

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE : 2005

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(Décret du 7 avril 1988)

Présentée et soutenue publiquement
Le 1^{er} juillet 2005
Par **Mademoiselle Emmanuelle Deleau**

Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques en Médecine générale :

Installation d'infirmières dédiées à la santé publique dans des cabinets de
Médecine générale, sur le mode de la Délégation de tâches
Exemple de la prise en charge du diabète de type 2

Composition du jury :

Président :

Monsieur le Professeur Richard Maréchaud

Membres :

Monsieur le Professeur Daniel Herpin
Monsieur le Professeur Olivier Pourrat
Monsieur le Docteur Bernard Gavid

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Jean Gautier

PLAN DE LA THESE:

I- INTRODUCTION	3
II REVUE DE LITTERATURE	5
II.1 : Etudes réalisées sur le suivi des patients diabétiques de type 2 en France dans les 10 dernières années	5
II.1.1 : Etude ECODIA (5) réalisée en 1999	5
II.1.2 : Programme de santé Publique réalisé par la CNAMTS, la MSA et l'AMPI (6, 7) de 1998 à 2000	5
II.1.3 : Etude réalisée par l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) de la Région Centre (3) en 2000	6
II.1.4 : Etude ENTRED (Echantillon National Témoin Représentatif des personnes Diabétiques)* (8 ; 10 ; 14).....	7
II.1.5 : Etude réalisée par l'observatoire MEDIAD en 2001 (13).....	8
II.2 : Propositions, faites en conclusions de ces études, afin d'améliorer la prise en charge des patients porteurs de pathologies chroniques	9
II.2.1 : Propositions destinées aux médecins.....	10
II.2.2 : Propositions destinées aux patients	14
II.2.3 : Propositions faites aux réseaux	14
II.3 : La Délégation de tâches : Historique et Essais Anglo-Saxons en Médecine Générale, Expérimentations réalisées en France	15
II.3.1 : Historique et Essais Anglo-Saxons	15
II.3.2 : Expérimentations réalisées en France	17
III- DESCRIPTION DU PROJET « Action de Santé Libérale En Equipe » ou PROJET « ASALEE ».....	18
III.1 : Description du projet: Enquête initiale dans les cabinets volontaires.....	18
III.1.1 : Bilan initial des trois cabinets	18
III.1.2 : Attentes des médecins (11 médecins répartis dans les 3 cabinets)	19
III.1.3 : Le point de vue des patients (36 personnes issues des 3 cabinets)	20
III.2 : Le projet « ASALEE » proprement dit	21
III.2.1 : les objectifs de l'expérimentation « ASALEE »	21
III.2.2 : Le cadre définissant le contenu de l'expérimentation « ASALEE »	22
IV- EVALUATION en MAI 2005	30
IV.1 : Outils de l'évaluation.....	30
IV.1.1 : Protocoles d'utilisation et description des questionnaires en ligne sur www.isas.fr/informed79/	30
IV.1.2 : Description des questionnaires destinés aux patients, aux infirmières et aux médecins.....	32
IV.2 : Résultats.....	33
IV.2.1 : Résultats du dépistage du diabète de type 2 réalisé dans le cadre du projet « ASALEE ».....	33
IV.2.2 : Résultats du suivi des patients diabétiques de type 2 dans le cadre du projet «ASALEE».....	35
IV.2.3 : Résultats des questionnaires destinés aux patients	39
IV.2.4 : Résultats des questionnaires destinés aux infirmières : (Annexes 9 et 10).....	40
IV.2.5 : Résultats des questionnaires destinés aux médecins.....	44
V- DISCUSSION :	49
VI- CONCLUSION.....	58
VII- BIBLIOGRAPHIE:	60
VIII- RESUME & MOTS-CLES :	64
IX- ANNEXES.....	65

I- INTRODUCTION

Face au problème de la démographie médicale en France, plusieurs rapports ont été réalisés sur la demande du Ministère de la Santé. Dans un premier rapport remis en novembre 2002 (41), le Professeur Berland a identifié certaines coopérations pouvant éventuellement aboutir à une évolution de la répartition des compétences entre les personnels médicaux et paramédicaux.

En 2003, monsieur le Ministre de la santé JF Matteï a chargé le professeur Berland, président de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS), « de conduire une mission sur les transferts de tâches et de compétences, notamment en vue d'une coopération accrue entre les professionnels de santé » (42).

Des équipes médicales et paramédicales ont fait part de leur motivation pour expérimenter les conditions de ces coopérations. L'Union Régionale des Médecins Libéraux de Poitou-charentes (URML) est l'une de ces équipes. Elle a, en outre, pour mission d'améliorer la qualité des soins. Elle tente donc de trouver des solutions pour améliorer la qualité de l'exercice médical libéral au quotidien.

C'est dans cette réflexion que le projet « Action de Santé Libérale En Equipe » ou « ASALEE » a vu le jour. C'est une étude expérimentale de la délégation de tâches au sein de cabinets de médecine générale. Les pistes d'expérimentation se sont rapidement orientées vers des pathologies chroniques dont les prises en charge obéissent à des recommandations reconnues par la communauté médicale.

Parmi ces pathologies, il y a le diabète de type 2. Les patients diabétiques de type 2 sont pris en charge, dans la majorité des cas, par leurs médecins généralistes (6) (13).

Il y a une dizaine d'années, les médecins généralistes suivaient en moyenne une vingtaine de ces patients. Le nombre de diabétiques augmentant et celui des médecins généralistes commençant à diminuer, on peut supposer que ce chiffre est ou sera rapidement supérieur à 20 et ira en augmentant (17) (18).

(6) : Detournay B, Cros S, Charbonnel B et al : Managing type 2 diabetes in France: the ECODIA survey. *Diabetes Metab.* 2000; 26: 363-9.

(13) : Monnier L, Grimaldi A, Charbonnel B et al. Management of French patients with Type 2 diabetes mellitus in medical general practice: Report of MEDIAB observatory. *Diabetes Metab.* 2004; 30:35-42

(17): Mesbah M, Chwalow A, Balkau B. Prevalence of non insulin dependant diabetes as perceived by general practitioner in France. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1995; 43:225-30

(18) : Chambonet JY, Barantinsky-Mahot N, Dauget C, Charbonnel B, KrempfM. Le diabète de type 2 vu par les médecins généralistes de Loire-Atlantique et du Morbihan. *Sem Hop* 1999 ; 31-32 :1157-65

(41) : Berland Y, Gausseron T. Mission "démographie des professions de santé" Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. 2002 ; www.ladocumentationfrancaise.fr/brp/notices/024000643.shtml

(42) : Berland Y. Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences (rapport d'étape). Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées; 2003 ; www.ladocumentationfrancaise.fr/brp/notices/034000619.shtml

En France, le nombre de diabétiques devrait passer de 2 millions à 3 millions dans les 20 ans à venir. Le diabète est actuellement responsable, dans notre pays, de 15% des infarctus du myocarde, angioplasties et pontages, de 20% des dialyses rénales, de 500 à 1000 cécités par an et de environ 8500 amputations par an. Par ailleurs, le coût de sa prise en charge est estimé à environ 5 milliards d'euros par an¹.

Devenue une priorité de santé publique, le diabète de type 2 a été choisi, par le groupe de travail de l'URML, comme étant une des pathologies pour laquelle le suivi rentrera, dès le début du projet « ASALEE », dans le cadre de la délégation de tâches.

