

**RAPPORT d' ETUDE SUR LES CONDITIONS  
D'EXPERIMENTATION ET DE FAISABILITE DE LA  
DELEGATION DE TACHES EN CABINET DE  
MEDECINS DE GROUPE DANS LA REGION POITOU  
CHARENTES**

auprès de  
l'Union Régionale des Médecins Libéraux  
de la Région Poitou Charente

**Dr Yann Bourgueil**

**Le 31 octobre 2003**

# Sommaire

RAPPORT d' ETUDE SUR LES CONDITIONS D'EXPERIMENTATION ET DE FAISABILITE DE LA DELEGATION DE TACHES EN CABINET DE MEDECINS DE GROUPE DANS LA REGION POITOU CHARENTES .....	1
Sommaire .....	2
Introduction .....	4
I - Les apports de l'enquête auprès des trois cabinets .....	5
I.1 - Rappel des objectifs et de la méthode adoptée .....	5
La méthode a consisté à visiter chaque cabinet, rencontrer chaque médecin, les secrétaires, et interviewer une trentaine de patients. Cinq dimensions ont été particulièrement explorées: .....	5
I.2- Etat des lieux des trois cabinets rencontrés .....	7
1.2.1 – Des cabinets de groupes qui présentent de fortes similitudes et une véritable vie collective .....	7
1.2.2 – et des différences, notamment sur les systèmes d'informations .....	7
I.3- Les perspectives des médecins, le point de vue de patients .....	8
1.3.1 – Une démarche d'amélioration de la qualité et de développement de fonctions nouvelles pour les médecins et plusieurs freins identifiés .....	8
1.3.2 – Pour les patients, il s'agit de préserver la relation avec le médecin.....	10
I.4- Les enjeux d'un projet de délégation de tâches en cabinet de groupe.....	11
1.4.1 – De nouvelles pratiques organisées pour améliorer le service rendu plutôt qu'un transfert pur et simple des actes devant être réalisé au cours d'une consultation .....	11
1.4.2 – Quelle autonomie pour l'assistant et quelle organisation collective ? .....	12
1.4.3 – Comment impliquer le patient et comment communiquer sur le dispositif ?.....	12
1.4.4 - Qui paye pour quoi ? .....	12
1.4.5 – Une requalification nécessaire du projet.....	13
II – Le projet d'expérimentation ASALEE (Action de Santé Libérale En Equipe).....	14
II.1 – Les objectifs du projet ASALEE .....	14
II.1.1 – Un objectif principal : améliorer la qualité des services rendus aux patients en médecine de ville.....	14
II.1.2 – Qui se décline en plusieurs objectifs Spécifiques.....	14
II.1.3 – En pratique, des objectifs opérationnels qui passent principalement par le recrutement et la formation d'un professionnel de santé. ....	16
Il s'agit a priori d'un(e) infirmier(e) salarié(e) du cabinet qui élaborera avec les médecins du cabinet les procédures organisationnelles afin de : .....	16
II.2 – Attendus et cadre de l'expérimentation .....	17
II.2.1 – Un professionnel de santé salarié qui exerce sous la responsabilité médicale ....	17
II.2.2 – Un nouveau professionnel au cabinet qui induit une nouvelle organisation du cabinet .....	18
II.2.3 – Une amélioration de la qualité des services rendus aux patients, mais aussi aux médecins et un financement expérimental dont il faut envisager la pérennisation.....	18
II.2.4 – Un cadre expérimental contractuel entre l'URML et les médecins des cabinets de groupe et les patients .....	20
II.3 – Modalités de réalisation.....	20
II.3.1 – Définition des protocoles communs .....	20
II.3.2 – Recrutement et formation des personnes .....	20
II.3.3 – Constitution du comité de pilotage et modalités de suivi.....	21
II.3.4 – Montée en charge de l'activité des assistants aux cabinets .....	21

Cette période doit permettre de trouver les modalités d'organisation propres à chaque cabinet pour mettre en œuvre les actions d'éducation à la santé et les actions de dépistage, telles que définies au préalable. Elle peut être prévue sur deux mois.....	21
II.3.5 - Agenda .....	21
II.3.6– Budget prévisionnel.....	22
II.4 – Evaluation : modalités et conditions de mise en œuvre.....	23
II.4.1 – Principes et dispositif : une évaluation concertée et accompagnée.....	23
II.4.2 – Méthodologie, calendrier et financement prévisionnel .....	24
La méthode s'appuie pour une part sur la réalisation d'entretiens avec les patients, les médecins, les assistants accompagnée d'une observation du fonctionnement du cabinet...	24

# Introduction

L'augmentation de la demande de soins liée en partie au vieillissement de la population, la diminution relative du nombre de médecins notamment en milieu rural, l'augmentation des tâches administratives induite par les exigences d'évaluation et de gestion des dossiers de patients, ainsi que les attentes des jeunes médecins qui aspirent à exercer leur profession dans un cadre de travail plus collectif et avec des contraintes de temps moindres sont autant de facteurs à prendre en compte désormais dans l'évolution de l'exercice de la médecine générale en ambulatoire.

Un peu partout en France, se développent des projets variés visant à regrouper des professionnels (par exemple regroupement de plusieurs libéraux, médecins, dentistes, kinés, infirmiers sur un même site) et développer de nouvelles formes d'organisation des soins (expériences de réseaux sur des thèmes variés comme le dispositif mis au point par le conseil de l'ordre de la Mayenne avec un extranet sécurisé ou expériences de maison médicale et maisons de santé).

Dans ce contexte, l'Union Régionale des Médecins Libéraux de la région Poitou Charente a décidé d'engager une expérimentation de délégation de tâches, voire de développement de tâches « nouvelles ». Dans un premier temps, il s'agit de préciser les contours et de tester la faisabilité d'un tel projet auprès de trois cabinets de groupes. Dans un deuxième temps, il s'agit de mettre en pratique la délégation de tâches dans un cadre d'expérimentation qui permette de se prononcer sur les résultats de l'expérience et notamment de prendre en compte les conditions de pérennisation d'un tel dispositif en partenariat avec les acteurs institutionnels intéressés.

Afin de préciser les contours et modalités d'une éventuelle délégation de tâches nous avons choisi de visiter et rencontrer les médecins mais aussi quelques-uns de leurs patients. Il importait en effet de partir des attentes des médecins candidats à une expérimentation pour bâtir un cadre général et disposer d'une photographie initiale pour chaque cabinet. Il nous est aussi apparu essentiel de solliciter les patients afin de tester quelques hypothèses auprès d'eux. C'est ensuite à partir des informations collectées et constituées en monographies que nous avons travaillé avec le groupe de pilotage d'une part et le groupe des médecins (composition en annexe n° 1) pour définir l'objectif et le cadre de l'expérimentation de délégation de tâches.

La première restitution des visites de chaque cabinet qui a débouché notamment sur le choix de l'acronyme ASALEE pour caractériser le projet a été suivie par un travail complémentaire plus prospectif réalisé par chaque cabinet.

Une restitution finale au cours d'une réunion à laquelle participait la directrice de l'IFSI de Niort a permis de valider les objectifs, attendus et les modalités du projet.

Le rapport présente en deux parties successives, les résultats de l'enquête auprès des cabinets, les enjeux identifiés par le projet de délégation de tâches d'une part et le projet d'expérimentation ASALEE (Action de SANTé Libérale En Equipe) tel qu'il a été validé par le groupe d'autre part.

# **I - Les apports de l'enquête auprès des trois cabinets**

## **I.1 - Rappel des objectifs et de la méthode adoptée**

Les objectifs de l'enquête étaient de :

Décrire l'activité pouvant être réalisée par une personne travaillant dans chacun des trois cabinets de groupe, cette activité étant transférée ou nouvelle.

