujourd'hui plus enclin à une forme de partenariat avec les pouvoirs publics et les autres acteurs du système de santé. Les données de plus en plus précises sur la production de soins montrent en effet la forte variabilité des pratiques pour traiter une même pathologie et relèvent parfois des écarts sensibles par rapport aux critères internationaux de bonnes pratiques. Les récentes discussions entre médecins, gestionnaires hospitaliers et mutualités au sein du groupe « Perl¹ » ont permis des avancées significatives sur certains points, jusqu'ici tabous, en particulier la responsabilité individuelle des médecins quant à leur pratique et leur comportement prescripteur. Cette responsabilité individuelle « doit être considérée comme l'initiation d'un processus de qualité ». Cet engagement des acteurs à assurer plus de transparence quant à l'utilisation des moyens disponibles est l'occasion de faire le point sur le contexte politique, institutionnel et technique actuel de l'évaluation de la qualité des soins dans notre pays et de préciser le rôle que les mutualités peuvent et souhaitent jouer dans une telle démarche.

Le contexte réglementaire et institutionnel de l'évaluation de la qualité des soins

(1) Perl : nom du président de la Commission nationale médico-mutualiste, qui a présidé les débats de la Task Force-soins de santé qui s'est réunie à l'invitation du Gouvernement, d'octobre à décembre 2001 pour plancher sur des mesures de réformes du système de santé.

La Belgique dispose d'un arsenal juridique impressionnant en matière d'évaluation de la qualité. Ceci s'explique notamment par le fait que l'évaluation de la qualité des soins relève à la fois des compétences communautaires et régionales et de l'autorité fédérale. Au niveau de cette dernière, l'évaluation est organisée tant au sein des dispositions générales relatives à l'exercice de l'art de guérir, que dans des dispositions spécifiques aux établissements hospitaliers ou à l'assurance maladie invalidité. Par conséquent, l'évaluation de la qualité s'organise au départ de la santé publique pour ce qui est des institutions de soins et au départ

de l'INAMI pour ce qui concerne l'accréditation des médecins.

Le contrôle de la pratique individuelle

L'évaluation de la qualité est d'abord une démarche individuelle, au cas par cas. Cette forme de contrôle de la qualité est inscrite dans le code de déontologie (article 34 à 37) qui impose que les soins soient dispensés dans le respect des règles de qualité.

Par ailleurs, les règles de responsabilité civile ont défini depuis 1936 dans l'arrêt Mercier, les obligations de qualité des médecins. Le médecin doit à son patient des soins consciencieux, conformes à l'état de la science et aux règles de la pratique médicale.

Enfin, l'article 73 de la loi AMI impose aux prestataires de soins de tenir compte des moyens globaux mis à leur disposition par la société et à écouter leur conscience pour ne pas abuser de leur liberté diagnostique et thérapeutique.

Ces dispositions fournissent une base légale et réglementaire pour une politique de contrôle et de sanction des abus de liberté diagnostique et thérapeutique. Cette politique est organisée au niveau du service du Contrôle médical de l'INAMI dont la mission est :

1. le contrôle de la réalité et de la conformité des prestations aux règles de l'assurance soins de santé ;
2. le contrôle de la quantité des prestations de l'assurance soins de santé.

Le Conseil de l'Ordre des médecins est également concerné par les problèmes de surconsommation puisque celui-ci est le garant du respect des règles disciplinaires et éthiques. Jusqu'en 1990, la sanction des abus était d'ailleurs de la seule compétence des Conseils de l'ordre.

L'évaluation de la qualité : une approche globale

L'approche individuelle n'a pas pour vocation de mettre en place une politique structurée d'amélioration de l'ensemble de la pratique. Il s'agit avant tout d'un contrôle de conformité par rapport aux règles déontologiques et administratives.

L'amélioration de la qualité des soins nécessite une approche globale. La recherche de « critères de bonnes pratiques » s'appuie en effet sur des outils permettant de se dégager des cas individuels tels la *peer review*.

En Belgique, l'évaluation de la qualité des soins est organisée par les dispositions générales relatives à l'exercice de l'art de guérir et les

dispositions spécifiques aux établissements hospitaliers ou à l'assurance maladie invalidité.

● L'arrêté royal n°78 relatif à l'exercice de l'art de guérir et l'arrêté royal du 16 juin 1999 relatif à l'évaluation de la pratique médicale

En ce qui concerne l'exercice de l'art de guérir, le contrôle de la qualité a été introduit par l'article 3 de la loi du 10 décembre 1997 (loi « pax medica »). Cet article a intégré un article 35 undecies dans l'arrêté royal n° 78 qui constitue la base légale pour l'organisation d'un système de *peer review*.

L'arrêté royal du 16 juin 1999 exécute l'article 35 undecies. En particulier, il définit la notion de *peer review* comme « ... un examen critique par des médecins de la qualité de leurs prestations des soins et, lorsqu'il existe des critères objectifs et représentatifs d'une pratique acceptable et adéquate, une évaluation de leur performance par rapport à ces critères. Cet examen est mené par un nombre suffisant de praticiens, de la même discipline ou de disciplines suffisamment proches ».

● La loi coordonnée sur les hôpitaux

A. Les normes d'agrément

Les normes d'agrément concernent les conditions de fonctionnement des établissements hospitaliers (normes architecturales, fonctionnelles et d'organisation). Au début, la notion de qualité y était implicite mais depuis une quinzaine d'années sont apparues des dispositions spécifiques relatives à la qualité des soins. Ainsi, depuis 1986, l'agrément est également lié à la taille de l'hôpital (minimum cent cinquante lits). On a de plus ajouté des exigences d'activité minimale en particulier pour les services médico-techniques dits lourds (résonance magnétique nucléaire, radiothérapie, ...) afin de pouvoir justifier de l'expérience nécessaire à la qualité. La programmation et l'agrément restent toutefois des procédures très incomplètes en matière de garantie et de contrôle de la qualité des soins.

C'est pourquoi, le Conseil national des établissements hospitaliers (CNEH) section programmation-agrément a proposé un nouveau concept hospitalier qui base l'octroi de

Le contexte réglementaire et institutionnel de l'évaluation de la qualité des soins

l'agrément sur le type de soins effectivement dispensés à des groupes homogènes de patients dont les besoins en matière de soins ont été définis. Étant donné que la nature des soins est connue, on peut prendre en compte tant les caractéristiques liées à l'organisation et au processus que le suivi des résultats pour octroyer l'agrément.

C'est ainsi que le concept de « programme de soins » a été inscrit dans la loi sur les hôpitaux par le biais de l'arrêté royal du 25 avril 1997. Le rapport au Roi précise que ce nouveau concept a notamment comme objectif de développer un modèle de financement fondé sur des programmes de soins et tenant compte du produit de soins fournis, de sa qualité. L'article 9ter §2 confère également au Roi la compétence de fixer les caractéristiques propres de chaque programme afin qu'il puisse être agréé et notamment les normes afférentes à la qualité et au suivi de celle-ci.

B. Dispositions légales pour l'évaluation de la qualité à l'hôpital

A côté des normes « classiques », il existe depuis l'arrêté royal n°407 du 18 avril 1986 modifiant la loi sur les hôpitaux une obligation d'évaluation de la qualité pour tous les hôpitaux. A cet effet, un dossier médical doit être tenu à jour pour chaque patient.

A l'origine, il s'agissait d'une évaluation uniquement interne. La loi du 29 avril 1996 a créé le cadre organique pour l'organisation d'un *peer review* en instaurant le principe d'une évaluation qualitative de l'activité médicale et infirmière tant interne qu'externe. Ces dispositions se retrouvent dans les articles 15 à 17 de la loi sur les hôpitaux.