Afin de pouvoir évaluer ce nouveau mode de fonctionnement dans la prise en charge, en médecine générale, des pathologies chroniques, et plus précisément du diabète de type 2, il est indispensable :

- de réaliser un « état des lieux » de cette prise en charge depuis une dizaine d'années en France
- de faire le bilan des propositions faites en conclusion des études de cet « état des lieux »
- de réaliser le bilan de l'utilisation de la délégation de tâches en médecine générale dans les pays anglo-saxons et dans notre pays.

Ensuite, après une description de la mise en place du projet « ASALEE », l'auteur évaluera et tentera de montrer l'intérêt de cette pratique dans la prise en charge du diabète de type 2 (dépistage et surveillance).

¹ : Simon D, Eschwege E. Données épidémiologiques sur le Diabète de type 2 ; BEH 2002, n°20/21 :85-86

II REVUE DE LITTERATURE

Depuis une dizaine d'années, de nombreuses études, réalisées par différents organismes de santé en France, décrivent la prise en charge et le suivi, par les médecins généralistes, des patients diabétiques de type 2, traités ou non par hypoglycémifiants.

Ces études ont pris les recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) comme références pour la prise en charge de ces patients (2). (Annexe 1).

II.1 : Etudes réalisées sur le suivi des patients diabétiques de type 2 en France dans les 10 dernières années

II.1.1 : Etude ECODIA (5) réalisée en 1999

Elle a été réalisée en 1999 auprès de 311 généralistes et 51 spécialistes, et a porté sur le suivi durant 6 mois de 4119 patients diabétiques de type 2, recrutés sur tout le territoire français, traités par régime ou médicalement. Plus de 50% des patients étaient des hommes, avaient plus de 67 ans. La majorité d'entre eux était porteuse de plusieurs facteurs de risque cardio-vasculaires. 85% d'entre eux étaient traités par antidiabétiques oraux et le plus souvent un sulfamide, et seulement moins de 10% d'entre eux par des mesures hygiéno-diététiques.

Elle a mis en évidence que la prise en charge des diabétiques de type 2 était souvent insuffisante et même parfois inadaptée, et qu'il fallait améliorer cette prise en charge.

II.1.2 : Programme de santé Publique réalisé par la CNAMTS, la MSA et l'AMPI (6, 7) de 1998 à 2000

Cette seconde étude a été réalisée dans le cadre d'un Programme de Santé Publique par ces trois organismes de 1998 à 2000.

Les patients diabétiques de type 2 étaient recrutés à partir de la base de données informatique de l'assurance maladie, en fonction du codage des traitements hypoglycémifiants oraux. Les patients qui ont été suivis ne sont que ceux qui ont au moins un traitement per os et en sont donc exclus les patients traités par régime seul ou insuline.

Pluriannuel, ce programme avait pour but de réaliser un bilan initial en 1998 puis d'essayer d'améliorer la prise en charge de ces patients en informant les médecins des recommandations de l'ANAES et de l'AFSSAPS pour la prise en charge des patients diabétiques de type 2. La présentation de ces recommandations était associée à des rencontres avec des médecins conseils.

Le référentiel de suivi est celui réalisé par l'ANAES en 1999 (2) (**Annexe 1**).

(2) : Recommandations pour la pratique clinique de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) : Suivi du patient diabétique de type 2 à l'exclusion du suivi des complications ; janvier 1999 ; www.anaes.fr/

(5) : Detournay B, Cros S, Charbonnel B et al : Managing type 2 diabetes in France: the ECODIA survey. Diabetes Metab. 2000; 26: 363-9.

(6) : Ricordeau P, Weil A, Bourrel R, Vallier N, Schartz D et al. Programme de Santé Publique sur la prise en charge du Diabète de type 2: Evaluation de la prise en charge des diabétiques non insulino-traités entre 1998 et 2000. CNAMTS. Février 2002

(7) : Weill A, Ricordeau P, Vallier N et al ; Les modalités de suivi des diabétiques non insulino-traités en France Métropolitaine durant l'année 1998. Diabetes Metab. 2000 ; 26 :39-48.

Cette étude a permis de montrer que les patients étaient quasiment tous suivis, uniquement, par leur médecin généraliste. En effet, 94.5% d'entre eux ne consultaient pas de spécialistes et que ce taux est resté stable sur les 3 ans de recueil.

Pour ce qui est du suivi des recommandations, cette étude a mis en évidence une nette amélioration pour tous les critères :

La proportion des patients ayant un dosage de l'HbA1c au moins une fois par an, lors que le référentiel en recommande une tous les 3 ou 4 mois, passe de 41,3% en 1998 à 60,6% en 2000 soit une amélioration de 19,3 points en 2 ans.

Pour les autres critères de suivi (bilan lipidique, créatinémie, micro albuminurie, fond d'œil et ECG), l'amélioration est présente mais moins spectaculaire. En 2000, seulement 40% des patients ont vu l'ophtalmologiste dans l'année, 30% ont eu un ECG et un peu plus de 15% ont eu un dosage de micro-albuminurie.

Différentes hypothèses tentent d'expliquer l'écart de ces résultats par rapport aux référentiels de l'ANAES.

Tout d'abord, les médecins ont besoin d'un délai plus ou moins long pour modifier leurs pratiques et les rapprocher des recommandations. Ensuite, ils sont plus ou moins sensibles aux recommandations des sociétés savantes et des experts, d'où une motivation variable et propre à chacun. Enfin, il est apparu lors des entretiens avec les médecins conseils qu'il y a parfois des problèmes relationnels entre médecins généralistes et spécialistes (endocrinologues, cardiologues ou ophtalmologistes) qui compliquent les prises en charge pluridisciplinaires toutefois indispensables aux patients.(6)

II.1.3 : Etude réalisée par l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) de la Région Centre (3) en 2000

Suite aux résultats du programme de Santé Publique décrit précédemment, qui concordaient d'ailleurs avec celui d'autres enquêtes de pratiques (39), l'URCAM de la Région Centre a tenté de décrire la pratique des médecins généralistes dans la prise en charge du diabète de type 2, en établissant une typologie de ces pratiques, afin d'en déduire les modalités d'actions pour améliorer la qualité des soins.

La méthode utilisée a été celle du recueil des prescriptions faites par les médecins généralistes de la Région Centre, à partir des bases de données de l'Assurance Maladie.

(3) : Germanaud J, Deprez PH, Lasfargues G, Lecomte P et al. Using Medical Management Typologies to improve Quality of Care. An example concerning the follow-up of Diabetics patients by general practionners. Rev Med Ass Maladie 2003; 34:85-91.

(6) : Ricordeau P, Weil A, Bourrel R, Vallier N, Schartz D et al. Programme de Santé Publique sur la prise en charge du Diabète de type 2: Evaluation de la prise en charge des diabétiques non insulino-traités entre 1998 et 2000. CNAMTS. Février 2002

(39): Varroud-Vial M, Mechaly P, Joannidis S et al. Cooperation between general practionners and diabetologists and clinical audit improve the management of type 2 diabetic patients.Diabetes Metab 1999; 25:55-63.