Et plus précisément

Décrire les différentes organisations des cabinets et des médecins qui y travaillent ainsi que leurs relations avec l'environnement. Ceci regroupe l'organisation matérielle du cabinet (les conditions matérielles sont-elles suffisantes pour accueillir une nouvelle personne ?) et l'organisation des activités journalières des médecins.

Définir le contenu des tâches transférables et les modalités d'organisation avec les médecins du groupe (activités administratives, activités de prévention, activités d'éducation à la santé, activités de prescription...).

Définir les conditions de recrutement, les conditions d'exercice et les modalités de financement d'un professionnel paramédical au sein d'un cabinet médical de groupe.

Définir les modalités de pérennisation et de généralisation d'une telle expérimentation dans le contexte français.

La méthode a consisté à visiter chaque cabinet, rencontrer chaque médecin, les secrétaires, et interviewer une trentaine de patients. Cinq dimensions ont été particulièrement explorées:

L'organisation et l'activité du cabinet lui-même

L'organisation et l'activité de chaque médecin au sein du cabinet

Les relations du cabinet et des médecins avec l'environnement

Les attentes et les souhaits des médecins en matière de délégation de tâches ou d'activités nouvelles pouvant être réalisées par une personne embauchée par le cabinet

Les attentes et les souhaits des patients

Une grille détaillée d'exploration des dimensions d'analyse est proposée en annexe n° 2. Elle a constitué la trame de l'entretien mené avec les différents interlocuteurs.

Le recueil de données a été réalisé principalement à partir d'entretiens semi-directifs administrés auprès de chaque médecin, du personnel salarié du cabinet quand c'est le cas, auprès des acteurs de l'environnement indiqués par les médecins et auprès des patients. Les monographies ont été relues et validées par les cabinets (annexe n°2). Les patients rencontrés au sein de chaque cabinet ont été vus après leur consultation, le motif de l'enquête et l'enquêteur étant présenté par les médecins. L'entretien ouvert semi-directif généralement de courte durée (15 minutes maximum) était mené à l'aide d'un guide explorant, leur ancienneté au cabinet en tant que patient, les pistes possibles d'amélioration vis à vis des consultations et leur perception vis à vis d'un assistant médical au cabinet. Le guide d'entretien et les résultats détaillés sont présentés en annexe n° 3.

Au total, chaque cabinet a fait l'objet d'une visite, douze médecins ont été rencontrés (quatre médecins dans chaque cabinet), trois secrétaires (une dans chaque cabinet) et trente six patients (16 au cabinet de Niort, 15 au cabinet de Chatillon et 5 au cabinet de Brioux). La

sollicitation des patients nous est apparue essentielle au stade très précoce de la réflexion afin de tester quelques hypothèses élaborées à partir de la littérature<sup>1</sup>, notamment le moment de l'intervention de l'assistant par rapport au médecin (avant ou après), les modalités de son intervention et les attentes des patients. Ces entretiens ont une valeur exploratoire et les conclusions ne peuvent pas être généralisées à tous les patients. Il est à noter que les patients qui ont été rencontrés étaient ceux vus par les médecins présents le jour de l'enquête (en général deux médecins par cabinet).

Un entretien collectif a été réalisé avec les médecins de chaque cabinet avant la première restitution qui a eu lieu le 10 juillet 2003. Cette première restitution a permis de valider les premières conclusions et de dessiner les contours de l'expérimentation (cf annexe n°4). Chaque cabinet a ensuite été sollicité afin de décrire le projet envisagé par le cabinet au moyen d'une fiche projet dont les conclusions ont été présentées le 7 octobre 2003 (annexe n°5). Cette dernière réunion a permis de finaliser le projet tel qu'il est présenté en partie 2 du rapport.

Le travail d'enquête, de restitution et de suivi a été réalisé par Gérald Toumelin stagiaire à l'URML et le docteur Bourgueil intervenant en qualité de consultant en interaction étroite avec le comité de pilotage formé des docteurs Bouges, Gautier et Boutin respectivement directeur, chef de projet et président de l'URML Poitou Charentes.

Une travail de recensement d'expériences similaires en France à partir d'internet a été réalisé par Gérald Toumelin.

Deux réunions intermédiaires avec le comité de pilotage et deux experts évaluateurs, Fabienne Midy du CREDES et Michel Naiditch du DIES-Fondation de l'Avenir ont permis d'enrichir l'analyse et de clarifier les enjeux et modalités de l'expérimentation.

---

<sup>1</sup> Efficacité et efficacité du partage des compétences dans le secteur des soins primaires – revue de la littérature 1970-2002. F. Midy. CREDES. Février 2003. [www.credes.fr](http://www.credes.fr).

## **I.2- Etat des lieux des trois cabinets rencontrés**

### ***1.2.1 – Des cabinets de groupes qui présentent de fortes similitudes et une véritable vie collective***

Les trois cabinets sont installés depuis de nombreuses années, respectivement, 37 ans pour Niort, 23 ans pour Brioux et 17 ans pour Chatillon. Ils regroupent au minimum quatre médecins, d'âges différents et ayant en général chacun une orientation particulière. Tous les médecins sont généralistes et conventionnés en secteur 1.

Les médecins de chaque cabinet ont de multiples relations avec leur environnement.

Ils sont tous informatisés et stockent les dossiers des patients sur informatique avec un système commun et un accès partagés aux dossiers médicaux.

Il existe des règles d'organisation collective et au minimum, un temps de réunion hebdomadaire dans chaque cabinet.

Chaque cabinet est organisé sur le même mode juridique avec une Société Civile Immobilière propriétaire des locaux et une société Civile de Moyen ou une Société Civile Professionnelle chargée de la gestion courante du cabinet. Il existe dans chaque cabinet un système de solidarité entre les médecins.

Les médecins se remplacent entre eux au moment des vacances.

Un médecin au moins de chaque cabinet accueille un interne de médecine générale en formation.

Enfin chaque cabinet dispose d'un local disponible, sous réserve d'aménagement pour certains, qui permet d'accueillir une personne.

### ***1.2.2 – et des différences, notamment sur les systèmes d'informations***

Les différences portent sur

Le lieu d'implantation, urbain pour Niort et Chatillon sur Thouais et semi-urbain pour Brioux sur Boutonne.

L'adoption de l'option médecin référent. Tous les médecins du cabinet de Chatillon sont adhérents à l'option référent et un grand nombre de patients le sont aussi (environ un millier), dans les deux autres cabinets seul un médecin est adhérent à l'option référent.

La nature des gestes réalisés. De nombreux gestes techniques (Ecg, holter, auto-mesure tensionnelle et petits gestes techniques sont réalisés au cabinet de Chatillon, ce qui ne semble pas être le cas dans les deux autres cabinets).

Les règles de gestion des ressources. Un cabinet est en société civile professionnelle avec partage intégral de l'ensemble des ressources générées et redistribution au prorata du temps de travail effectué. Dans les autres cabinets, une part fixe est mise en commun par chaque médecin pour alimenter le fonctionnement du cabinet.

Le système d'information est très développé dans deux cabinets qui ont supprimé leurs dossiers papiers et développent des systèmes de transferts automatisés avec leurs partenaires (labos, radiologues...). Ces deux cabinets ont expérimenté une utilisation de leurs données et de leur système d'information dans une visée préventive et en ont mesuré les limites. Le troisième cabinet, s'il est informatisé rencontre des problèmes d'harmonisation des pratiques

de codage et d'utilisation de l'informatique<sup>2</sup>. Il conserve en parallèle une gestion papier des dossiers et de fait un secrétariat important.