En particulier, l'article 15 impose trois éléments essentiels au contrôle de la qualité :

1. La tenue d'un dossier médical pour chaque patient ;
2. Un enregistrement interne ;
3. Une évaluation systématique (tant interne qu'externe) de la qualité par le biais de structures permanentes.

Un rôle essentiel est confié au médecin chef à qui il appartient de prendre des initiatives pour

améliorer la qualité de la médecine prodiguée à l'hôpital et de l'évaluer de façon permanente.

L'arrêté royal du 15 février 1999 relatif à l'évaluation qualitative de l'activité médicale dans les hôpitaux exécute l'article 15 de la loi sur les hôpitaux et instaure un système de *peer review* au niveau du secteur hospitalier.

L'arrêté royal pose le principe selon lequel les programmes de soins, les services et certains services médico-techniques doivent procéder à l'évaluation interne et externe de l'activité médicale.

Les services et les fonctions visées sont : le service de radiothérapie, le centre de traitement de l'insuffisance rénale chronique, le service d'imagerie médicale où est installée une radio magnétique nucléaire, la fonction « soins urgents spécialisés », la fonction soins intensifs et le service de cardiologie. Pour ces services l'obligation de s'intégrer dans un système de *peer review* figure depuis des années dans les normes d'agrément.

— L'évaluation externe —

Pour réaliser l'évaluation externe des collèges de médecins et un collège d'infirmiers ont été créés. Au total, neuf collèges ont été instaurés officiellement le 13 mai 2000, un collège pour chaque programme de soins, service et fonction énumérés plus haut.

Ces collèges ont notamment pour missions :

- d'élaborer des indicateurs de qualité et des critères d'évaluation ;
- d'établir un modèle d'enregistrement informatisé des données et un rapport type ;
- d'effectuer d'éventuelles visites ainsi que des contrôles des données enregistrées ;
- de rédiger un rapport annuel ;
- de répondre aux questions des praticiens en matière d'évaluation de la qualité ;
- de fournir aux hôpitaux un feed-back des données en ce qui concerne les indicateurs de qualité et les critères d'évaluation.

— L'évaluation interne —

Un minimum d'obligations sont imposées en ce qui concerne l'évaluation interne : rapport type rédigé par le médecin chef et transmis

au collège des médecins compétent, évaluation sur base de la confrontation de l'activité aux indicateurs de qualité établis par le collège, etc.

Ces indicateurs de qualité concernent entre autre l'infrastructure, le personnel, la pratique médicale dans les services concernés ainsi que leurs résultats.

En vertu de l'article 70 de la loi sur les hôpitaux, le respect de ces dispositions constitue une exigence pour l'agrément.

L'état d'avancement des différents collèges est variable. Les collèges les plus avancés sont généralement ceux dont la compétence est reconnue par la profession (légitimité), qui concernent une petite discipline, structurée, très spécialisée, traitant plutôt des patients chroniques et qui ont choisi un thème permettant une enquête ciblée avec un objectif bien défini. Quatre collèges ont ainsi atteint l'étape du feed-back aux hôpitaux. Il semble toutefois que les médecins des collèges soient réticents à passer à l'étape suivante – contact avec les médecins chefs des hôpitaux pour adapter les pratiques – de peur d'être perçus comme des « policiers ».

Relevons enfin que l'objectif des collèges en tant qu'outil stratégique pour améliorer la qualité n'est pas clairement défini. Trois tendances coexistent aujourd'hui : la surveillance de la qualité des services médico-techniques lourds, la surveillance de la qualité dans le cadre d'un nouveau concept hospitalier basé sur les programmes de soins, l'intégration de l'*Evidence Based Medicine* dans les pratiques.

● **Décret du 25 février 1997 de la Communauté flamande relatif à la gestion totale de la qualité dans les établissements de soins**

Comme précisé plus haut, les communautés et régions peuvent adopter des normes propres en matière de contrôle de la qualité des soins à condition que celles-ci ne touchent pas aux compétences fédérales relatives à la législation organique afférente aux hôpitaux. Sur cette base, l'autorité flamande a pris un décret définissant un cadre pour la gestion de la qualité au sein de l'hôpital. Ce décret est entré en

application le 1^{er} janvier 2001.

En vertu de ce décret chaque établissement est tenu de mettre en place une politique de qualité totale. Pour ce faire, il doit désigner un coordinateur de la qualité.

La politique de qualité menée par l'établissement de soins doit se réaliser sous la forme d'un manuel de la qualité et d'un plan de la qualité que la direction sanctionne.

Après avoir recueilli l'avis du Conseil flamand de la Santé, le Gouvernement flamand détermine les thèmes cibles de la politique de qualité. Ils seront représentatifs de l'activité de l'établissement de soins.

Le Gouvernement flamand soumet tous les trois ans au Parlement, un rapport sur l'évolution de la politique de qualité dans les établissements de soins à l'aide d'indicateurs de qualité.

L'agrément et la prolongation de l'agrément est subordonné au respect des dispositions du décret.



● **La loi AMI : Le système d'accréditation des médecins**

Le système de l'accréditation des médecins est réglé par les accords médico-mutuellistes des 13 décembre 1993, 11 décembre 1995, 17 février 1997, 22 mai 2000 et 6 novembre 2000.

Le contexte réglementaire et institutionnel de l'évaluation de la qualité des soins

L'article 36bis, § 1er de la loi AMI¹ contient la base légale pour :

- La détermination des conditions de l'accréditation et de la procédure d'accréditation ;
- La fixation des organes d'accréditation, leur composition et leurs règles de fonctionnement.

Ainsi, l'article 36bis stipule entre autre que l'accréditation est octroyée moyennant « ... le respect de certaines exigences de qualité, parmi lesquelles :

- Un système de formation continue ;
- Un contrôle de la qualité exercé par les pairs (*peer review*) et organisé dans le cadre de l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales ;
- Une organisation optimale de la pratique médicale organisée dans le cadre du même arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 »².

Le mécanisme de *peer review* s'organise via les Groupes locaux d'évaluation médicale (GLEMs) auxquels les médecins doivent adhérer pour être accrédités. Les GLEMs ont pour mission :

- La recherche de consensus sur des sujets choisis par groupe à propos de stratégies médicales ;
- L'évaluation de profils de prescription fournis par les Commissions de profils (voir plus loin) ;
- L'élaboration d'un rapport d'activité annuel.

L'obligation de participer au *peer review* pour être accrédité constitue un pas important. Toutefois, le système mis en place montre de nombreuses faiblesses.

Il n'y a pas, au sein des GLEMs, de véritable débat sur la stratégie médicale utilisée pour une pathologie déterminée, beaucoup de médecins envisagent l'accréditation comme une obligation administrative, la fréquence des réunions de GLEMs (quatre/an) n'est pas suffisante pour garantir un entretien et une mise à jour des connaissances des médecins. Enfin, l'absence

de soutien financier rend les GLEMs dépendant du sponsoring des firmes pharmaceutiques.