Quatre profils ont été distingués (classification par la méthode des nuées dynamiques):

- profil A : 14,7% des généralistes : suivi par la glycémie seule sans dosage de l'HbA1c, ni examen paraclinique de recherche de complications.
- profil B : 32,3% des généralistes : suivi régulier par l'HbA1c mais peu d'examens de dépistage de complications.
- profil C : 34,4% des généralistes : peu de suivi par l'HbA1c et peu de dépistage de complications.
- profil D : 18,6% des généralistes : niveau de dépistage des complications le plus élevé des 4 profils mais avec une moins bonne qualité de suivi de l'équilibre glycémique que le profil B.

A partir de cette étude descriptive, l'URCAM a choisi d'adapter, en fonction de ces profils, ses actions auprès des médecins généralistes qui, bien que connaissant pour la majorité des référentiels (11) de l'ANAES, ne les appliquent pas pour autant.

II.1.4 : Etude ENTRED (Echantillon National Témoin Représentatif des personnes Diabétiques)* (8 ; 10 ; 14)

Le programme de Santé publique précédent a été prolongé par une quatrième étude appelée ENTRED (8). C'est la première étude d'une telle ampleur réalisée en France sur un échantillon représentatif de 10 000 personnes.

Ces personnes traitées pour le diabète ont été tirées au sort sur les bases des remboursements médicaux de la CNAMTS (au moins une prescription d'hypoglycémifiants oraux et/ou d'insuline) durant le dernier trimestre 2001.

Un questionnaire a été envoyé aux 10 000 patients en 2002 ; 4544 ont répondu et la plupart ont accepté qu'un questionnaire soit adressé à leur médecin (10). 2219 médecins ont répondu. Ces questionnaires ont permis de réaliser un bilan de l'état de santé des patients et d'évaluer la qualité des soins et la satisfaction des patients et celle des médecins.

Du fait du mode de sélection des patients, ENTRED ne renseigne que sur les personnes assurées au régime de l'assurance maladie (70% de la population) et traités par antidiabétiques oraux (sont donc exclus les patients traités par régime seul).

Plus de la moitié des patients à plus de 65 ans (54%). La moitié des personnes interrogées sont des hommes (54%) et plus du quart (27%) vivent seules.

(8) : Weill A, Varroud-Vial M, Fagot-Campagna A, Simon D, Lecomte P. Caractéristiques et état de santé des personnes diabétiques âgées et leur prise en charge médicale, étude ENTRED 2001. BEH 2005 ; 12/13 : 51-52

(10) : Romon I, Fosse S, Weill A, Varroud-Vial M, Fagot-Campagna A. Prévalence des complications macro vasculaires et niveau de risque vasculaire des diabétiques en France, étude ENTRED 2001. BEH 2005 ; 12/13 : 46-48

(11) : Recommandations pour la pratique médicale de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) : Stratégie de prise en charge du patient diabétique de type 2 à l'exclusion de la prise en charge des complications. ANAES 2000 ; www.anaes.fr/

(14) : Varroud-Vial M, Fagot-Campagna A, Vallier N et al. De ECODIA en 1998 à DIASTEP en 2001 : évolution de la prise en charge ambulatoire des diabétiques de type 2 en France Réseaux Diabète 2002 ; 14 : 22-25

*www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/diabete/diabete3_entred.pdf

64,5 % des diabétiques traités par hypoglycémifiants oraux avaient eu au moins un dosage de l'HbA1C depuis 6 mois mais encore moins d'une personne sur 3 (30%) bénéficie d'au moins 3 dosages d'HbA1c par an.

Cette étude a permis de mettre en évidence la continuité, pour la population étudiée, des résultats obtenus lors de l'évaluation des dossiers par la CNAMTS de 1998 à 2000.

La fréquence des dosages de l'HbA1C a continué à augmenter au rythme de 4% par an.

Pour les remboursements des autres critères du suivi, recommandés par l'ANAES (11), il est noté une augmentation de leur réalisation annuelle (dosages biologiques, ECG, fond d'œil) mais uniquement d'à peine 1% pour chaque.

La plupart des médecins (87%) se disent informés des recommandations de l'ANAES (11).

Ils sont globalement satisfaits des soins qu'ils délivrent (2% sont réellement insatisfaits).

Ils évoquent de nombreuses difficultés (par exemple : manque de temps dans 61% des cas) et sont peu satisfaits de leur prise en charge diététique (31%) (difficulté à trouver un diététicien (60%), difficulté à fournir des conseils hygiéno-diététiques dans 56% des cas).

Pour conclure cette étude, malgré le fait que les professionnels de santé se disent globalement satisfaits de leur prise en charge des patients diabétiques, il s'avère que celle-ci est encore très insuffisante bien qu'en cours d'amélioration d'année en année (14).

II.1.5 : Etude réalisée par l'observatoire MEDIAD en 2001 (13)

La dernière étude, qui sera évoquée dans ce bilan de la prise en charge des patients diabétiques de type 2 par les médecins généralistes en France, est celle qui s'est déroulée entre avril et octobre 2001 et qui a été mise en place par l'observatoire MEDIAD.(13)

Elle a été réalisée afin d'évaluer la prise en charge des patients diabétiques de type 2 suivis en ambulatoire par des médecins généralistes.

Elle cible les personnes ne recevant aucun traitement, ou traités par des mesures hygiéno-diététiques seules, ou, associées à un antidiabétique oral en monothérapie.

4088 patients diabétiques de type 2 ont été inclus entre avril et octobre 2001 par 1.410 médecins généralistes répartis sur tout le territoire français.

Ces médecins devaient inclure les 4 premiers patients diabétiques de type 2 correspondant aux critères de l'étude et vus en consultation durant cette période.

L'analyse des données a été réalisée à partir des dosages d'HbA1c réalisés le jour de la consultation d'inclusion à l'étude.

(11) : Recommandations pour la pratique médicale de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) : Stratégie de prise en charge du patient diabétique de type 2 à l'exclusion de la prise en charge des complications. ANAES 2000 ; www.anaes.fr/

(13) : Monnier L, Grimaldi A, Charbonnel B et al. Management of French patients with Type 2 diabetes mellitus in medical general practice: Report of MEDIAD observatory. *Diabetes Metab.* 2004; 30:35-42

(14) : Varroud-Vial M, Fagot-Campagna A, Vallier N et al. De ECODIA en 1998 à DIASTEP en 2001 : évolution de la prise en charge ambulatoire des diabétiques de type 2 en France *Réseaux Diabète* 2002; 14 :22-25

Ces dosages d'HbA1c ont permis de répartir les patients en trois groupes en fonction de ceux-ci :

- 12,8% des patients avaient un taux satisfaisant c'est-à-dire une HbA1c < 6,5%,
- 45,6% avait une HbA1c > 8% témoignant d'un très mauvais équilibre,
- 41,6% avait un équilibre médiocre et insuffisant c'est-à-dire une HbA1c entre 6,5 et 8%.

L'âge moyen de ces patients diabétiques de cette étude était de 61 ans.

L'indice de masse corporelle (IMC) moyen était de 29,1 kg/m².

La maladie était diagnostiquée depuis 5 ans ou moins dans 66,8% des cas.

28,4% de ces patients étaient fumeurs, 41,5% avaient une hyperlipidémie connue, 20% avaient déjà des complications du diabète (dont 8,3% une rétinopathie connue et 6,7% une atteinte cardiovasculaire).