### **I.3- Les perspectives des médecins, le point de vue de patients**

#### ***1.3.1 – Une démarche d'amélioration de la qualité et de développement de fonctions nouvelles pour les médecins et plusieurs freins identifiés***

##### 1.3.1.1 - Les motifs d'insatisfactions évoqués par les médecins

Ils varient selon les cabinets, mais globalement les médecins n'expriment pas de motifs d'insatisfaction majeur. Pour certain, les principaux problèmes sont liés au manque de temps pour approfondir le travail, et ils estiment faire trop d'actes. Ce sont aussi ceux qui déclarent un temps de consultation moyen de 10 minutes, les autres étant plutôt proches de 20 minutes.

Sont évoqués :

- Le souhait de pouvoir délivrer une meilleure information sur les conseils et éducation du patient (plus approfondie, plus détaillée), se délivrer de certaines tâches (bons de transports).
- Un manque du suivi du patient. Il n'y a personne qui fait le lien entre l'hôpital et le médecin généraliste.
- Le souhait d'amélioration du système d'information de façon à accentuer l'évaluation et la prévention.

##### 1.3.1.2 - Les perspectives de délégation envisagées par les médecins

*Un axe autour d'une activité de prévention et d'information.*

L'activité de la personne pourrait porter sur le dépistage, la surveillance des malades chroniques. Par exemple, le dépistage individualisé (cancer, tabac, alcool...). La personne pourra faire des enquêtes nutritionnelles, réaliser des tests de dépistages pour l'orthophonie, la mal audition, les problèmes de vue, faire passer des tests psychologiques, notamment pour les personnes âgées.

Elle pourrait délivrer des conseils détaillés sur les régimes dans le cas de certaines situations de maladies chroniques (dyslipidémies, diabète, hypertension, alimentation du petit enfant, insuffisance rénale)

Elle pourrait organiser des sessions avec des groupes de patients présentant des problèmes similaires. Elle peut aussi organiser des sessions d'information des patients sur des thèmes assez généraux (6 par an) pouvant être réalisée en partenariat avec les autres professionnels de santé sous forme de sessions publiques.

---

<sup>2</sup> Cette situation est expliquée par une évolution du prestataire informatique au moment de l'informatisation et un défaut de suivi de la démarche d'informatisation.



### *Un axe autour de la coordination*

Dans le cas de suivis au domicile, ou en HAD, il s'agirait de faciliter l'échange d'informations entre médecins et infirmières (à préciser). Cet axe est envisagé par un cabinet dans le cas d'un partenariat avec le cabinet d'infirmières (à explorer).

La personne pourrait se déplacer, à l'hôpital, auprès des patients pour organiser le suivi. Le médecin disposerait de plus de temps pour s'occuper du maintien à domicile des personnes âgées.

### *Un axe autour de la gestion du système d'information et de l'épidémiologie.*

Les données ne sont pas toujours bien saisies dans la base informatique, une personne pourrait les saisir à la place des médecins ou tout au moins contrôler la qualité de la saisie et éventuellement la compléter. Le but est donc d'optimiser le système d'information pour faire plus de prévention. Il s'agit de s'assurer de la qualité du codage de son exhaustivité et éventuellement de réaliser la saisie.

La personne pourrait aussi réaliser des études à partir de la base de données du cabinet sur certains aspects dans un but de connaissance (description de la clientèle, étude sur certains thèmes comme le cancer), pour faire des requêtes dans un but de dépistage. Elle pourra participer à la production de statistiques et de données épidémiologiques.

#### 1.3.1.2 - Le profil de la personne et ses modalités de travail

La personne serait plutôt un(e) infirmier(e) ayant de bonnes connaissances en informatique, formée à l'éducation à la santé. La personne devra avoir des préoccupations de santé publique (intérêt pour les démarches de prévention, connaissance des acteurs, modalités d'étude et d'intervention en santé).

Son activité sera programmée. Selon les cabinets, cette personne travaillerait à plein temps ou à temps partiel (il est envisagé par certains qu'elle travaille sur plusieurs sites).

#### 1.3.1.3 - Le financement

Il pourrait être en partie assuré par les différents cabinets (avec plus ou moins option référent selon les médecins). Les sources de financement doivent être multiples (collectivités locales, assurance maladie).

#### 1.3.1.4 - Les freins envisagés par les médecins

L'aménagement des locaux et l'équipement informatique constituent un investissement non négligeable pour les deux cabinets qui doivent le faire. Quelles sont les perspectives à terme ?

Le profil recherché est très complet. Comment recruter une personne proche de ce profil et intéressée ?

Comment trouver à terme un financement pérenne ? Quel cadre possible dans la convention médicale ? Consultations approfondies déléguées ? option référent ? fonds publics des collectivités locales ?

Le recrutement d'une personne travaillant avec tous les médecins du cabinet nécessite que la coordination entre les uns et les autres (notamment entre les médecins) se développe, ce qui nécessite de se mettre d'accord et de négocier

En conclusion, les pistes évoquées initialement semblent se confirmer, à savoir le développement d'activités de conseil, d'éducation, d'évaluation de risques, de réalisation de tests, de prévention individualisée auprès des patients et de gestion de l'information. Ces activités paraissent pouvoir être facilement déléguées, afin de permettre au médecin de se concentrer sur la synthèse et la relation au patient.

Plus qu'une amélioration de la productivité (au sens du nombre de consultations et de leur durée), c'est une amélioration de la qualité du service rendu qui est attendue par les professionnels. La délégation d'activité permettrait de réaliser ce qui n'est pas toujours bien fait, qui prend du temps et qui est standardisable (enquête alimentaire, gestion de l'information relative au dossier patient dans une perspective de prévention, conseils multiples, coordination des interventions ou suivi du patient..).

### ***1.2.2 – Pour les patients, il s'agit de préserver la relation avec le médecin***

Les patients ont en moyenne cinquante ans, sauf à Niort où ils sont un peu plus âgés (seule une analyse de l'âge de tous les patients permettrait de valider ces éléments). On constate peu de différences entre les discours des patients des différents cabinets.

Les patients viennent au cabinet en général pour des raisons de proximité, la réputation et..l'habitude.

Ils ne voient pas vraiment d'améliorations à proposer et c'est généralement sur le temps d'attente qu'ils ont des remarques à formuler.

Ils formulent rarement des tâches insuffisamment réalisées par le médecin. Il s'agit généralement du temps de consultation qui est parfois considéré comme trop court et parfois le manque d'explications de la part du médecin sur des thèmes généraux comme la prévention ou des thèmes plus spécifiques, comme un examen d'exploration ou un acte opératoire.

A la question : Seriez vous prêts à voir un professionnel de santé systématiquement ? les personnes interrogés se déclarent plutôt opposés à le voir systématiquement avant la consultation avec le médecin, soulignant l'importance de garder la possibilité d'accéder directement au médecin s'ils le souhaitent. Ils sont plutôt d'accord pour voir un professionnel autre pour un problème spécifique ou après la consultation pour recevoir des informations plus détaillées ou régler des petits problèmes (prévention du cancer, pied diabétique, avoir des conseils en diététique, vaccination contre la grippe ou renouvellement d'ordonnance).

Ils déclarent accepter de voir un autre professionnel, si celui-ci est compétent, si ce professionnel est indiqué par le médecin et que ce dernier lui fait confiance.

L'importance de la relation de confiance établie avec le médecin est régulièrement citée. *« j'aime mon médecin comme ma religion, je n'ai pas envie d'en changer »*. La consultation auprès du médecin généraliste apparaît prioritairement dans ces entretiens comme une relation avec quelqu'un de confiance.

Une personne a évoqué la question du coût d'une prestation délivrée par un autre professionnel. « si c'est quelque chose en surplus qui va payer ? ça jouera en défaveur si c'est le patient qui doit payer ».