Relevons que l'accord médico-mutuelliste du 22 mai 2000 et du 6 novembre 2000 a modifié sensiblement les organes de l'accréditation. Ainsi, il instaure un Conseil national pour la promotion de la qualité (CNPQ). L'arrêté royal du 13 juillet 2001 (Moniteur Belge du 29 août 2001) précise que :

« Le Conseil national de la promotion de la qualité :

- gère, d'une part, le système d'évaluation *peer review*, c'est-à-dire un système d'examen critique par des médecins, de la qualité de leurs prestations et notamment, lorsqu'il existe des critères objectifs ou basés sur un consensus scientifique pour une pratique acceptable et adéquate, une évaluation de leur performance par rapport à ces critères, et détermine d'autre part, à cette fin les sujets et prend les initiatives en matière de développement permanent de la qualité, sur la base d'informations, de propositions, de recommandations et de stimulants ;
- développe des recommandations pour une bonne utilisation du dossier médical global ;
- développe des recommandations en vue de promouvoir le travail en équipe et diverses associations ;
- prend connaissance des travaux du Groupe de direction de l'accréditation visés à l'article 122quater ;
- fait part de ses travaux au Groupe de direction de l'accréditation ».

L'arrêté royal instaure également un Conseil technique de l'accréditation ainsi qu'une Commission d'appel. ●

(1) Introduit par l'article 9 de la loi du 10 décembre 1997 visant la réorganisation des soins de santé (MB 29/01/1998).

(2) Ajoutons que pour être accrédité un médecin :

- Doit atteindre un seuil d'activité minimale (mille deux cent cinquante contacts-patients annuels pour le généraliste) ;
- Doit tenir un dossier médical par patient et échanger ces données avec les autres médecins traitant le patient ;
- Ne pas avoir fait l'objet de remarques répétées déterminées sur la base des constatations de la Commission compétente pour l'évaluation des profils médicaux.

Les outils de l'évaluation de la qualité : leurs potentialités, leurs limites

Banque de données RCM-RFM

Depuis l'exercice 1995, les données cliniques (résumé clinique minimum santé publique-RCM) et financières (résumé financier minimum/séjour hospitalier anonyme - RFM/SHA INAMI) sont transmises à la Cellule technique chargée de les fusionner, de les traiter et de les analyser.

Ces informations doivent permettre :

- d'instaurer un feed-back, concernant à la fois la pratique médicale et les coûts liés à la pathologie ;
- de soutenir des campagnes d'information notamment sur certains thèmes tels que l'utilisation des antibiotiques, la cholécystectomie laparoscopique, le recours à certaines techniques diagnostiques, etc.

L'objectif premier de la fusion des données cliniques et financières est l'évaluation des pratiques et la sensibilisation des différents acteurs. C'est l'esprit du groupe de travail de la structure de concertation chargé de déterminer les conditions de l'utilisation et de la diffusion des données fusionnées. Soulignons toutefois que la loi prévoit que ces données puissent être utilisées en vue de l'élaboration de règles de financement, de normes d'agrément et de critères de qualité.

Un premier *feed-back* (données 1996) a été diffusé aux hôpitaux fin avril 2001. Il contient les informations suivantes :

La banque de données fournit une base de comparaison très détaillée (jusqu'au niveau de la prestation) en terme de production de soins par pathologie.

L'analyse de ces chiffres révèle une extrême variabilité des coûts/pratiques pour une même pathologie. Mais elle ne permet en aucun cas de tirer des conclusions quant à la qualité. En terme d'amélioration des pratiques, la valeur ajoutée d'un tel feed-back est relativement faible. Relevons en effet que le case-mix permet de mesurer la nature et le volume de la production des soins hospitaliers pour une pathologie donnée mais pas les résultats des soins prodigués au patient. Par ailleurs, la norme s'appuie sur une moyenne nationale (durée de séjour, dépense) qui ne correspond pas forcément à une norme de qualité des soins optimale.

Par ailleurs, les données utilisées aujourd'hui pour établir ces feed-back présentent plusieurs faiblesses :

- Les données sont relatives à une admission. Comme on ne peut suivre le patient au travers de son épisode de soins, il est difficile d'évaluer l'*outcome* final ;
- D'autres critères « objectifs » liés aux facteurs sociaux environnementaux notamment influencent l'utilisation des ressources hospitalières et ne sont pas disponibles dans la base de données.

Par rapport à ces deux derniers points, les données par patient des organismes assureurs fournissent une base d'évaluation plus correcte.

Catherine Lucet,
médecin et Jean-
Marc Laasman,
économiste,
Union nationale
des mutualités
socialistes.

(1) *MDC : Major diagnostics categories.*

(2) *APR-DRG : All patients refined - diagnostics related groups.*

(3) *ATC : Anatomical therapeutic chemical classification.*

(4) *Daily Drug Administration = le dosage journalier habituellement prescrit pour un produit spécifique.*

Variables		Normes
Nombre de séjours, durée moyenne Dépenses : <ul style="list-style-type: none"> • prix de journée • médicaments • honoraires • total des dépenses 	PAR	MDC ¹
		APR-DRG ²
Antibiotiques : dépenses et volume prescrit		Type de prestations
		classe ATC ³ , DDA ⁴

Soulignons également le problème fondamental de l'absence de validation des informations de pathologie. Les données de résumé clinique minimum, constituées par les déclarations des institutions hospitalières concernant les diagnostics et les traitements de chaque patient admis, prennent aujourd'hui un poids de plus en plus important dans le financement des institutions de soins. Il existe donc un incitant très fort à manipuler l'information diagnostique de telle sorte que l'on peut aujourd'hui s'interroger sur sa fiabilité comme base d'évaluation des pratiques médicales.

Relevons enfin le problème de la lourdeur de la procédure de transmission des données à la cellule technique. Les délais nécessaires pour transmettre, fusionner et traiter les données de pathologie et les données de consommation sont tels que lorsque l'information est disponible elle est dépassée par l'évolution des techniques et des pratiques médicales sur le terrain. Ainsi, le premier feed-back basé sur les données 1996 n'a pu être communiqué aux institutions de soins que fin avril 2001. Il est dès lors difficile, voire impossible, de s'en servir comme base d'évaluation des pratiques ou comme base de financement.

Données de profils de l'INAMI

Sept commissions au Service des soins de santé de l'INAMI examinent les profils des kinésithérapeutes, des praticiens de l'art infirmier, des praticiens de l'art dentaire, des médecins généralistes, des médecins spécialistes, des médecins spécialistes en biologie clinique, médecine nucléaire ou anatomo-pathologie et des établissements hospitaliers.

Les données de profils de l'INAMI sont malheureusement incomplètes. Dans le secteur ambulatoire, elles renseignent le prescripteur et sa prescription, le prestataire et sa prestation, mais n'identifient pas le patient et ses caractéristiques (médicales, démographiques, socio-économiques). Les prestations effectuées ou

prescrites pour un même patient chez un confrère généraliste, spécialiste ou hospitalier ne peuvent davantage être identifiées. En ce qui concerne le secteur hospitalier, le « séjour hospitalier anonyme » relie le patient aux prestations mais ne permet pas d'identifier le médecin à l'origine des prestations.

Par ailleurs, le travail d'évaluation de l'INAMI est rejeté par le corps médical considérant que celui-ci est effectué dans un but purement financier à la recherche d'économies immédiates, et sans prise en compte du point de vue médical.

Données Pharmanet

Pharmanet est une base de données qui contient les informations relatives aux médicaments prescrits et remboursés dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé. Ces informations sont récoltées dans les pharmacies et parviennent aux organismes assureurs par l'intermédiaire des offices de tarification.

Relevons que Pharmanet enregistre le coût des médicaments prescrits et remboursés en ambulatoire. A partir du tarif, il est possible de reconstituer les quantités consommées.

Dans une première phase, Pharmanet mentionnait uniquement le prescripteur et le volume de prescriptions. Il n'était donc pas possible de pondérer les comparaisons de profils par le nombre de patients et leurs caractéristiques démographiques et socio-économiques.