Leur traitement consistait en des mesures hygiéno-diététiques seules dans 11,3% des cas, une monothérapie par voie orale dans 28,2% des cas, et, en une association mesures hygiéno-diététiques et monothérapie par voie orale dans 55,1% des cas.

5,4% des patients diabétiques de type 2 n'avaient aucune prise en charge.

En ce qui concerne l'activité physique, seulement 28,4% des patients interrogés déclaraient avoir une activité physique régulière.

Le respect du régime, tout comme la pratique d'une activité physique régulière, diminuaient progressivement, alors que la fréquence des complications du diabète augmentait avec la dégradation de l'équilibre glycémique (objectivée par l'élévation du taux d'HbA1c).

Cette étude permet donc de conclure que malgré des recommandations apparemment connues des médecins (11), un grand nombre de diabétiques a une prise en charge inadaptée et un diabète mal équilibré (87,2% ont une HbA1c > 6.5% et 45.6% ont une HbA1c > 8%).

II.2 : Propositions, faites en conclusions de ces études, afin d'améliorer la prise en charge des patients porteurs de pathologies chroniques

De nombreuses propositions ont été faites à l'issue de toutes ces études afin de trouver des solutions pour améliorer cette prise en charge.

Ces propositions s'orientent vers 3 axes de réflexion :

- les médecins eux-mêmes
- les patients
- le rôle des réseaux et/ ou de nouvelles organisations de travail.

(11) : Recommandations pour la pratique médicale de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) : Stratégie de prise en charge du patient diabétique de type 2 à l'exclusion de la prise en charge des complications. ANAES 2000 ; www.anaes.fr/

II.2.1 : Propositions destinées aux médecins

II.2.1.1 : L'utilité des échanges entre médecins

Ces échanges amélioreraient la prise en charge des patients. (3, 20)

L'étude de l'URCAM Centre propose des entretiens avec les médecins conseils (3). Ces entretiens mis en place lors des demandes du ticket exonérateur pour un patient diabétique permettraient de faire le point sur le suivi du patient en question. Ils sont basés sur une politique d'échanges confraternels. Les médecins conseils y assurent la promotion des recommandations de bonne pratique de l'ANAES. Ces entretiens sont de plus en plus réalisés associés aux résultats des prescriptions des médecins. Il semble que la visualisation de sa situation vis-à-vis des recommandations et de la moyenne départementale ou régionale, permet au médecin de mieux connaître sa pratique, facilite l'intégration des recommandations et la mise en place des changements à réaliser.

Une autre solution qui reste à explorer en France est celle présentée par B.D. Frijling aux Pays bas (20). Il a étudié l'intervention d'un spécialiste qu'il appelle un « facilitateur ». Celui-ci vient au cabinet du médecin généraliste pour une aide ponctuelle dans la prise en charge thérapeutique et semble favoriser celle-ci pour les patients au diabète déséquilibré.

II.2.1.2 : L'amélioration de la formation médicale continue des médecins généralistes

Parfois peu ou pas pratiquée, elle est devenue nécessaire pour tous (17). En effet, le perfectionnement et l'appropriation des connaissances nouvelles, qui évoluent au rythme très soutenu des avancées de la science, paraissent être les premières étapes en vue d'une amélioration de la prise en charge des patients et donc de la qualité des soins.

(3) : Germanaud J, Deprez PH, Lasfargues G, Lecomte P et al. Using Medical Management Typologies to improve Quality of Care. An example concerning the follow-up of Diabetics patients by general practionners. Rev Med Ass Maladie 2003; 34:85-91.

(11) : Recommandations pour la pratique médicale de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) : Stratégie de prise en charge du patient diabétique de type 2 à l'exclusion de la prise en charge des complications. ANAES 2000 ; www.anaes.fr/

(17): Mesbah M, Chwalow A, Balkau B. Prevalence of non insulin dependant diabetes as perceived by general practitioner in France. Rev Epidemiol Sante Publique 1995; 43:225-30

(20): Frijling BD, Lobo CM, Hulscher ME et al. Multifaceted support to improve clinical decision making in diabetes care: a randomized controlled trial in general practice. Diabet Med. 2002;19: 836-42.

I.2.1.3 : L'évaluation des pratiques et la réalisation d'audit

Pour qu'une activité fasse l'objet d'un audit, il faut qu'elle réponde au moins aux trois critères suivants :

- qu'elle soit suffisamment importante pour les médecins
- qu'il existe des recommandations qui la balisent, que celles-ci soient reconnues et basées sur un bon niveau de preuve
- que les problèmes pressentis puissent être améliorés en fonction des résultats de cet audit.

Le diabète de type 2 est un exemple parfait. C'est pourquoi l'étude française DIASTEP (12) (DIABète Stratégie Thérapeutique Efficace et Partagée) a été réalisée.

Elle était basée sur deux audits successifs, réalisés en février 2001 puis septembre 2002, auprès de 1631 médecins généralistes (au sein de 202 groupes de travail) recrutés sur la base du volontariat sur tout le territoire français, et, de respectivement 15120 puis 15106 patients diabétiques de type2 (soient entre 9 et 10 patients par médecin).

Le premier audit a pour but d'évaluer les pratiques des médecins généralistes par rapport aux recommandations de l'ANAES et d'élaborer à partir des résultats des mesures correctrices afin d'améliorer la prise en charge des patients diabétiques de type 2. Ce bilan se fait en binôme avec un diabétologue.

Le second audit a permis de réaliser le bilan à un peu plus d'un an de prise en charge globale (clinique et biologique) des patients.

Les résultats de DIASTEP ont montré sur le plan clinique une amélioration du contrôle glycémique et tensionnel grâce à une optimisation du suivi et à l'intensification des traitements. Il faut noter que l'appropriation des recommandations sous forme de consensus local (au sein d'un des 202 groupes) ne parait pas augmenter l'efficacité de l'audit

Par contre DIASTEP a montré, aussi l'intérêt d'une amélioration de la collaboration entre les médecins généralistes et spécialistes. En effet, celle-ci entraîne un meilleur suivi des recommandations et donc une meilleure prise en charge (12, 13).

Une autre étude publiée en 2002, et réalisée en Nouvelle Zélande par T. Kenealy (25) montre l'amélioration de la prise en charge de patients diabétiques de type 2 par les médecins généralistes entre 2 autoévaluations en 1990 puis 1999. Lors de la seconde évaluation, il semble que les médecins aient été sensibilisés suite à la première et réussissent mieux à appliquer les référentiels de suivis biologiques et de traitements. Par ailleurs, ils déclarent se sentir mieux formés et confiants dans leurs prises en charge. Cette étude semble donc montrer un aspect plutôt positif de l'audit.

(12) : Varroud-Vial M, Bauduceau B, Attali C et al. DIASTEP: improvement of management and outcomes of patient with Type 2 diabetes. A national audit undertaken by 1631 French GPs. 18th International Diabetes federation congress: OP Health Care Organisation 2: Improving Patients'Outcomes. 2003

(13): Monnier L, Grimaldi A, Charbonnel B et al. Management of French patients with Type 2 diabetes mellitus in medical general practice: Report of MEDIAB observatory. Diabetes Metab. 2004; 30:35-42

(25): Kenealy T, Kenealy H, Arroll B et al. Diabetes care by general practitioners in South Auckland: changes from 1990 to 1999. N Z Med J 2002; 115: 1164.