En conclusion, les patients sollicités mettent en avant la confiance et la relation individualisée au médecin comme élément principal de son activité. Ils acceptent le principe d'une délégation par le médecin, en aval d'une consultation avec celui-ci et souhaitent pouvoir conserver la possibilité d'accéder directement à leur médecin. Ils manifestent aussi le souhait de pouvoir être mieux informés.

#### **I.4- Les enjeux d'un projet de délégation de tâches en cabinet de groupe**

Nous avons cherché à souligner dans ce chapitre, les enjeux que soulève un projet de délégation de tâches en médecine générale tels qu'ils sont apparus au cours de l'étude.

##### ***1.4.1 – De nouvelles pratiques organisées pour améliorer le service rendu plutôt qu'un transfert pur et simple des actes devant être réalisé au cours d'une consultation***

Si c'est initialement sur la notion de délégation de tâches envisagée comme un moyen de répondre à une demande croissante avec des moyens médicaux limités, que la réflexion s'est engagée, il est rapidement apparu que la motivation principale des médecins n'est pas d'augmenter leur productivité. Il s'agit bien de recruter une personne pour développer et renforcer des activités nouvelles ou insuffisamment réalisées. Le risque serait de tomber dans le modèle d'organisation de la médecine telle qu'elle est décrite par un patient comme étant la médecine du travail (la personne se déshabille dans un box, puis une assistante prend la tension artérielle, le pèse, éventuellement réalise une anamnèse et passe la main au médecin). La pratique libérale de la médecine générale en France s'appuie fondamentalement sur la relation privilégiée entre le patient et le médecin au cours de la consultation, qui ne paraît pas pouvoir être décomposée en tâches élémentaires (à l'instar d'un processus de production industriel sur le modèle de l'organisation scientifique du travail), ces tâches étant ensuite attribuées à différents opérateurs. Il est néanmoins envisageable que certaines tâches soient réalisées par un ou une autre professionnel(le). Mais à distance de la consultation avec le médecin et dans le cadre d'un processus plus global qu'une simple consultation.

La perspective d'un « partage » d'une personne réalisant des activités spécifiques par plusieurs cabinets a été envisagée par un groupe de médecins. Cette orientation se rapproche en cela de l'expérience sur les microstructures menée en Alsace (annexe n° 6). Dans cette expérience, une équipe de professionnels vient consulter au cabinet du médecin pour des patients spécifiques. Dans le modèle de la microstructure les professionnels sont salariés d'une association indépendante. Ils permettent d'apporter au cabinet du médecin un service complémentaire et permettent aussi d'accéder plus facilement au patient comme à ce dernier d'accéder plus facilement à ces soins. L'évaluation de cette expérience qui est en cours pourra utilement nourrir le débat, notamment dans la perspective d'une généralisation de l'expérience à des cabinets où le médecin exerce seul.

### ***1.4.2 – Quelle autonomie pour l'assistant et quelle organisation collective ?***

Le niveau d'autonomie de la personne constitue un enjeu essentiel de l'expérience. Quels sont les gestes techniques délégués (quelle vaccination<sup>3</sup> ? Quels gestes techniques ?). Quelle autonomie pour développer des sessions d'éducation à la santé ou de dépistage ?

L'arrivée d'un professionnel dont la motivation reposera vraisemblablement sur la capacité à développer un métier nouveau en collaboration avec les médecins posera les questions relatives à ses marges d'autonomie et de décision. La pratique de l'éducation à la santé et de l'éducation du malade requiert des compétences spécifiques que les médecins ne maîtrisent pas forcément. La pratique de l'éducation à la santé paraît pouvoir se développer plutôt sur le mode de la collaboration entre professionnels plutôt que sous le mode du contrôle hiérarchique.

Il importe d'identifier les conséquences juridiques comme les conséquences organisationnelles. A ce titre, l'expérience des médecins spécialistes (radiologues, gastro-entérologues...) qui emploient du personnel pour les assister dans leur activité peut permettre de progresser utilement dans l'exploration des questions juridiques posées par une activité déléguée.

La développement de la dimension organisationnelle de la pratique médicale constitue un enjeu important du projet.

En effet comme l'on noté plusieurs médecins, un professionnel travaillant avec l'ensemble des médecins devra pouvoir le faire avec des repères communs. Les médecins devront donc s'engager à définir et appliquer des règles communes tout au moins pour certaines procédures. Les médecins du cabinet devront alors s'engager dans un processus de coordination parfois beaucoup plus développé que la pratique actuelle.

Il s'agit là d'une transformation essentielle de la pratique qui passe par l'acceptation de règles collectives et de contraintes pour chaque médecin. Nous pouvons faire l'hypothèse que ces contraintes seront plus facilement acceptées car définies par les médecins du cabinet avec l'assistant(e) médical(e) dans le cadre des procédures de travail.

### ***1.4.3 – Comment impliquer le patient et comment communiquer sur le dispositif ?***

Nous avons constaté que si les patients ne sont pas *a priori* hostiles à l'idée de voir un autre professionnel que le médecin, ils souhaitent conserver la possibilité d'accéder directement au médecin s'ils le souhaitent. L'adhésion des patients repose en grande partie sur l'adhésion des médecins et la façon dont ces derniers présenteront la démarche, son importance pour l'intérêt des patients et la confiance qu'ils accordent au professionnel travaillant au cabinet. Les modalités de présentation et d'introduction des activités réalisées par le nouveau professionnel doivent faire l'objet d'une réflexion et d'un accord entre les médecins.

### ***1.4.4 - Qui paye pour quoi ?***

Il paraît difficile d'envisager un paiement des activités d'éducation à la santé ou de dépistage individualisé par les patients. Or, l'exercice à temps plein d'un(e) assistant(e) au sein d'un cabinet de groupe représente une charge qu'il est inenvisageable pour les médecins

---

<sup>3</sup> si la vaccination contre la grippe semble pouvoir être réalisée par un(e) assistant(e), cela ne semble pas envisageable dans l'immédiat pour la vaccination contre l'hépatite B.

interrogés de financer dans le cadre de rémunération actuel de l'activité médicale (sauf pour partie dans le cadre de l'option conventionnelle).

Les activités envisagées sont orientés soit directement vers le patient, soit directement vers le cabinet. S'il paraît envisageable, ce qui reste à tester auprès de partenaires financeurs, de rémunérer des activités d'éducation et de prévention à la santé, les activités concernant la gestion du cabinet ne paraissent pas pouvoir être financées autrement que par le cabinet.

#### ***1.4.5 – Une requalification nécessaire du projet***

Il est rapidement apparu au cours de l'étude que la délégation des tâches ne devait pas guider le projet en tant que tel. Il s'agit plus de travailler en équipe même si l'assistant(e) médical(e) sera salarié du cabinet et placé sous l'autorité des médecins. L'autorité étant partagée entre les différents médecins, les règles communes choisies par le cabinet pour des situations bien particulières serviront de référence au fonctionnement collectif.

D'un commun accord, il a été décidé de re-qualifier le projet de délégation des tâches en projet **ASALEE** pour **Action de Santé Libérale En Equipe**.

## **II – Le projet d’expérimentation ASALEE (Action de Santé Libérale En Equipe)**

### **II.1 – Les objectifs du projet ASALEE**

#### ***II.1.1 – Un objectif principal : améliorer la qualité des services rendus aux patients en médecine de ville***

L’objectif principal de l’expérimentation ASALEE défini par le groupe de travail réunissant les médecins candidats à l’expérimentation et les membres de l’URML est d’améliorer la qualité du service rendu au patient en médecine de ville par le développement d’activité de santé en équipe au cabinet du médecin généraliste.

La notion de Santé souligne l’orientation du projet vers des actions visant à éviter la survenue de maladies ou de complications et se distingue en cela du soin.