Depuis le 1er janvier 2002, on dispose du volume prescrit par médecin et par affilié dont on connaît le sexe et l'âge. Les liens avec d'autres banques de données dont disposent les mutualités permettront d'établir une relation avec les caractéristiques socio-économiques du patient. Ceci permettra d'obtenir des profils plus spécifiques mais qui ne seront toujours pas ajustés pour la morbidité. ●



Quel rôle pour les mutualités dans une démarche d'évaluation de la qualité des soins?

Le cadre de l'intervention des mutualités

Gestionnaires de l'assurance-maladie, les mutualités ont aussi, et avant tout, pour mission de défendre les intérêts de leurs affiliés, de promouvoir leur bien-être physique, psychique et social par l'information et l'assistance.

Dans ce cadre, leur action vise notamment à contribuer à améliorer la qualité et l'efficacité des soins dispensés à la population.

Cette démarche repose sur le partenariat entre les acteurs traditionnels de l'assurance maladie, médecins, gestionnaires hospitaliers et mutualités.

Quelle approche de l'évaluation qualitative ?

- L'objectif premier est la qualité des soins et non les coûts. Toutefois les deux approches ne sont pas forcément contradictoires : dans certains cas, une pratique de qualité se traduira par une diminution des coûts¹.
- L'évaluation de la pratique est réalisée par le groupe de professionnels lui-même. Concernant les résultats de l'évaluation, les groupements professionnels et les institutions gardent l'entière responsabilité d'en tirer les conclusions qui s'imposent pour optimiser leur niveau de qualité. Toutefois, si des recommandations devaient résulter de la démarche qualité, il importe qu'elles soient diffusées à l'intérieur et même à l'extérieur de l'institution, l'objectif étant d'obtenir une amélioration générale de la qualité et de l'accessibilité des soins à tous les niveaux.
- La démarche ne doit pas être perçue comme une « nouvelle » obligation administrative

par les médecins et les institutions de soins.

- Dans cette démarche de qualité la mutualité est un partenaire d'une action d'assurance qualité interne à l'institution ou la profession via l'organisation de « cercles de qualité » et la fourniture d'informations statistiques.

Catherine Lucet, médecin et Jean-Marc Laasman, économiste, Union nationale des mutualités socialistes.



Les axes et les formes de l'intervention mutualiste

Les mutualités souhaitent être les partenaires actifs d'une démarche de maîtrise collective des données, de la qualité et des dépenses de soins de santé. Au-delà de leur légitimité en tant que représentants de leurs affiliés, les organismes assureurs ont une connaissance spécifique du système de soins de santé et disposent de l'expertise et des moyens informatiques nécessaires à la validation, au traitement et à la diffusion rapide des données relatives aux prestations de soins de santé.

L'intervention des mutualités peut se concevoir selon différents axes complémentaires.

(1) Un bon exemple récent d'amélioration de la qualité de la pratique liée à une diminution des coûts est la campagne pour la prescription plus rationnelle d'antibiotiques. Dans ce cas, une diminution de la prescription d'antibiotiques, permettra une diminution du nombre de souches résistantes, parallèlement à une diminution des dépenses.

Quel rôle pour les mutualités dans une démarche d'évaluation de la qualité des soins ?

● L'Agence inter-mutuelliste de collecte et de traitement des données de soins de santé

L'objectif de l'Agence inter-mutuelliste est de rassembler les données des différents organismes assureurs afin de permettre une évaluation des problèmes étudiés sur une base d'analyse exhaustive et commune. Elle concrétise ainsi une approche inter-mutuelliste de l'évaluation qualitative.

Quatre objectifs ont été assignés à l'Agence :

1. Déceler les problèmes d'accessibilité aux soins des affiliés ;
2. Contribuer à améliorer la qualité et l'efficacité des soins ;
3. Apporter des éléments objectifs utiles à la prise de décisions au sein des instances de l'INAMI ;
4. Assurer la qualité et la rapidité du traitement de l'information nécessaire à une bonne gestion du système de soins de santé.

● Les cercles de qualité

Les cercles de qualité relèvent d'une démarche individuelle d'un organisme assureur qui présente l'intérêt d'être flexible (approche décentralisée, meilleures prises en compte des problèmes spécifiques, grande autonomie des prestataires, liberté de choix des thèmes, etc.). Les cercles de qualité s'appuient sur un protocole de collaboration entre un organisme assureur et un groupe d'hôpitaux et/ou de prestataires. Ce protocole décrit les principes et les objectifs du partenariat, le rôle et les missions de chacune des parties, les modalités de la collecte, du traitement et de l'utilisation des données. Les cercles de qualité sont complémentaires à l'Agence inter-mutuelliste dans la mesure où ils peuvent relayer au niveau de l'Agence les problèmes identifiés sur le terrain. Par ailleurs, ils permettent à chaque organisme assureur de développer une approche plus spécifique en matière d'évaluation de la qualité des soins.

● Rôle des médecins conseils dans la validation des résumés clinique minimum et la détermination du caractère justifié des admissions

Dans la perspective d'un financement hospita-

lier plus forfaitaire donnant plus de poids à l'activité et aux pathologies, les données mesurant l'activité, à savoir les admissions et les résumés cliniques minimum, vont prendre de plus en plus d'importance. A terme, l'allocation des moyens financiers s'appuiera essentiellement sur ces données. On évoluera donc progressivement d'un contrôle des règles administratives de facturation des actes vers un contrôle de conformité de la pathologie déclarée à l'activité réalisée.

Comme souligné plus haut, il subsiste aujourd'hui de nombreuses interrogations quant à la fiabilité des enregistrements de résumé clinique minimum. Le ministère de la Santé publique ne dispose que de trois médecins pour contrôler deux millions d'admissions. Les contrôles sont extrêmement sporadiques (trente dossiers choisis aléatoirement par hôpital portant sur des admissions ayant eu lieu il y a trois ans) de telle sorte qu'il est, aujourd'hui, impossible de valider les données avant de les utiliser dans le financement.

Le Collège intermutuelliste national a proposé que les quelques trois cents médecins conseils des mutualités soient engagés dans cette mission de contrôle, dans le cadre d'une procédure inter-mutuelliste transparente impliquant les différents acteurs.

Dans cette perspective les flux d'informations actuels devraient également être revus afin d'accélérer et de sécuriser la communication des données. Les mutualités ont proposé de codifier le diagnostic repris sur le formulaire de fin d'hospitalisation (formulaire 727). Cette option présente plusieurs avantages par rapport à la situation actuelle :

- un seul flux d'informations utilisant les canaux actuels ;
- à terme, communication sécurisée des données médicales par voie électronique.

Par ailleurs, l'évaluation de l'opportunité de certaines interventions et admissions deviendra un thème central. Il faudra donc développer des instruments d'évaluation, en particulier des mécanismes de suivi du patient d'une institution à l'autre, permettant l'évaluation de la pertinence des réadmissions et des transferts.

Un système de « clignotants » doit être mis au point permettant de cibler les institutions qui, à pathologie égale, ont les taux de réadmissions et/ou de transferts les plus élevés. A cet égard, les données dont disposent les mutualités permettent de « suivre » le patient au travers de son épisode de soins. Ceci permet d'établir des indicateurs plus corrects et plus précis que ceux construits à partir de données par admission. Les hôpitaux sélectionnés feraient ensuite l'objet d'une procédure d'audit externe menée par les médecins conseils des mutualités.

La procédure d'audit a pour objectif l'information et la prévention. Elle vise, sur base de la confrontation des données médicales et des données administratives, à cerner l'origine du problème (par exemple un problème d'encodage du DRG, problème d'organisation de la prise en charge au sein de l'hôpital, différence de pratique médicale, etc.) avec l'objectif d'aboutir à un meilleur monitoring des admissions.