Mais, les audits présentent aussi des limites dans leurs applications à long terme.

La première de ces limites est un doute sur la pérennité des résultats : dans l'étude Renders (21), le pic d'amélioration des pratiques est atteint au cours de la deuxième année puis cette amélioration a tendance à diminuer ; dans une autre étude les pratiques sont retournées à leur niveau de base dès la fin de la première année (23).

La deuxième limite est le temps demandé aux praticiens pour la collecte et l'analyse des données, temps qui est déjà parfois difficile à trouver pour la prise en charge de la maladie même et de ses complications.

Il faut mentionner aussi une méta analyse des études publiées sur les interventions pour améliorer les soins aux patients atteints de maladies chroniques (24). En ce qui concerne le diabète de type 2, selon cet auteur, l'audit serait le moyen le moins efficace et l'éducation des patients, la formation des professionnels seraient plus utiles.

En France, l'auto évaluation de la prise en charge des diabétiques de type 2 par rapport aux recommandations et aux résultats régionaux et nationaux s'installe et il faut rappeler qu'elle peut se faire dans le cadre de l'étude ENTRED (8). Cette étude nationale, décrite plus haut, permet des bilans tous les 3 ans du suivi de cette pathologie chronique. Elle est un outil important de prévention et d'aide à la prise en charge. Outre l'évaluation, elle permet d'instaurer des protocoles nationaux comme par exemple celui qui débute en 2005 : il vise à améliorer la prévention des lésions du pied chez les diabétiques et il permet l'expérimentation d'un dépistage de la rétinopathie diabétique par rétinographe non mydriatique avec transmission des images sur sites de lecture agréée.

D'autres modes d'évaluation des pratiques sont pratiqués en Europe (Pays-Bas (20, 21), Danemark (22)...) et aux USA (23). Ils sont essentiellement fondés sur le retour systématique aux professionnels de santé d'informations sur leurs prescriptions et les résultats des soins reçus par leurs patients

(8) : Weill A, Varroud-Vial M, Fagot-Campagna A, Simon D, Lecomte P. Caractéristiques et état de santé des personnes diabétiques âgées et leur prise en charge médicale, étude ENTRED 2001. BEH 2005 ;12/13 :51-52

(20): Frijling BD, Lobo CM, Hulscher ME et al. Multifaceted support to improve clinical decision making in diabetes care: a randomized controlled trial in general practice. Diabet Med. 2002;19: 836-42.

(21) : Renders CM, Valk GD, Franse LV et al. Long term effectiveness of a quality improvement program for patients with type 2 diabetes in general practice. Diabetes care 2001; 24:1365-70

(22): De Fine Olivarius N, Beck-Nielsen H, Andreasen AH et al. Randomised controlled trial of structured personal care of type 2 diabetes mellitus BMJ 2001; 323: 970-5

(23): Kirkman MS, Williams SR, Caffrey HH et al. Impact of a program to improve adherence to diabetes guidelines by primary care physicians Diabetes care 2002; 25: 1946-51.

(24): Wiengarten SR, Henning JM, Badamgarav E et al. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness-which ones work? Meta-analysis of published reports. BMJ 2002;325

II.2.1.4 : Entre l'échange entre médecins, la formation continue et l'évaluation des pratiques : les « groupes de pairs » (3, 9, 15, 38)

C'est un groupe de travail constitué de 5 à 12 médecins généralistes (et uniquement : pas d'observateur extérieur, ni d'intervenant), qui se réunissent régulièrement (en général une fois par mois).

Les séances de travail s'organisent en général en 3 étapes :

1) Etude de cas :

Chaque médecin expose un dossier de consultation choisi au hasard (par exemple : le 3^{ème} patient du lundi matin) ; il doit le présenter du motif de consultation à la décision de prise en charge, et, il doit aussi expliquer les éventuelles difficultés qu'il a rencontré dans celle-ci. Cette présentation est parfois suivie d'une discussion en cas de doute du médecin lui-même par rapport à sa propre prise en charge ou de désaccord de la part d'un ou plusieurs des autres médecins. Elle peut aussi avoir comme origine le(s) référentiel(s) correspondant au cas en question, une publication récente en rapport, un cas similaire rencontré par un autre médecin.....

2) Analyse du parcours et de la coordination des soins :

C'est la mise en commun et l'évaluation à propos des filières de soins locales : c'est-à-dire à qui confier tel cas, informations sur les réseaux, ... Au cours de ce temps, peuvent aussi être abordées les problématiques juridiques, administratives et sociales rencontrées quotidiennement.

3) Temps libre :

Propre à chaque groupe de travail. Souvent, il est utilisé en fonction des problèmes et des discussions abordés à la séance précédente : un des médecins a pu être chargé par le groupe de réaliser une bibliographie sur un sujet dont la solution n'avait pas été trouvée ou était incertaine ; autre solution : un cas inhabituel peut être présenté....

C'est donc un mode de mise en commun des connaissances et de travail en Médecine Générale, qui permet la discussion de dossiers issus de la pratique quotidienne qu'ils soient cause ou non de problème de prise en charge, mais c'est aussi un moyen de compléter ses connaissances et d'évaluer son travail.

(3) : Germanaud J, Deprez PH, Lasfargues G, Lecomte P et al. Using Medical Management Typologies to improve Quality of Care. An example concerning the follow-up of Diabetic patients by general practitioners. Rev Med Ass Maladie 2003; 34:85-91.

(9) : Varroud-Vial M, Attali C, Attali JC et al : Des écarts significatifs persistent entre le traitement des patients atteints de diabète de type 2 et les recommandations de la Pratique Clinique. Diabetes Metab 2002;28

(15) : Varroud-Vial M, Charpentier G, Vaur L et al. Effects of clinical audit on the quality of care in patients with type 2 diabetes: results of the DIABEST pilot study. Diabetes Metab 2001; 27, 661-65

(38) : Cohendet C. Groupe de pairs: outil de formation continue et d'évaluation collective des pratiques? Revue du praticien Médecine Générale 2002 ; 587 :1392-94

Après les propositions faites aux médecins, il s'agit d'évoquer celles faites aux autres intervenants de la prise en charge du diabète, en ambulatoire : les patients et les réseaux.

II.2.2 : Propositions destinées aux patients

Il semble, de nos jours, indispensable que les patients apprennent à prendre en charge leur pathologie afin de pouvoir suivre les mesures hygiéno-diététiques liées à leur pathologie. Par ailleurs, il est important qu'ils soient sensibilisés au dépistage et à la prévention des complications du diabète.

II.2.3 : Propositions faites aux réseaux

Ils ont, en parallèle des soins médicaux, un rôle important dans l'accompagnement du patient. En effet, ils sont souvent la charnière, entre tous les intervenants de la prise en charge en ville, comme peut l'être l'hôpital de jour dans un service hospitalier. Ils sont de plus en plus nombreux mais ils nécessitent des fonds importants afin de pouvoir réunir tous les intervenants nécessaires autour des patients. Par le fait qu'ils soient multidisciplinaires et enrichis de l'expérience des patients ou de leurs proches qui y participent parfois, leur rôle consiste souvent à populariser les Recommandations de Pratiques Cliniques de l'ANAES et permettre un accès à l'éducation thérapeutique en médecine de ville.(21 ; 24)

Il est donc possible d'en conclure que de très nombreuses solutions sont déjà proposées aux médecins généralistes pour améliorer leurs prises en charge des pathologies chroniques comme par exemple le diabète de type 2. Mais l'isolement et le manque d'intervenants (infirmières, diététiciennes, podologues...) incitent parfois les médecins libéraux à essayer de trouver d'autres solutions. Ce sont parfois de *nouvelles organisations de travail*, comme l'installation d'une infirmière au sein de leurs propres cabinets de Médecine Générale afin d'améliorer la qualité de prise en charge. La délégation de tâches en est un exemple.