La notion d’équipe comprend à la fois les différents médecins du cabinet, le secrétariat travaillant avec une personne salariée du cabinet à laquelle sont déléguées certaines tâches sous la responsabilité des médecins.

#### ***II.1.2 – Qui se décline en plusieurs objectifs Spécifiques***

Ils correspondent aux activités qui sont actuellement peu développées dans la pratique médicale au cabinet, soit en raison du manque de temps rendu plus aigu du fait de la demande de soins croissante, soit en raison de la spécialisation que requiert ce type d’activité (éducation à la santé et éducation du malade chronique notamment). Ces activités seront principalement assurées par une personne recrutée au sein du cabinet, en lien avec les médecins. Ces activités sont principalement orientées vers la prévention qu’elle soit primaire ou secondaire.

##### **II.1.2.1 – Développer l’éducation à la santé et l’éducation du malade**

*L’éducation sanitaire* est orientée vers des populations spécifiques comme les mères, les enfants et adolescents, ou personnes âgées. Il s’agit de délivrer des conseils, des informations à des personnes non malades, soit de façon individuelle, soit en séance de groupe.

*L’éducation thérapeutique* est orientée vers les malades atteints de pathologies chroniques (diabétiques, asthmatiques, patients hypertendus, hypercholestérolémie...). Il est désormais admis et de nombreuses expérimentations de réseaux thématiques en font actuellement l’expérience<sup>4</sup> que la qualité de vie et les résultats de santé des malades peuvent être améliorés par des actions spécifiques visant à permettre aux personnes malades d’adapter leurs comportements à leur maladie qu’ils portent sur l’hygiène de vie ou l’utilisation des traitements. Ces actions d’éducation à la santé requièrent un savoir faire spécifique et des modalités d’organisation particulières qui sont difficilement applicables en médecine de ville aujourd’hui (temps d’échange avec les patients, création ou utilisation de supports adaptés, organisation de séances collectives...).

---

<sup>4</sup> Réseaux thématiques sur le diabète, l’asthme, l’insuffisance cardiaque ou réseaux orientés vers les personnes âgées...

### II.1.2.2 – Développer le dépistage individualisé

L'application des recommandations de dépistage de certaines pathologies comme les cancers et les maladies cardio-vasculaires pose des difficultés aux médecins qui ne disposent pas toujours de l'information relative à la personne qu'ils voient en consultation pour un autre motif que le dépistage. Cette information, n'est pas toujours mise à jour, ni rassemblée.

Le développement d'outils informatisés d'aide au dépistage individualisé, vise à répondre à ces difficultés par une relative standardisation et automatisation du recueil de données.

La définitions de procédures communes à tous les médecins expérimentateurs et l'adoption d'un protocole propre au cabinet pour des pathologies types auxquelles sont associées des règles de recueil et de mise à jour des données constitue un objectif spécifique de l'expérimentation ASALEE.

Les pathologies concernées sont les suivantes :

Le dépistage des démences séniles

Le dépistage des cancers : Sein, Col de l'utérus, colon, autre

Le dépistage des maladies cardiovasculaires.

Le dépistage des glaucomes ?

### II.1.2.3 – Anticiper l'augmentation à venir de la demande de soins en médecine de ville : augmenter le nombre de patients suivis par le cabinet de groupe en réorganisant les soins

S'il ne s'inscrit pas dans un avenir immédiat, cet objectif est très présent dans la démarche d'expérimentation. Le vieillissement de la population, conjugué au développement des pathologies chroniques pèse sur la demande de soins qui s'exprime au cabinet du médecin de ville ou de campagne. Dans un contexte de diminution du nombre de médecins, l'enjeu est alors de réorganiser l'activité du médecin traitant afin de faire face à une augmentation de la demande tout en garantissant la qualité des soins.

En développant l'activité d'éducation à la santé et d'éducation du malade, comme de la prévention on fait l'hypothèse que les patients auront moins de complications et consulteront le médecin dans une moindre mesure. De même certaines consultations de suivi pourront être à terme réalisées par l'assistant(e) du cabinet sous la supervision des médecins.

En partageant le suivi des patients avec l'assistant(e) médical(e), les médecins pourront suivre un plus grand nombre de patients et se consacrer aux patients « complexes » en se recentrant sur la relation avec le patient, l'activité de synthèse et de prescription.

Il est donc attendu une évolution de l'activité des médecins du cabinet, aussi bien en terme quantitatifs que qualitatifs.

### ***II.1.3 – En pratique, des objectifs opérationnels qui passent principalement par le recrutement et la formation d'un professionnel de santé.***

Il s'agit *a priori* d'un(e) infirmier(e) salarié(e) du cabinet qui élaborera avec les médecins du cabinet les procédures organisationnelles afin de :

#### II.1.3.1 - Réaliser des sessions d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique.

Il s'agit de proposer au patient par l'intermédiaire du médecin, un suivi associant une consultation individuelle ou de groupe se déroulant au cabinet, sous la responsabilité du médecin.

##### *En ce qui concerne l'éducation thérapeutique*

Les thèmes retenus à ce jour sont le suivi du diabétique insulino dépendant et celui du diabétique non insulino-dépendant avec notamment la prévention du pied diabétique, ainsi que l'obésité et l'hypercholestérolémie par la réalisation d'enquêtes alimentaires et la délivrance de conseils en nutrition.

##### *En ce qui concerne l'éducation à la santé*

Les thèmes retenus concernent l'alimentation et les soins aux nourrissons, la santé des femmes, la santé des adolescents, la santé des personnes âgées avec notamment la vaccination. Des actions ciblées vers les personnes intoxiquées par le tabac sont envisageables.

Ces séances sont conseillées par le médecin aux patients correspondants aux critères définis au sein du cabinet<sup>5</sup>. Ces séances programmées, sont réalisées en groupe ou à l'occasion de consultations individuelles par l'assistant(e) du cabinet. Elles s'intègrent dans un protocole de suivi propre au cabinet et suivent les protocoles de références reconnus soit dans le cadre de l'ANAES, soit par la communauté scientifique.

#### II.1.3.2 – Développer le dépistage individualisé

Sur les problèmes et les situations à risques choisies en commun, chaque cabinet met sur pied un protocole de dépistage. L'assistant(e) sera inclus(e) dans le protocole. Son intervention pouvant se faire

en amont, par l'identification des patients à risques dans la clientèle des médecins du cabinet, par exemple en mobilisant la base de données informatique

en appui à l'activité du médecin, par exemple par la collecte des informations au cours d'une consultation dédiée avant la synthèse du médecin

en aval, notamment par le suivi du dossier en cas d'examen complémentaire, recueil du résultat auprès des partenaires et constitution du dossier, et éventuellement la relance des personnes

Bien entendu, ces activités de dépistage seront menées en articulation étroite avec les actions de dépistage organisées telles qu'elles se mettent en place à l'échelon du département pour le dépistage du cancer du sein comme pour le dépistage du cancer du colon.

---

<sup>5</sup> Quand un thème d'éducation ou de dépistage est commun aux trois cabinets, le référentiel doit être le même, les modalités organisationnelles pouvant tout à fait varier en fonction des ressources et de l'organisation locale.



L'activité de dépistage pourra s'appuyer sur les outils informatiques d'aide individualisée au dépistage actuellement en développement et testés dans certains cabinets.

### II.1.3.3 – Participer au fonctionnement du cabinet

Il s'agit, selon les cabinets de participer à la réponse téléphonique au même titre que les autres membres du cabinet, participer à la gestion des stocks et la gestion des trousseaux d'urgences des médecins, participer aux activités de suivi des malades, mettre à jour la base de données et les signalements dans les dossiers patients en particulier quand ces derniers sont informatisés.