● **Rôle des mutualités dans un concept d'accréditation des institutions de soins**

En ce qui concerne la qualité des soins, le système actuel d'agrément, exclusivement basé sur les structures, devrait être complété et à terme remplacé par une procédure plus dynamique et plus globale tenant compte de l'évaluation de l'activité. Une procédure d'agrément resterait évidemment nécessaire dans le cadre de l'ouverture d'un service, afin de s'assurer que les normes de fonctionnement (personnel, équipements, ...) pour un exercice normal de l'activité sont effectivement rencontrées. La qualité des soins prestés dans le service serait toutefois évaluée sur base d'une procédure d'accréditation. L'accréditation est une démarche fondée sur l'auto-évaluation et l'examen par les pairs. Les critères font intervenir la qualité des soins et des processus et pas uniquement les structures. La validation de cette auto-évaluation et de la conformité par rapport aux normes se fait par des pairs (médecins, infirmiers et cadres administratifs). Un système de cotation par thème aboutit à une cote générale en fonction de laquelle l'hôpital, les services sont accrédités ou pas (délivrance d'un label de qualité).

Les mutualités sont prêtes à collaborer à une

telle procédure qui vise d'abord un processus permanent pour améliorer la qualité plutôt qu'un contrôle accompagné de sanctions.

Conclusion générale

En matière d'évaluation de la qualité des soins, la Belgique dispose d'un arsenal juridique impressionnant et d'une base d'informations très détaillée. Pourtant, dans ce domaine, notre pays présente un retard considérable.

La réticence affichée jusqu'il y a peu par le monde médical à s'inscrire résolument dans une démarche structurée et systématique d'évaluation des pratiques en est la principale raison, mais elle n'est pas la seule.

Du côté de l'autorité publique, la fragmentation des compétences entraîne une dispersion des moyens déjà très limités et empêche une vision globale. En particulier, l'absence de validation des données et le retard accumulé dans leur récolte et leur traitement ont entamé le crédit des initiatives menées par les pouvoirs publics. Aux yeux du monde médical et hospitalier, ces initiatives ont peu de valeur ajoutée et sont perçues comme une obligation administrative quant elles ne sont pas purement et simplement rejetées car effectuées dans un but purement financier.

Enfin, il y a surtout cette méfiance latente et réciproque entre les partenaires traditionnels de l'assurance maladie - médecins, gestionnaires et mutuelles - qui a empêché jusqu'ici la mise en commun des informations et des connaissances.

Aujourd'hui pourtant des dangers bien réels menacent les principes de base de notre système d'assurance maladie. Les données de plus en plus précises sur la production de soins mettent en évidence la variabilité des pratiques pour une même pathologie. Une analyse et une évaluation de ces écarts de pratiques est une condition nécessaire pour garantir à l'avenir le financement des soins de santé sur une base solidaire et fédérale.

Nous savons, qu'à terme, aucun des acteurs

non-marchands du système de santé ne gagnera d'une communautarisation des soins et de son corollaire inévitable, la dérive vers un système de santé à deux vitesses dans lequel les assurances privées commerciales joueraient un rôle croissant. Mutuelles, médecins et gestionnaires doivent s'engager à assurer une plus grande transparence quant à l'utilisation des ressources tirées de la solidarité.

Les résultats des discussions au sein du groupe « Perl »² contiennent les prémisses d'un tel engagement. Sa concrétisation suppose la constitution d'une plate-forme d'informations médicales, financières et sociales, qui soient validées et récentes. On ne peut en aucun cas laisser cette mission à des acteurs à vocation commerciale. Les partenaires traditionnels de l'assurance maladie ont la légitimité mais aussi l'expertise et la logistique nécessaire à la mise au point et à la gestion de ce système d'informations partagé, véritable outil de santé publique.

Dans ce partenariat pour une maîtrise collective des données, de la qualité et des dépenses de santé, les mutualités peuvent et souhaitent apporter leur expertise et les moyens informatiques dont elles disposent pour assurer la récolte, la validation, le traitement et la diffusion rapide des informations. Concrètement leur intervention peut se concevoir selon différents axes complémentaires :

- l'élaboration technique d'un réseau télématique des données (Carenet³) ;
- le contrôle des résumés cliniques minimum par les médecins conseils ;
- un rôle de signal et de suivi dans le cadre de la politique d'évaluation des admissions ;
- la constitution d'une agence inter-mutuelliste rassemblant les données des différents organismes assureurs afin de permettre la réalisation d'études sur une base d'analyse exhaustive et commune ;
- la participation des mutualités à une procédure d'accréditation des institutions de soins ;
- l'organisation de « cercles de qualité » sur base d'un protocole de collaboration avec un groupe d'hôpitaux et/ou de prestataires. ●

Bibliographie

Archambault P., « Il faut évaluer », *La revue Prescrire*, 1989, tome 9 n°84.

Blum et al., « Les cinq domaines d'évaluation de la santé », *La revue Prescrire*, 1993, tome 13 n°130.

Ceuterick G., Duvillier G., *La loi sur les hôpitaux*, 6ème édition, Editions UGA, Kortrijk, 1998.

Chantler C., « The role and education of doctors in the delivery of health care », *The Lancet*, 1999, 353 : 1178-1181.

D'Hoore W., « Enjeux de l'évaluation de la qualité des soins », *Perspective soignante* n°6.

Donabedian A., « The quality of care. How can it be assessed ? » , *JAMA* 1988 ; 260 : 1743-1748.

Doyle V. and Haran D., « Making quality count », *Health Action*, 15 p4-5, January-March 1996.

Higginson I., « Quality of care and evaluation of services », *International Review of Psychiatry*, 1994, 6, 5-14.

Irvine D., « The performance of Doctors : The new professionalism », *The Lancet* 1999, 353 ; p 1174-1177.

Jaskold Gabszewicz L., Figeys A., *L'évaluation de la production médicale sur base des profils*, Mars 2000.

Lefèbvre L., « De la nécessité d'une évaluation », *Revue de la médecine générale* n°179 janvier 2001.

Legrain, M., Lepetit C., « Évaluer : Pourquoi et comment ? », *La revue Prescrire* 1991, tome 11 n°113.

Peers et al., *Les soins de santé en Belgique – Défis et opportunités*, INAMI, 1999.

Roland M. interviewé dans *La santé et les jours* n°27 Juin 1994.

Saltman R. and Figueras J., « European Health Care Reform-Analysis of current strategies », *WHO Publications*, European Series, n°72 – 1997.

Thiel P., *Les hôpitaux en Belgique : fonctionnement et financement*, Editions Kluwer ; Bruxelles, 2000.

Van Der Heyden et al, *Amélioration de la qualité en médecine générale sur base d'enregistrement de données de consultations : diabète de type 2 et maux de gorge aigus*, ISSP-Section épidémiologie.

(2) Perl : nom du président de la Commission nationale médico-mutualiste, qui a présidé les débats de la Task Force-soins de santé qui s'est réunie à l'invitation du Gouvernement, d'octobre à décembre 2001 pour plancher sur des mesures de réformes du système de santé.

(3) Carenet : réseau télématique d'informations administratives au sein de l'assurance maladie. Interviennent dans un premier temps les hôpitaux et les mutuelles. A terme, l'ensemble des prestataires pourront en faire partie.