(21) : Renders CM, Valk GD, Franse LV et al. Long term effectiveness of a quality improvement program for patients with type 2 diabetes in general practice. *Diabetes care* 2001; 24:1365-70

(24): WiengartenSR, Henning JM, Badamgarav E et al. interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness-which ones work? Meta-analysis of published reports. *BMJ* 2002,325

II.3 : La Délégation de tâches : Historique et Essais Anglo-Saxons en Médecine Générale, Expérimentations réalisées en France

Nouvelle méthode de travail en France, la délégation de tâches est mise en pratique depuis plus de 30 ans dans certains pays anglo-saxons.

II.3.1 : Historique et Essais Anglo-Saxons

Déjà en 1969, P Jones et al (34) décrivait l'introduction d'un professionnel infirmier et la faisabilité d'un transfert de tâches du médecin vers l'infirmière, ainsi que l'impact que cela représentait sur la charge de travail des médecins généralistes.

En 1976, JK Glenn et J Goldman décrivaient et comparaient les différentes organisations du travail en Médecine Générale aux Etats-Unis et incluaient un cabinet expérimental où avait été mise en place la délégation de tâches. (26)

En 1977, RS Lawrence et GH DeFriese montraient après une étude réalisée auprès de tous les médecins généralistes de Caroline du Nord, un réel souhait d'inclure dans le personnel de leurs cabinets une « nurse practitioner » ou infirmière praticienne afin d'expérimenter ce concept de la délégation de tâche.(27)

En 1979, la délégation de tâches devient plus courante aux USA mais essentiellement pour les tâches nécessitant pas ou peu de supervision, soit surtout des tâches non médicales : on parle alors encore surtout de « physician's assistant » ou auxiliaires médicales (28).

Depuis les années 80, la délégation de tâches continue à s'installer progressivement dans les pays anglo-saxons et l'Amérique du Nord.

Elle y est de plus en plus expérimentée en médecine générale mais se rencontre aussi dans d'autres spécialités médicales ou d'autres professions.

Elle devient alors de plus en plus décrite, organisée et devient reconnue comme une véritable nouvelle organisation de travail.

Dans leurs articles, BJ Linney (en 1998) (29) et GL Duehring (en 2001) (30) exposent la démarche idéale de la mise en place de la délégation de tâches.

Elle doit se réaliser sous l'autorité et la responsabilité du médecin (ou un autre manager).

Le personnel, qui l'applique, doit avoir suivi un apprentissage adapté et en avoir compris les tâches et leurs limites, ainsi que le but initial de cette délégation

Il est certain que pour déléguer, il faut avoir exactement déterminé les tâches visées, créer l'autonomie de la personne à qui on délègue en la formant de manière adéquate.

(26): Glenn JK, Goldman J. Task delegation to physicians extenders—some comparisons Am J Public Health. 1976; 66: 64-6.

(27): Lawrence RS, De Friese GH, et al. Physician receptivity to nurse practitioners: a study of the correlates of the delegation of clinical responsibility. Med Care. 1977; 15: 298-310

(28) : Ekwo E, Dusdieker LB et al. Physician's assistants in primary care practices: delegation of tasks and physician supervision. Public Health Rep. 1979; 94: 340-8

(29): Linney BJ. The art of delegation. Physician Exec.1998; 24: 58-61.

(30): Duehring GL. Delegation: developing the habit; Radiol manage. 2001; 23: 16-20

(34): Jones P., Bondy D. Family health services: the PHN and the GP. Canadian nurse.1969; 65: 38-40.

La revue de littérature, réalisée en 2003, par F Midy pour le CREDES (34), sur le partage des compétences dans le secteur des soins primaires dans les pays anglo-saxons et d'Amérique du Nord, montre, que l'organisation du travail en médecine générale a énormément évolué dans les 30 dernières années. La prise en charge, surtout pour les pathologies chroniques, s'oriente vers une pratique plus collective, interprofessionnelle, organisée en groupes, en équipes ou en réseaux. La « Délégation de tâches » en est un parfait exemple.

Ce nouveau mode de travail est de plus en plus utilisé pour la prise en charge des pathologies chroniques et donc pour le suivi des patients diabétiques de type 2.

Tout d'abord, abordons les résultats de ces expérimentations dans les pays anglo-saxons et l'Amérique du Nord.

En 2000, une enquête prospective (31) a été réalisée en Angleterre et au Pays de Galles sur la prise en charge des diabétiques en médecine générale.

Elle avait pour but de faire le point de celle-ci et d'en conclure les caractéristiques principales. Comme nous l'avons perçu plus haut, le système de soins y est différent et son organisation évolue depuis au moins une trentaine d'années vers la pluridisciplinarité.

En ce qui concerne les acteurs de cette prise en charge, elle révèle que dans 34% des cas la consultation est réalisée par l'infirmière seule, dans 64% des cas conjointement par l'infirmière et le médecin et seulement 2% par le médecin seul.

Plusieurs études américaines ont observé la délégation de tâches en Médecine Générale.

Quelques unes se sont particulièrement penchées sur le suivi de Diabète de type 2 et concluent avec des résultats plutôt encourageants.

Une d'entre elles (32) a montré qu'une assistante formée de manière adéquate et équipée d'un outil informatique performant et adapté, avec un accès possible aux dossiers médicaux, améliorerait de manière significative le suivi des référentiels par une meilleure tenue des dossiers (et donc des alarmes) et de ce fait la prise en charge globale du patient diabétique de type 2.

Il n'est pas précisé si l'assistante était ou non une infirmière.

Une autre (33) a mis en évidence une amélioration de la prise en charge des patients diabétiques de type 2 lorsqu'une infirmière la réalise à l'aide de protocoles stricts de surveillance et assistée d'un outil informatique ; les résultats obtenus avaient été comparés à ceux obtenus dans une population « témoin » suivie sans protocole au sein du même cabinet médical.

(31) : Pierce M, Agarwal G et al. A survey of diabetes care in general practice in England and Wales. BJ Gen Pract. 2000; 50: 542-45

(32): Nagykaldi Z, Mold JW: Diabetes patient tracker, a personal digital assistant-based diabetes management system for primary care practices in Oklahoma. Diabetes Technol Ther. 2003; 5: 997-1001

(33): Midy F. Efficacité et efficacité du partage des compétences dans le secteur des soins primaires : revue de littérature 1970-2002. Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES).2003

(34): Jones P., Bondy D. Family health services: the PHN and the GP. Canadian nurse.1969; 65: 38-40.

II.3.2 : Expérimentations réalisées en France

Nous sommes actuellement, dans notre pays, dans une logique économique similaire à celle qui a incité dans les années 70 les Britanniques à expérimenter puis adopter ces « nurse practitioners » : des patients chroniques de plus en plus nombreux pour de moins en moins de médecins d'où une prise en charge inadaptée.