Sur le plan pratique, l'emploi du temps de l'assistant(e) peut être décomposé en temps d'interaction directe avec les malades, temps de préparation des sessions d'éducation à la santé et temps de soutien aux activités du cabinet.

### II.1.3.4 – Participer à l'évaluation de l'expérimentation

Il s'agit notamment de participer au recueil de données qui permettra de renseigner les indicateurs retenus pour l'évaluation, des actions d'éducation à la santé et de dépistage mais aussi l'évaluation des impacts en terme d'organisation et d'activité au cabinet.

## **II.2 – Attendus et cadre de l'expérimentation**

### ***II.2.1 – Un professionnel de santé salarié qui exerce sous la responsabilité médicale***

A la différence d'expériences d'organisation des soins en réseaux, ou de regroupement sur un même site de plusieurs professionnels libéraux, l'orientation de ce projet s'inscrit dans une conception « entrepreneuriale » de la médecine générale de groupe. Les activités développées par le professionnel qui sera recruté seront réalisées sous la responsabilité des médecins et dans un cadre contractuel d'employeur à employé. Centrée principalement sur l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique, l'activité et surtout le champ de compétence et d'autonomie de la personne devront être définis en collaboration avec les médecins. Dans le cas d'une infirmière, c'est le décret de compétence qui fixe les limites de la responsabilité et du rôle propre de l'infirmière (décret numéro 2002-194 du 11 février 2002 en annexe n° 7). Ce décret mentionne notamment dans son article 1 que « l'exercice de la profession d'infirmier comporte l'analyse...la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé ». De même l'article 14 développe les fonctions d'éducation et de prévention. Le décret n° 94-221 du 16 février 1993 (annexe n° 8) fait plus explicitement référence aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières. Ces références devront être régulièrement sollicitées au stade de la description fine de tâches et du rôle de chacun.

Le statut de salarié implique la réalisation d'un contrat de travail, entre la Société Civile de Moyens et la personne recrutée pour lequel il importe aussi de déterminer une référence quand aux règles de rémunération du professionnel de santé. La convention collective des cabinets médicaux a été citée à plusieurs reprises. A titre indicatif, la rémunération de base d'une infirmière dans le cadre de cette convention collective (revalorisation en vigueur depuis le 2 mars 2000) s'élève à 1305.15 euros mensuels (165 heures, aucun accord sur les 35 heures n'ayant été trouvé jusqu'à présent entre les syndicats de médecins et les syndicats de salariés).

## ***II.2.2 – Un nouveau professionnel au cabinet qui induit une nouvelle organisation du cabinet***

Les trois cabinets impliqués ont développé à de degrés différents une organisation plus ou moins formalisée. Si les trois cabinets sont tous informatisés et ont adopté la règle d'accès commune aux dossiers de chacun, leur degré d'informatisation est variable.

Des temps de régulation hebdomadaires existent dans tous les cabinets. Ils ne portent pas toujours sur les pratiques.

L'embauche d'un nouveau professionnel au sein de chaque cabinet dont l'activité sera centrée sur l'éducation à la santé et la participation aux démarches de prévention, nécessite une adaptation de l'organisation et la définition de procédures communes à chaque médecin. Par exemple, le dépistage du cancer du colon par hémocult impliquant l'assistant(e) médical(e) doit faire l'objet d'une procédure spécifique au cabinet (critères d'inclusion, message délivré au patient, consultation ou pas avec l'assistant(e) médical, recueil des résultats, restitution des résultats au patient, conduite à tenir en cas de test positif ou négatif). L'assistant(e) du médecin recevra *a priori* les patients de chaque médecin du cabinet. Il ou elle offrira un service qui sera à partager entre les différents médecins. L'assistant(e) devra aussi s'appuyer sur les ressources du secrétariat, pour lequel un travail supplémentaire sera demandé.

On peut donc envisager des modifications importantes à terme dans l'organisation du cabinet, notamment par le développement de protocoles communs (même si pour certains cabinets il existe déjà un débat sur les pratiques et la définition de procédures communes).

Ces modifications peuvent avoir des effets importants sur la dynamique collective du cabinet dans la mesure où elles engagent une modification des pratiques à court et moyen terme. Ces modifications de pratiques s'accompagneront aussi de modifications de l'organisation de chaque médecin et de son temps de consultation.

## ***II.2.3 – Une amélioration de la qualité des services rendus aux patients, mais aussi aux médecins et un financement expérimental dont il faut envisager la pérennisation***

### **II.2.3.1 - L'hypothèse sous-jacente à l'expérience est celle d'une amélioration du service rendu aux patients, c'est à dire :**

*La possibilité pour lui d'être plus autonome, par rapport à sa maladie.* Ceci passe par la délivrance d'informations plus complètes et détaillées sur la maladie, les actions de prévention des complications à mettre en place, les modalités d'utilisation des traitements, l'anticipation et la gestion des complications.

*La préservation de sa santé par la délivrance de conseils* (diététiques pour les jeunes enfants, contraception pour les adolescents, chutes pour les personnes âgées)

*La mise en œuvre d'un dépistage individualisé conformément aux règles de l'art en vigueur* en s'adaptant aux référentiels produits par l'ANAES ou les sociétés savantes concernées. Ce dépistage étant soutenu par une meilleure gestion de l'information relative au patient.

Il peut être attendu des effets sur la satisfaction des patients (cf F. Midy), des effets sur la qualité de vie, voire à terme la survie des patients, mais aussi des effets sur les modalités de recours aux soins de la part des patients (moins sollicitation des médecins, moins sollicitation des services d'hospitalisation, meilleure utilisation des traitements par amélioration de l'observance thérapeutique).

### II.2.3.2 - Du point de vue des médecins

Les effets attendus portent sur le confort d'exercice ce qui comprend, une meilleure garantie de suivi des patients, une meilleure gestion de l'information médicale, un recentrage de leur activité sur la synthèse et la relation au patient. Une plus grande attractivité des cabinets pour les jeunes médecins et donc à terme une garantie de préservation de l'outil de travail.

### II.2.3.3 – Du point de vue des financeurs

Le développement d'une activité nouvelle engendre tout d'abord des coûts supplémentaires qui seront assumés pour partie par les cabinets, pour partie par les fonds propres de l'URML engagée dans le financement de l'expérience. Ces coûts comprennent une partie d'investissement (aménagement d'un local, équipement informatique, ligne téléphonique), une partie pour le fonctionnement, en l'occurrence, le salaire de la personne recrutée. Et une partie propre à la démarche d'expérimentation à savoir, le recrutement des personnes, leur formation, le suivi du projet et l'évaluation de ce dernier.

Enfin, il ne faut pas négliger les coûts cachés comme, l'encadrement par les médecins de l'assistant(e).

Sans préjuger des gains obtenus en terme de qualité des soins, il importe d'anticiper dès à présent les conditions d'un financement pérenne. Plusieurs scénarios peuvent être explorés, sans préjuger de leur validité juridique et de leur acceptabilité par les financeurs potentiels.

#### *1 – Un financement par l'activité médicale.*

Les actes réalisés par l'assistant(e) sont effectués sous la responsabilité du médecin et facturés à l'assurance maladie et au patient comme des consultations. L'activité de l'assistant(e) est facturée comme des actes médicaux et permet de dégager les fonds nécessaires au salariat de l'assistant(e).

#### *2 – Un financement par l'activité infirmière.*

Les actes sont facturés à l'assurance maladie et au patient comme des actes infirmiers (problème de nomenclature et problème avec l'assurance maladie) à l'instar de ce qui se passe dans certains centres de santé. Le financement de l'assistant(e) qui est salarié provient en, grande partie de son activité identifiée en tant que telle.