Promotion de la qualité des soins en Belgique: la cellule d'information de l'accréditation

Début novembre 2000, tous les médecins généralistes du pays ont reçu une lettre commençant par ces termes : « les ministres de la Santé publique et des Affaires sociales ont décidé de soutenir davantage, financièrement et structurellement, le processus d'accréditation auquel de nombreux médecins ont adhéré volontairement. La structure et le fonctionnement de l'accréditation deviennent ainsi le pivot de la promotion de la qualité des soins ».

Cette lettre annonçait le début de la campagne pour le bon usage des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) - première réalisation de la cellule d'information. Dans cet article, nous décrivons, depuis sa conception (début 2000) jusqu'à ce jour, le projet de création d'une structure pour la promotion de la qualité des soins.

Les objectifs initiaux de ce projet novateur ne sont pas atteints... comme tous les projets novateurs, celui-ci demandera beaucoup de temps pour arriver à maturité.

Pourquoi un tel projet ?

Ce projet s'enracine dans les concepts et les démarches de l'assurance de qualité. Tout projet d'amélioration de qualité nécessite de disposer ou de rassembler des données qui permettent de décrire le problème. Par exemple, il n'est pas possible de discuter de la couverture vaccinale de la population si on ne dispose pas des données chiffrées de vaccination ; et il ne sera pas possible de mesurer les effets d'une campagne de vaccinations si l'on n'a pas les chiffres de référence des années précédentes. De tels projets sont déjà réalisés au niveau local à l'intérieur d'un groupe local d'évaluation de la médecine (GLEM), d'un groupe ou d'une maison médicale. Ils prennent alors la forme d'un recueil de données avant une intervention et sont suivis d'un même recueil après cette intervention. Les exemples ne manquent pas : projets de vaccination, de dépistage (cancer du sein, du col) dans les maisons médicales, POLKA* de la Wetenschappelijke vereniging van vlaamse huisartsen (WVVH).

Reposant sur la bonne volonté de leurs participants, ces projets en soi très louables ne peuvent être étendus à tous les médecins car ils nécessitent l'implication personnelle de tous les membres d'un groupe. C'est pourquoi, il est nécessaire d'exploiter au mieux les données jusqu'ici insuffisamment exploitées : tel est l'objectif du projet décrit ci-dessous, qui vise à exploiter les données situées à l'INAMI ou au ministère de la Santé publique.

Il faut bien reconnaître que la totalité de ces données forme un tout plutôt indigeste. Il convient de le mettre à disposition du corps médical sous une forme exploitable et en fonction de priorités ; c'est le Conseil national de promotion de la qualité qui sera chargé de déterminer ces priorités.

Janvier 2000 : les débuts du projet

Une note commune a été rédigée par les administrations de l'INAMI et du ministère des Affaires sociales et de la Santé publique à la demande des ministres de tutelle. Cette note prévoyait plusieurs axes complémentaires :

1. La création d'une cellule d'information pour les prestataires individuels et les GLEMs dans le cadre de l'accréditation.

Les missions spécifiques de la cellule d'information sont les suivantes (extraits de la note du ministre Frank Vandenbroucke, datée du 10 mars 2000) :

- « Apporter un soutien technique à l'information et à la communication, c'est-à-dire au mécanisme de l'accréditation de manière à en renforcer la transparence et, par là l'adhésion du corps médical ;
- Mettre à disposition une information complète et tenue à jour ;
- Déterminer les cibles et les vecteurs de communication vers le corps médical ;
- Apporter sa collaboration pour intégrer les données issues des deux départements qui peuvent fonder une approche de la qualité des soins ; aider à convertir les données en

Françoise Mambourg, médecin généraliste, cheville ouvrière de la Cellule d'information de l'accréditation.

**POLKA = Praktische ondersteuning voor lokale kwaliteitsgroepen bij audit. Il s'agit d'un projet d'assurance de qualité en soins primaires.*

Promotion de la qualité des soins en Belgique: la cellule d'information de l'accréditation

- information et l'information en message ;
- Apporter sa collaboration à l'organisation d'un feed-back visant à établir l'efficacité du message, de son contenu, des cibles et des vecteurs d'information choisis ;
- Développer les banques de données *Evidence Based Medicine*, recommandations de bonne pratique, d'informations utiles pour la bonne pratique médicale ;
- Répondre aux demandes d'information du corps médical dans le domaine de la qualité ».

2. La nomination du Conseil national de promotion de la qualité

Cette nomination faisait partie de l'accord médico-mutuelliste conclu pour 2001-2002.

Le Conseil national de promotion de la qualité (CNPQ) est chargé de :

- Gérer le *peer review* ;
- Développer de recommandations pour une bonne utilisation du dossier médical global ;
- Développer de recommandations en vue de promouvoir le travail en équipes ;
- Prendre connaissance des travaux du Groupe de direction de l'accréditation (GDA) ;
- Faire part de ses travaux au groupe de direction de l'accréditation.

3. Dans le projet 2000 il était prévu la mise en place d'un groupe de travail auprès du Conseil national de promotion de la qualité

Ce groupe est composé de différents acteurs :

- des représentants des ministres des Affaires sociales et de la Santé publique ;
- des experts des différents départements disposant de données pertinentes relatives à la qualité de la pratique médicale. Ces départements étant :
 - pour l'INAMI : la cellule administrative de l'accréditation, des commissions de profil, des profils de prescription, de Pharmanet ;
 - pour la Santé publique : la cellule de qualité, la cellule de modernisation, l'Institut de santé publique Louis Pasteur ;
 - pour l'INAMI et la Santé publique, la cellule technique RCM-RFM (résumé clinique minimum/résumé financier minimum) ;

- des experts extérieurs (Wetenschappelijke vereniging van vlaamse huisartsen, Société scientifique de médecine générale, Universités, etc.).

Les missions de ce groupe sont de :

- déterminer les services en ligne qui peuvent être réalisés par le service de l'accréditation : transmission des ordres du jour et des documents, liste des formations accréditées, liste des responsables de GLEMs, formulaire d'évaluation des GLEMs, etc. ;
- développer l'expertise nécessaire à une médecine basée sur des preuves ou faire appel à des experts ;
- soutenir le processus de *peer review* avec les organes concernés et avec les sources externes de données et notamment :
 - proposer des thèmes prioritaires qui peuvent être choisis pour la formation continue ou *pour peer review* ou qui peuvent faire l'objet de recommandations ;
 - déterminer les sources de données pertinentes qui peuvent documenter les thèmes prioritaires ;
 - déterminer les moyens d'évaluation des effets de l'information ;
- déterminer le volume, le rythme et la chronologie de l'information mise à disposition.

La situation en janvier 2002

La première concrétisation du projet, c'est la cellule d'information, petite structure mixte entre l'INAMI et le ministère de la Santé publique. Cette cellule, dont les moyens sont limités est chargée, en concertation avec le Groupe de direction de l'accréditation (GDA), de diffuser des programmes destinés aux GLEMS, grâce à des animateurs formés spécifiquement aux thèmes envisagés et in fine, d'évaluer l'impact des programmes. Pour 2000, il s'agissait de la campagne pour le bon usage des anti-inflammatoires non stéroïdiens. Le programme « antibiotiques » a débuté en 2001 et se poursuivra pendant plusieurs années au fur et à mesure de la publication des recommandations de bonne pratique relatives aux maladies infectieuses fréquentes. En 2002, un programme sera consacré à l'asthme.

Chaque programme est construit de la même façon :

1. Rassemblement du matériel de base ;
2. Information ;
3. Formation ;
4. Diffusion ;
5. Évaluation ;
6. Rassemblement du matériel de base.