Parmi les nombreuses solutions, proposées en conclusions des études sur le suivi des patients diabétiques de type 2, faites en France, et qui sont résumées plus haut, il y a celle de la prise en charge pluridisciplinaire en réseau des patients. Ce réseau peut certes adopter un mode de fonctionnement classique, c'est-à-dire autour d'un service hospitalier ou bien, explorer le mode de fonctionnement des « nurse practitioners » c'est à dire introduire la délégation de tâches dans les cabinets de médecine générale.

C'est ainsi que des projets se développent çà et là d'allure très variée.

Quelques solutions intermédiaires, entre le réseau et la délégation de tâches, sont mises en place comme le réseau REDIAB 62 (36) dans la Région Pas-De-Calais. Ce dernier consiste en la mise en place de binômes, Médecin généraliste et Infirmier(e) libéral(e), qui ont pour buts l'éducation et le soutien des patients diabétiques de type 2. Ces intervenants ne participent que ponctuellement (quelques heures par semaine) aux séances éducatives avec les patients. Ceux ci en semblent satisfaits.

Un autre médecin a trouvé le moyen de financer, grâce à son organisation de travail (ici utilisation de l' « option référent »), le salaire d'une infirmière employée à mi-temps au sein de son cabinet médical. Il a réalisé cela dans le but d'améliorer les préventions primaire et secondaire de ses patients.

C'est à partir de ces mêmes conclusions qu'est né le projet de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Poitou-Charentes (URML Poitou-Charentes).

Il a été initialement envisagé dans le but de répondre à l'augmentation de la demande de soins mais rapidement les médecins, travaillant sur le projet, se sont orientés vers une démarche d'amélioration de la qualité des soins et de développement d'une activité de prévention et d'information des patients, qu'ils estimaient ne pas assez réaliser. Ils désiraient donc les faire réaliser par une autre personne au sein du cabinet.

C'est dans cet esprit qu'ils ont décidé de qualifier ce projet non pas de « Délégation de tâches » mais d' « Action de Santé Libérale En Equipe » : ASALEE.

(36) : Coliche V. Des structures de proximité pour une éducation des patients par des binômes. Réseaux Diabète. 2000 ; 6 : 30-32.

III- DESCRIPTION DU PROJET « Action de Santé Libérale En Equipe » ou PROJET « ASALEE »

III.1 : Description du projet: Enquête initiale dans les cabinets volontaires

Afin de préciser les modalités d'une éventuelle délégation de tâches, l'URML Poitou-Charentes a tout d'abord réalisé une enquête auprès des médecins et des patients des 3 cabinets de groupe qui se sont portés volontaires, dans la Région Poitou-Charentes, pour expérimenter ce projet.

Il s'agissait de déterminer la faisabilité de l'expérimentation en déterminant les attentes de chacun, leurs fonctionnements et, de réaliser une photographie initiale de chaque cabinet.

Les objectifs de cette enquête étaient donc de

- décrire les différentes organisations des cabinets et des médecins
- définir le contenu des tâches transférables en fonction des attentes de chacun en vue de définir le profil de poste, le recrutement, les conditions d'exercice et le financement du professionnel paramédical.

Cette enquête a été faite par le Docteur Bourgeuil, médecin de santé publique à l'ONDPS.

Il l'a réalisé grâce à des entretiens semi-directifs auprès du personnel travaillant dans les cabinets (médecins, secrétaires, ...) et des patients

III.1.1 : Bilan initial des trois cabinets

III.1.1.1 : Les points communs

Les trois cabinets sont installés depuis de nombreuses années dans les Deux-Sèvres.

Tous les médecins sont des généralistes conventionnés en secteur 1, et ils essaient d'avoir un temps hebdomadaire de réunion.

Tous les cabinets sont informatisés, stockent les dossiers sur informatique avec un système commun et un accès partagé aux dossiers médicaux.

Du point de vue immobilier, les cabinets ont tous le même mode de fonctionnement avec une Société Civile Immobilière propriétaire des locaux.

Les médecins ont instauré un système de solidarité et se remplacent entre eux lors de leurs vacances.

Enfin, dans les trois cabinets un local est disponible sous réserve d'aménagement pour accueillir une personne en plus dans l'équipe.

III.1.1.2 : Les différences

Les lieux d'implantation sont différents : urbain pour Niort et semi-urbain pour Châtillon sur Thouet et Brioux sur Boutonne.

Certains médecins ont adopté « l'option référent » et d'autres non.

Les modes juridiques de gestion des cabinets ne sont pas tous identiques: 2 sont en Société Civile de Moyens (Niort et Brioux) et 1 cabinet est en Société Civile Professionnelle (Châtillon).

Ils sont tous les trois informatisés mais utilisent l'informatique de manière variable et ont trois logiciels médicaux différents :

- à Brioux : Médiclic
- à Chatillon : Axisanté
- à Niort : Médicawin32.

III.1.2 : Attentes des médecins (11 médecins répartis dans les 3 cabinets)

Les perspectives de délégation de tâches ont été établies en fonction des critères d'insatisfaction évoqués par les médecins.

Pour tous, les principaux problèmes sont liés à un manque de temps lors des consultations. Il en résulte le souhait :

- de délivrer une meilleure information au patient (plus complète et argumentée sur des études des publications recherchées au préalable..)
- d'améliorer l'éducation des patients porteurs de pathologies chroniques
- d'améliorer le suivi Hôpital- médecin généraliste pour ces même patients
- d'améliorer l'outil informatique afin d'accentuer l'évaluation et la prévention (alertes, tenue des dossiers...)
- de se délivrer de certaines tâches essentiellement administratives.

A partir des ces conclusions, le groupe de travail qui s'est organisé a défini trois axes essentiels d'activité de délégation envers un autre professionnel de santé : Prévention-Education des patients, Coordination, et, Gestion du système d'information et de l'épidémiologie.

Le profil de l'assistant(e) envisagé(e) pour cette délégation serait plutôt un(e) infirmier(e).

Un(e) infirmier(e) semble être là personne de choix car il/elle est sensée posséder un certain nombre des connaissances nécessaires pour ce poste.

Il/Elle devrait avoir des compétences en Santé Publique, en Education à la Santé et en Prévention, et serait capable de gérer des données informatiques. Si elle n'a pas toutes ces compétences elle devra être formée afin de les acquérir.

Certaines difficultés ont été abordées et ont du être résolues par la suite : l'aménagement des locaux et l'investissement financier vis-à-vis de la mise à disposition d'un outil informatique performant, la difficulté de recruter quelqu'un ayant une formation professionnelle aussi complète, le coût que cela représente, et, le financement au long cours.

III.1.3 : Le point de vue des patients (36 personnes issues des 3 cabinets)

Les patients interrogés ont en moyenne cinquante ans. Ils consultent dans leurs cabinets respectifs pour des raisons de proximité, de réputation et d'habitude.

En dehors de temps d'attente plus courts et de consultations plus longs, ils ne proposent pas de points à améliorer dans la prise en charge par leur médecin habituel.

Une question a été posée aux patients: « *Seriez-vous prêts à voir un professionnel de santé systématiquement ?* ». Il était demandé de répondre à 3 items :

systématiquement pour décider s'il est nécessaire de voir le médecin en première intention pour des problèmes spécifiques.

après la consultation avec le médecin pour obtenir des explications.