#### *3 – Un financement mixte.*

Les consultations d'éducation à la santé et l'aide au dépistage individualisé font l'objet d'un financement spécifique qui permet de prendre en charge, une partie du temps de l'assistant(e) (par exemple deux tiers ou quatre cinquièmes). Ce financement peut être obtenu dans le cadre d'actions de prévention (sécurité sociale, état, collectivités locales, mutuelles). C'est un financement pour un programme et non plus un mécanisme de paiement à l'acte.

Le temps consacré à la gestion du cabinet et l'amélioration de son fonctionnement peut être pris en charge par le cabinet lui même, soit dans le cadre de l'option référent, soit à partir du chiffre d'affaire du cabinet.

### ***II.2.4 – Un cadre expérimental contractuel entre l'URML et les médecins des cabinets de groupe et les patients***

L'URML Poitou Charente est maître d'œuvre du projet ASALEE, qui a été élaboré en partenariat avec les cabinets candidats à l'expérimentation. La mise en œuvre de l'expérimentation proprement dite suppose des engagements réciproques entre les médecins des cabinets et l'URML. Il importe que ces engagements soient détaillés et fassent l'objet d'un contrat entre :

L'URML qui s'engage à financer l'embauche d'un assistant médical durant une année pour trois cabinets. L'URML apporte son soutien méthodologique, l'aide à la mise en œuvre, l'animation, ainsi que l'évaluation du projet.

Les cabinets de leur côté qui s'engagent à recruter une personne, à l'accueillir et définir avec elle les conditions de collaboration en équipe. Les médecins s'engagent à participer aux réunions de suivi du projet, aux formations éventuelles, à mettre en œuvre les actions définies en commun et à participer à la démarche d'évaluation. Ils s'engagent à transmettre les informations nécessaires à l'évaluation (informations qui sont définies par le comité d'évaluation) concernant leur activité et leurs pratiques.

L'accord écrit des patients pour l'entrée dans l'expérimentation et l'utilisation des informations les concernant devra être sollicité.

## **II.3 – Modalités de réalisation**

La mise en œuvre du projet ASALEE nécessite la réalisation de plusieurs étapes successives ou concomitantes. Les étapes principales sont décrites ci-dessous.

### ***II.3.1 – Définition des protocoles communs***

S'il va de soi qu'il existe une marge de manœuvre propre à chaque cabinet, il nous semble nécessaire de définir un ensemble de thèmes communs à l'éducation et au dépistage des patients. Plusieurs pistes ont été évoquées (diabète, HTA, hypercholestérolémie, obésité, dépistage cancer du sein, du col et du colon, ou des maladies cardiovasculaires). Certains thèmes doivent être retenus en priorité et partagés par tous les cabinets. Pour chacun de ces thèmes, un référentiel commun doit être adopté (constitution de la bibliographie, proposition d'un référentiel et validation par l'ensemble des médecins). Ce référentiel permettra une comparaison inter-cabinets, tout au moins en ce qui concerne les processus de soin. Il est possible d'imaginer un état des lieux approfondi sur les pratiques à T0 sur le thème choisi afin de pouvoir évaluer sur le mode avant/après.

### ***II.3.2 – Recrutement et formation des personnes***

Suite à la réunion du 7 octobre 2003, il apparaît que le profil de la personne à recruter est celui d'une infirmière expérimentée à orientation en santé publique (on entend par là, intéressée par la promotion de la santé, l'approche préventive et psychosociale des personnes malades) formée, ou tout au moins disposée à utiliser l'informatique dans sa pratique.

Les profils de poste et les modalités de recrutement pourront être définies en partenariat avec l'IFSI de Niort, qui est de fait un partenaire du projet. Une formation spécifique à l'éducation

à la santé et à l'éducation thérapeutique pourra être élaborée en partenariat avec le Comité Régional d'Education à la Santé (CRES). Elle pourra s'adresser à la fois aux médecins et aux personnes recrutées dans les cabinets. Elle pourra être adaptée aux thématiques choisies par les cabinets. La formation permet une acquisition de connaissances et de compétences, elle peut aussi être envisagée comme un moyen de dynamiser l'expérimentation et de faciliter la cohérence des pratiques d'éducation à la santé notamment.

### ***II.3.3 – Constitution du comité de pilotage et modalités de suivi***

Un comité de pilotage de l'expérimentation sera mis en place. Il comprendra des représentants des professions concernés, un représentant de l'ISNAR, un représentant des élus locaux (les trois cabinets sont dans les Deux Sèvres), un représentant du comité régional d'éducation à la santé, un représentant de l'assurance maladie, un représentant de la DRASS, et des élus de l'URML, un représentant du comité régional de la démographie des professions de santé.

### ***II.3.4 – Montée en charge de l'activité des assistants aux cabinets***

Cette période doit permettre de trouver les modalités d'organisation propres à chaque cabinet pour mettre en œuvre les actions d'éducation à la santé et les actions de dépistage, telles que définies au préalable. Elle peut être prévue sur deux mois.

### ***II.3.5 - Agenda***

Il s'étend dans un premier temps sur une année de fonctionnement avec un(e) assistant(e) médical(e), mais une telle expérience doit s'envisager sur trois années au moins, pour commencer à produire quelques résultats de soins. De plus, le recrutement pour une année seulement d'une personne remplissant la fonction d'assistant(e) médical(e) paraît en première approche peu mobilisateur pour d'éventuel(le)s candidat(e)s.

De novembre 2003 à fin janvier 2004 : finalisation du contrat d'expérimentation avec les médecins des cabinets et signature, choix des thèmes communs et définition des référentiels, constitution d'un comité de pilotage, rédaction de profils de postes et mise en place d'une procédure de recrutement. Prévoir de débiter le recrutement une fois le contrat de projet signé. Finalisation des questions d'évaluation, choix d'un évaluateur.

De février à Avril 2004 : recrutement, formation, finalisation du protocole d'évaluation et réalisation des premiers recueils de données dans une perspective d'évaluation avant/après.

De mai à octobre : déroulement et suivi de l'expérimentation, un premier bilan peut être envisagé en novembre 2004.

Mars – Avril 2005 : évaluation finale et décision sur la suite à donner

### ***II.3.6– Budget prévisionnel***

Nous avons présenté des postes de financement et des montants calculés à titre indicatif. Ils doivent être validés. Nous avons aussi envisagés des financeurs potentiels.

#### II.3.6.1 - L'investissement paraît constituer un poste relativement modéré :

Aménagement du cabinet pour accueillir un nouveau professionnel. Ce qui comprend l'aménagement d'un bureau, l'équipement informatique, l'équipement d'une ligne téléphonique : financé par les cabinets

#### II.3.6.2 Le fonctionnement constitue le poste principal. Il comprend :

*La rémunération d'un(e) assistant(e).* Estimation à partir d'un profil d'infirmier(e) expérimenté(e) ayant une expérience d'environ 15 ans : Une estimation basée sur la fonction publique d'un salaire moyen net d'environ 1500,00 euros. Soit un salaire mensuel TCC à environ  $1500 \times 1.7 = 2550,00$

Soit pour trois infirmières pour une année, sans les primes de licenciement pour fin de CDD de  $2550,00 \times 36 = 91\ 800,00$  euros . Ce poste de dépense est financé par l'URML.

*Formation des professionnels de santé dont les médecins :* Soit une formation de 5 jours pour 15 personnes : à partir de 300 euros jours par personne (on imagine une formation résidentielle avec des intervenants extérieur et un montage adhoc).

Soit un total de  $300,00 \times 15 \times 5 = 22\ 500,00$  euros . Ce poste de dépense pourrait être financé par la région.

#### *Suivi et animation du projet :*

Ce poste se décompose en :

Indemnités de déplacement des médecins et des infirmières (tarifs URML), location des salles de réunion sur Niort ou Poitiers, soutien logistique.