1. Rassemblement du matériel de base

Ce matériel n'est pas élaboré par la cellule elle-même, mais bien construit à partir de recherches ou de travaux déjà effectués. Le rôle de la cellule est de le sélectionner et de le faire valider avant de le diffuser. Le contenu minimum d'un matériel de base est le suivant :

- Une étude de la littérature scientifique ;
- Une recommandation de bonne pratique ;
- Un manuel de promotion des compétences à usage de GLEMs (s'il est disponible) ;
- Des données spécifiques actuellement issues de Pharmanet.

L'étude de la littérature scientifique est effectuée en fonction des critères de sélection utilisés au sein des Cochrane Collaboration.

La recommandation de bonne pratique est élaborée par une société scientifique représentative des professionnels les plus souvent concernés (exemple : les généralistes pour le mal de gorge) à partir d'une revue exhaustive et discriminante de la littérature. Ensuite, elle est présentée dans plusieurs GLEMs pour tester son acceptabilité. Enfin, elle est à nouveau discutée avec d'autres professionnels concernés (les pédiatres et les oto-rhino-laryngologistes pour le mal de gorge) avant d'être validée par un groupe élargi. Dans l'avenir, la validation des recommandations transmises par la cellule d'information sera réalisée par l'Institut d'*Evidence Based Medecine* au moyen de l'instrument AGREE. L'Institut belge d'*Evidence Based Medecine* (CEBAM) a été créé fin 2001, son objectif actuel est de faire connaître l'*Evidence Based Medecine* et ses méthodes d'analyse en Belgique. L'instrument AGREE est développé au niveau européen afin d'évaluer de manière systématique et reproductible les recommandations de bonne pratique suivant six axes :

- Le sujet et les objectifs ;
- La participation des groupes intéressés ;
- La rigueur du développement ;
- La clarté de la présentation ;
- L'applicabilité de la recommandation ;
- L'indépendance éditoriale.

Le manuel de promotion des compétences à usage de GLEMs comprend du matériel didactique destiné à servir de base de discussion. Il est constitué de cas cliniques, d'une description critique des tests diagnostiques utilisables, d'une discussion des avantages et inconvénients du traitement, etc.

Les données chiffrées spécifiques constituent une alternative aux profils Pharmanet habituels en ce sens qu'ils privilégient l'approche « médecin » de telles données. Par exemple, il ne s'agit pas de montants financiers mais bien de *daily defined doses* (DDD). Le sujet est volontairement restreint afin de laisser place à la discussion. L'étude des prescriptions d'antibiotiques constitue un véritable challenge ; les données disponibles pour chaque médecin sont d'une part un ensemble de prescriptions et d'autre part, un ensemble de patients ; les patients sont attribués au médecin suivant la méthode majoritaire. Il n'existe aucun lien direct entre un patient et une prescription ni bien sûr de renseignement quelconque au sujet de la pathologie pour laquelle l'antibiotique a été prescrit. Un groupe d'experts a été chargé d'étudier ce problème spécifique.

2. Information

Le matériel rassemblé est placé sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.fgov.be dans la rubrique « dispensateurs-médecins » et peut être envoyé sur simple demande par fax (02/739.78.73).

Les médecins sont prévenus par une lettre personnelle du début d'un nouveau programme, lequel dans la mesure du possible, est en concordance avec d'autres actions. Ainsi, le programme « antibiotiques » destiné aux médecins a été lancé en même temps que le redémarrage de la campagne visant les patients.

3. Formation

Le matériel de base est destiné à être utilisé dans les GLEMs par des animateurs formés à cet

Promotion de la qualité des soins en Belgique: la cellule d'information de l'accréditation

effet. Afin de disposer de suffisamment de formateurs - et vu qu'il y a actuellement environ sept cents GLEMs de généralistes et huit cents de spécialistes -, la cellule, en concertation avec le GDA, a opté pour l'écolage de « super formateurs » dont la mission est de former les animateurs ou les rédacteurs des GLEMs. Ces super formateurs ont été recrutés parmi des médecins ayant déjà une expérience d'animation et présentés par les sociétés scientifiques, les universités ou les associations représentatives.



Ces super formateurs suivent un cursus rémunéré (dix séances) qui comprend l'apprentissage de l'utilisation de la recommandation de bonne pratique et de la littérature scientifique ; des séances de familiarisation avec la manière de réaliser une revue critique de la littérature ou une recommandation de bonne pratique ; des notions de statistique et des notions de base de l'*Evidence Based Medicine*, le tout à partir des sujets étudiés.

4. Diffusion

Ce sont les sociétés qui ont mandaté les super formateurs qui se chargent d'organiser les formations pour les animateurs des GLEMs. Tous les renseignements à ce sujet se trouvent également sur le site INAMI, ou peuvent être obtenus par téléphone au 02/739.77.73.

5. Evaluation

Les différentes étapes du programme sont soumises à des évaluations. La formation des superformateurs sera évaluée lors de la séance finale. Chaque GLEM remplit un dossier d'évaluation qui comprend une feuille par participant et une feuille spécifique pour l'animateur. Enfin, l'impact de l'action est évalué. Ainsi, pour le programme consacré aux anti-inflammatoires non stéroïdiens, un pré-test a été effectué par l'Institut de la santé publique auprès de plus ou moins trois cent médecins avant le démarrage de la campagne. Il sera répété en automne 2002 afin d'évaluer un éventuel changement de comportement des prescripteurs.

Les perspectives au printemps 2002

Le programme de formations des « super formateurs » est un franc succès auprès des généralistes francophones. Il sera évalué en juin et une formation du même type destinée aux spécialistes lui succédera.

L'asthme est la troisième priorité inscrite au programme de la cellule d'information et fera l'objet d'un programme complet à l'automne. D'autre part, l'évaluation par l'Institut de la santé publique de la campagne des anti-inflammatoires non stéroïdiens est attendue pour la fin de l'année.

Enfin, la mise en place « imminente » du Conseil national de promotion de la qualité permettra de choisir un thème prioritaire qui sera traité en 2003. Ce programme sera le premier à bénéficier des résultats acquis lors des évaluations successives.

Ainsi, comme dans la partition du mouvement perpétuel, quand nous arriverons à la dernière portée, nous nous remettrons au travail. ●



La qualité de l'assurance

En France, au début des années 90, les difficultés financières de la sécurité sociale ont amené les autorités à édicter des recommandations de bonne pratique médicale, assorties d'un système de sanctions en cas de non-respect : les références médicales opposables (RMO). Basées sur des consensus établis par les professionnels, les RMO édictent un ensemble de règles précisant ce qu'il ne faut pas faire, parce que dangereux, inutile ou redondant. Elles s'inscrivent dans une volonté de maîtrise des dépenses mais aussi d'amélioration de la pratique médicale et de protection de la santé publique. En cela, elles procèdent d'une démarche d'assurance de qualité.

A titre d'exemple, (nous sommes toujours en France), une RMO adressée aux anesthésistes stipule qu'il est inutile de pratiquer un électrocardiogramme avant une intervention chirurgicale chez un patient de moins de 55 ans ne présentant pas de risque particulier. Basée sur des études consensuelles et fiables, cette recommandation a été bien accueillie par ceux qui l'appliquaient déjà et aussi par ceux qui, bien que convaincus, ne l'appliquaient pas sous la pression de l'institution qui les emploie ou par peur de conséquences médico-légales en cas de problème. Toutefois, cette RMO ne constitue pas un paravent derrière lequel le médecin pourrait se retrancher : lors d'un procès, c'est la responsabilité civile et pénale que le juge examinera, c'est-à-dire l'attitude du médecin et l'état de nécessité du malade et non le respect aveugle des recommandations (le juge n'est en rien lié par les RMO).

Le non-respect des RMO, établi après enquête et défense du médecin, est assorti de sanctions financières faisant l'objet de savants calculs : par RMO « violée », le praticien pouvait se voir condamné à verser un montant équivalant à un mois de cotisations sociales multiplié par un indice de gravité médicale, un indice de fréquence des écarts commis et un indice d'incidence financière (en clair : amende par RMO non respectée = 1 mois de CS x IM x IN x IF). Ce système a été invalidé par le Conseil d'État en 1999 car il aboutissait à des sanctions « manifestement disproportionnées ».

La notion de RMO officialise ainsi une

judiciarisation de la pratique médicale. Jusque là, le processus de prise de décision du médecin était soumis aux règles du bon sens (celles du « bon père de famille »), aux règles du droit public et aux « règles de l'art », c'est-à-dire aux données acquises de la science du moment. Les RMO y ajoutent une nouvelle norme contraignante, passablement ambiguë. En effet, la liberté de prescription n'est pas remise en cause et le médecin reste soumis à l'obligation de moyens, c'est-à-dire au devoir d'apporter les meilleurs soins à un patient précis dans son cas particulier, fut-ce en contradiction avec les références.

L'exemple français nous invite à repenser les processus d'assurance de qualité dans leur contexte politique et économique. Les contraintes financières incitent nos autorités à maîtriser la croissance des coûts en matière de soins de santé. Bien que cela reste à démontrer de manière quantitative, l'assurance de qualité pourrait être un outil permettant de produire plus de santé sans accroître les coûts. La possibilité existe pourtant de réduire l'assurance de qualité, avec ses protocoles, ses lignes-guide, ses standards, à un outil de contrôle, comme le montrent les RMO¹.

La définition de la WONCA² porte en elle le germe de ce danger : « L'assurance de qualité pour la médecine générale/médecine de famille est une action planifiée ou un programme qui inclut l'évaluation des performances, et qui a comme objectif d'assurer que les soins au patient soient maintenus ou amenés à des standards ou des références pré-définis ». Planification, programme, évaluation, standards pré-définis, en eux-mêmes, ces termes ne recouvrent rien de péjoratif, ils décrivent des instruments.

La valeur d'un instrument se mesure à son efficacité mais surtout à l'usage auquel on le destine. Le volume et la qualité des recueils de données sanitaires (dossiers individuels, profils médicaux et de prescription, registres de pathologies spécifiques, statistiques de santé publique) offrent la possibilité d'affiner les analyses et d'optimiser les soins curatifs et préventifs.

Mise au service de la qualité des soins ou d'une optimisation des moyens financiers dévolus à

Axel Hoffman,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Norman Bethune.

(1) *Que l'on ne se méprenne pas, la référence aux RMO n'est qu'un exemple employé pour la facilité et qui ne résume pas, loin de là, l'ensemble de la démarche d'assurance de qualité.*

(2) WONCA :
World
Organization of
National
Colleges,
Academies and
Academic
Associations of
General
Practitioners/
Family
Physicians.

la santé, l'assurance de qualité peut aussi générer des informations et des pratiques moins recommandables.

réfère pas de façon univoque à une maladie définie par la science biomédicale dominante. Ces troubles peuvent être l'objet d'une



Une carte des écueils

C'est pourquoi il importe d'élaborer une carte des écueils qui peuvent la dévier de sa route. En voici quelques-uns, sans aucune exhaustivité.

- Comme nous l'avons déjà souligné, les aspects de contrôle sur leur activité expliquent la réticence de nombre de professionnels de santé à envisager positivement des démarches de type assurance de qualité ou santé publique. L'échec français (RMO) illustre qu'il est contre-productif de les détourner au service d'une politique autoritaire ou conduite prioritairement par des considérations budgétaires.
- On sait que la consultation en médecine générale débouche rarement sur un diagnostic positif, celui d'une maladie bien codifiée, et mène le plus souvent à un « résultat de consultation », à un trouble de santé qui ne

démarche d'assurance de qualité, mais leur gestion ne peut se satisfaire d'un accompagnement décontextualisé.

- L'information générée par les démarches d'assurance de qualité intéresse beaucoup de monde : les données de prescription aiguisent l'appétit de l'industrie pharmaceutique, les données de pathologies régulent les assurances, les employeurs, les organismes financiers.
- L'illusion de maîtrise guette. Le terme « assurance » est sans doute trop « rassurant ». Les praticiens de terrain doivent rester conscients de l'écart qui demeure entre donnée de santé et réalité du patient, ne pas oublier combien les codages sont réducteurs et les statistiques inapplicables au cas par cas. Et répercuter cette incertitude auprès de ceux qui organisent la santé.
- Les démarches d'assurance de qualité ne peuvent en aucun cas léser les droits des

patients. Le dossier médical (ou ses substituts comme le carnet de santé ou la puce à données médicales) ne peut devenir un « casier sanitaire » (comme on parle d'un casier judiciaire). L'anonymat des patients doit rester la base de toute démarche de qualité, et les données les concernant doivent être découplées : grâce à l'informatique, les multi-ples recueils de données (études, données administratives destinées au remboursement des soins, résumés cliniques, etc.) peuvent être trop aisément recoupés. Il ne s'agit pas seulement d'une question de vie privée mais aussi de préservation de ses droits (refus d'assurer des mauvais risques, stigmatisation de certaines pathologies, etc.).

Ne pas naviguer à vue

Il importe pour cela que la démarche d'assurance de qualité soit respectée dans tous ses critères.

Ce n'est pas pour rien que le critère de globalité est cité en premier lieu : négliger l'articulation de la santé au social, mais aussi à l'économique, au culturel, aux champs psychologique et philosophique ou religieux, c'est ouvrir la porte aux médicalisations hypocrites et à l'oubli des responsabilités complexes dans la santé de la population.

L'accessibilité est décrite comme la possibilité de recevoir des soins en toute circonstances et dans toutes conditions : elle doit aussi être comprise comme une protection contre le rejet des soins, comme l'obligation de garantir dans la démarche que rien ne sera fait qui pourrait entraver l'accès aux soins.

Chaque critère doit être pris en compte et aucun ne peut être nié, au risque d'ouvrir la porte à des dérives indésirables.

Paradoxalement, il faudra aussi envisager les aspects potentiellement dangereux de ces critères. La globalité n'est pas un laisser-passer pour le totalitarisme. La systématisation concerne l'action des soignants et non la dépersonnalisation des patients. Le travail en équipe ne signifie pas l'oubli de la confidentialité : le patient a le droit de s'adresser à une équipe tout en réservant certaines informations à la discrétion d'un intervenant.

Les dispensateurs de soins sont mieux placés que quiconque pour organiser leur assurance de qualité, en tenant compte des exigences et des avis justifiés de la population, des décideurs et des payeurs : ils sont situés entre le patient et les autres acteurs du système de soins, au service du patient, au départ de l'information qui nourrit l'action publique et à l'arrivée de ce que propose cette action. C'est à eux que revient la tâche de réguler les tensions entre deux pôles : d'un côté, l'organisation de la santé avec ses impératifs (politique de santé et ses contraintes dans un système socialisé, règne du profit dans un système libéralisé), de l'autre le désir du patient (de la demande légitime à la dérive clientéliste). Une assurance de qualité dont le contrôle échapperait aux professionnels et aux usagers détournerait inmanquablement les soins de santé de leur finalité fondamentale.

Enfin, la démarche d'assurance de qualité se doit de conserver une dimension dynamique, de sans cesse remettre en question les acquis et d'avancer vers un mieux qu'il lui faut sans cesse redéfinir.

A ces conditions, l'assurance de qualité sera et restera un outil au service de la santé. ●