Recrutement des infirmières, organisation des réunions, rédaction des comptes rendus, rassemblement de la documentation relative aux référentiels adoptés par les médecins, finalisation des protocoles communs.

Ce dernier travail paraît devoir être réalisé par l'URML, par exemple par un chargé de mission travaillant sur le dossier à temps partiel (2 à 3 jours par semaine). Soit à partir d'un salaire mensuel net de 1 700,00 euros.

Un montant pour une année de  $(1\ 500,00 \times 1,7 \times 12) \times 2/5 = 12\ 240$  euros. Ce poste serait à financer par l'URML

*Evaluation :* Elle est réalisée par un prestataire externe. C'est un poste important eu égard au caractère expérimental du projet. L'évaluateur doit pouvoir associer des compétences multiples et intervenir aus différents temps du projet.

Sur la base de 900,00 euros HT par journée homme et pour 40 journées.

Le total ttc est de  $900,00 \times 40 \times 1.196 = 43\,056,00$  euros TTC. Hors frais de déplacement. Ce poste de dépense pourrait être financé par l'état dans le cadre de la mission Berland.

Le coût total du projet arrondi avoisine 180 000,00 euros à ventiler entre différents partenaires

## **II.4 – Evaluation : modalités et conditions de mise en œuvre**

L'investissement de l'URML dans le projet ASALEE doit permettre de déboucher sur des conclusions eu égard aux objectifs identifiés : améliorer le service rendu au patient, et plus spécifiquement développer l'éducation à la santé, le dépistage individualisé, et meilleure réponse à la demande de soins croissante.

Ce projet conduit à l'introduction de changements importants dans l'organisation du travail au sein des cabinets de groupes candidats qui en attendent des améliorations dans leur fonctionnement. Il s'inscrit dans le cadre des expérimentations préconisées par le rapport Berland (octobre 2003).

A ce titre, il importe de se doter des moyens d'évaluer les résultats de l'expérimentation à la fois en terme de faisabilité et en terme de bénéfices pour les différents acteurs impliqués. L'évaluation conditionne la pérennisation et la généralisation de l'expérimentation.

L'évaluation du projet ASALEE est donc essentielle. Nous en proposons les principes et modalités suivantes

### ***II.4.1 – Principes et dispositif : une évaluation concertée et accompagnée***

L'expérimentation ASALEE constitue une innovation organisationnelle qui implique à terme plusieurs acteurs du système de santé. Si les professionnels et l'URML sont convaincus de l'intérêt d'un tel projet, la pérennisation et la généralisation de ce type d'expérience repose sur l'adhésion des autres acteurs au modèle ASALEE. Il importe donc, que ces acteurs soient sollicités quand à leurs attentes vis à vis de ce projet. Ces attentes doivent se traduire en question d'évaluation.

#### **L'évaluation doit donc être concertée.**

Il importe donc, avant de proposer un cadre d'évaluation quel qu'il soit, de constituer un dispositif de pilotage de l'évaluation qui associe les acteurs concernés par le projet. Ce comité a pour mission de formuler les questions auxquelles doit répondre l'évaluation, permettant ainsi de porter un jugement sur les conditions de pérennisation de l'expérience. La composition du comité de pilotage est donc essentielle. C'est le comité de pilotage de l'évaluation qui travaillera avec les évaluateurs, il peut être constitué à partir du comité de suivi.

Dès à présent et sans prétendre répondre à l'exhaustivité, il est possible d'envisager plusieurs dimensions de l'évaluation, qui constituent autant de questions :

*Quel bénéfice pour le patient ?* Il s'agit notamment d'évaluer la satisfaction des patients mais aussi les bénéfices en terme de santé. C'est en alors au regard des référentiels adoptés pour certaines thématiques (diabète, HTA, etc...), que l'évaluation permettra de répondre aux questions de la mise en place effective des référentiels et du nombre de patients pouvant être inclus ayant bénéficiés du protocole. Dans un délai d'une année, l'évaluation sera principalement descriptive (qu'est ce qui est effectivement mis en place ? qu'est ce qui fonctionne ? quelques indicateurs de processus pourront être définis et renseignés. Il ne sera pas possible de décrire les résultats de soins ou de santé dans le temps imparti, sauf à utiliser des méthodes de modélisation.

*Quels bénéfices pour les médecins ?* Il s'agit d'évaluer la satisfaction du médecin et les modifications de sa pratique induite par le travail en collaboration avec l'assistant(e) médical(e). En quoi, son organisation est-elle modifiée ? Il sera nécessaire d'explorer aussi bien les points positifs que les points négatifs.

*Quelles conséquences sur les pratiques ?* Cela concerne l'activité des médecins, mais aussi l'organisation du cabinet du cabinet dans son ensemble (durée de consultation, évolution de la file active, modification du suivi des patients et notamment la fréquence des consultations et leur répartition entre assistant et médecin)

*Quel bénéfice pour les assistant(e)s médicaux ?* Il paraît essentiel de recueillir l'avis des personnes recrutées pour travailler au sein du cabinet. Il importe d'explorer les difficultés rencontrées mais aussi les éléments de satisfaction.

*Quels coûts supplémentaires induits et quelles modification dans la fonction de production ?* Sans se prononcer sur l'efficacité du dispositif ASALEE, il importe d'en mesurer les coûts au plus juste. On s'intéressera aux différentiels de coûts induits par l'expérimentation, la situation de référence étant a priori le fonctionnement sans assistant médical. L'évaluation doit porter sur les coûts directs et réels. Elle doit aussi permettre de prendre en considération le temps investi par les médecins pour modifier leur organisation.

#### Une évaluation qui accompagne le projet

Nous considérons que dans un tel projet, la dynamique de l'évaluation permet aussi bien à accompagner le projet qu'à porter un jugement final. En posant le cadre de l'évaluation au départ avec les acteurs impliqués, les conditions de la pérennisation seront prises en compte d'emblée. Mais l'évaluation peut aussi permettre de piloter le projet et d'adapter celui-ci en cours de déroulement. Les évaluateurs devront être mobilisés au stade initial, au démarrage du projet, en cours et au terme d'une année.

#### ***II.4.2 – Méthodologie, calendrier et financement prévisionnel***

La méthode s'appuie pour une part sur la réalisation d'entretiens avec les patients, les médecins, les assistants accompagnée d'une observation du fonctionnement du cabinet.

Elle s'appuie aussi sur la collecte d'informations permettant de renseigner les indicateurs choisis pour l'évaluation, notamment en ce qui concerne les protocoles adoptés pour certains thèmes.



Il a été évoqué, un travail visant à recueillir de façon très précise la durée moyenne des consultations des médecins (pour certains types de malades notamment). Cette orientation doit être approfondie.

Le recueil des données à partir du système d'information de l'assurance maladie peut être envisagé en partenariat avec les caisses locales. Ce type de recueil permettrait de mesurer un éventuel impact en dehors du cabinet (mode de recours aux soins des patients auprès d'autres acteurs du système de santé modifié).

Une comparaison avant/après paraît envisageable pour certaines dimensions de l'évaluation. Les monographies réalisées dans le cadre de l'étude préalable peuvent constituer une base de référence sur le fonctionnement et l'organisation du cabinet. Mais elles doivent être complétées par un recueil spécifique initial, notamment en ce qui concerne la durée des consultations, la description de la patientèle des médecins et du cabinet.

Les étapes de l'évaluation sont les suivantes :

1 – Choix d'un évaluateur

2 – Constitution d'un comité d'évaluation, formulation des questions d'évaluation, et finalisation du protocole d'évaluation avec l'évaluateur

3 – Evaluation intermédiaire à 6 mois et présentation au comité d'évaluation

4 – Evaluation finale à 1 an

Budget et financement : environ en première approximation 45 000,00 euros TTC à financer sur des fonds état.