Les personnes interrogées ont répondu de manière globalement identique dans les 3 cabinets.

Elles n'adhèrent pas à l'aspect systématique de la rencontre.

Même si pour 1/6^{ème} d'entre elles, cela représenterait un gain de temps pour les petits problèmes et les renouvellements de traitement, la grande majorité estime que lorsqu'elle prend un rendez-vous avec le médecin c'est qu'elle en a besoin.

Par ailleurs, elles tiennent à conserver la relation individualisée qu'elles ont instaurée avec leurs médecins et la confiance qui en résulte.

Par contre pour les 2 autres items (b et c), les patients sont prêts à consulter un autre professionnel de santé s'il est compétent et recommandé par le médecin.

Ce pourrait être pour des actes de prévention (allergie, vaccination, soins des pieds chez les diabétiques..), prise de tension artérielle (lorsque des contrôles sont nécessaires).

La notion de revoir quelqu'un pour des explications complémentaires est globalement appréciée.

Pour résumer, pour les patients, ce professionnel de santé agirait en *deuxième ligne après recommandations du médecin* qui les suit habituellement, de manière programmée (sur rendez-vous) et sur des sujets pour lesquels cette personne devra avoir des compétences particulières complémentaires de celles du médecin.

Pour la majorité des patients, ce professionnel pourrait être un(e) infirmier(e).

III.2 : Le projet « ASALEE » proprement dit

Grâce à l'étude citée plus haut et au groupe de travail sur le projet (constitué des médecins généralistes candidats et de membres de l'URML), il a donc été possible de déterminer avec exactitude les objectifs et le cadre de l'expérimentation

III.2.1 : les objectifs de l'expérimentation « ASALEE »

L'objectif principal est d'améliorer la qualité des services rendus aux patients par le développement d'activités de santé en équipe au sein même du cabinet de médecine générale où ces patients sont suivis habituellement.

Pour pouvoir réaliser cet objectif, il a été défini plusieurs activités qui ne peuvent être assurées quotidiennement par les médecins. Elles représentent des compétences qui n'ont pas toujours été acquises ou qui ne sont pas maîtrisées par les médecins (éducation des patients chroniques, diététique..) ou qui ne peuvent pas être réalisées de manière satisfaisante par faute de temps lors des consultations.

Ces activités seront réalisées par la personne recrutée. Elles sont essentiellement orientées vers la prévention qu'elle soit primaire ou secondaire.

III.2.1.1 : Développer l'éducation thérapeutique et l'éducation sanitaire

L'éducation thérapeutique est orientée vers les malades atteints de pathologies chroniques (diabétiques, patients hypertendus, asthmatiques...).

Il est désormais admis qu'on peut améliorer de manière significative la qualité de vie de ces patients par des actions visant à les aider dans leur propre prise en charge : hygiène de vie, utilisation des traitements...

Ce type d'éducation nécessite une formation adaptée et une organisation parfois difficile à mettre en place en ambulatoire (séances collectives, création et/ou utilisation de supports appropriés...).

Le but de l'expérimentation est donc de montrer que l'on peut en médecine générale, améliorer le service au patient par l'introduction au sein du cabinet d'un professionnel formé et disponible.

Le patient aurait alors la possibilité d'être plus autonome face à sa maladie en la comprenant mieux mais aussi en intégrant mieux son évolution et l'utilité et la modalité d'utilisation de ses traitements.

L'éducation sanitaire est destinée à des personnes ciblées et souvent non malades (femmes enceintes, mères, adolescents, personnes âgées...) dans le but de délivrer des conseils ou des informations de manière individuelle et/ou collective.

III.2.1.2 : Développer le dépistage individualisé

Les pathologies chroniques doivent être dépistées le plus précocement possible pour en améliorer la prise en charge et souvent le pronostic (cancers, démences séniles, maladies cardio-vasculaires...).

Le groupe de travail a identifié une réelle nécessité d'améliorer cette prise en charge qui passe, entre autre, par une amélioration de la qualité des dossiers.

Il a donc réalisé un protocole commun à tous les médecins expérimentateurs et destiné à l'assistant(e), qui a pour but d'améliorer le recueil et la mise à jour des données qui permettront de décider ou non d'un *dépistage individualisé*.

Ces protocoles de recueil et de mise à jour des dossiers constituent un objectif spécifique du projet et concernent :

- Les dépistages des démences séniles
- des cancers du côlon et/ou du sein
- des facteurs de risque cardio-vasculaires et de l'apparition du diabète.

III.2.1.3 : Anticiper l'augmentation à venir de la demande de soins en médecine générale :

Même si cet objectif n'est pas encore prioritaire, il a été évoqué en vue de se préparer pour l'avenir.

Dans le contexte actuel de diminution du nombre de médecins, l'enjeu est de réorganiser les soins au sein du cabinet de groupe afin de pouvoir faire face à l'augmentation de la demande tout en garantissant une bonne qualité de prise en charge.

Par ailleurs, un autre but recherché par les médecins volontaires dans cette expérimentation est d'augmenter l'activité de prévention primaire et secondaire au sein de leurs cabinets afin de répondre à une demande croissante des patients.

III.2.2 : Le cadre définissant le contenu de l'expérimentation « ASALEE »

III.2.2.1 : Qui ?

Suite à la demande des médecins et des patients, au vu des tâches auxquelles ils /elles sont destinés/ées et à l'expérience des anglo-saxons, les assistant(e)s seront des infirmier(e)s salarié(e)s de l'URML au départ tout au moins, en attendant d'autres modes de financement.

III.2.2.2 : Quoi ?

Le contenu initial de la délégation a été décidé par le groupe de travail.

III.2.2.2.1 : En ce qui concerne l'éducation

Pour l'éducation thérapeutique, des thèmes ont été retenus en priorité et seront réalisés dans les 3 cabinets :

- le suivi des patients diabétiques de type 2, avec notamment la prise en charge des soins à apporter aux pieds des diabétiques
- la prise en charge hygiéno-diététique et le coaching de ces mêmes patients ainsi que ceux se plaignant d'obésité ou d'hypercholestérolémie.

Pour l'éducation à la santé, les thèmes envisagés initialement mais qui seront mis en place par la suite :

- santé des personnes âgées : dépistage des troubles cognitifs, dépistage des troubles de l'humeur, dépistage des troubles alimentaires..
- la santé des adolescents
- la santé et l'alimentation des nourrissons...

Ces séances d'éducation avec l'infirmière sont donc prescrites par le médecin après en avoir parlé et démontré l'intérêt au patient. Elles peuvent aussi être le résultat de l'initiative même du patient.

Elles sont en général programmées et s'intègrent dans des protocoles communs à tous les cabinets (les 3) et qui respectent et suivent les recommandations de l'ANAES ou des sociétés savantes faisant référence dans le domaine en question (2 ; 4 ; 11).

III.2.2.2.2 : En ce qui concerne le dépistage individualisé

L'infirmière a 3 possibilités d'intervenir

en amont de la consultation avec le médecin : elle identifie les patients à risque en fonction des éléments contenus dans les dossiers médicaux, et, met en place les alarmes qui serviront à alerter le médecin à la prochaine consultation.

En parallèle avec le médecin au cours de la consultation

En aval : par le suivi de la réalisation des examens complémentaires demandés par le médecin et qui rentrent dans le cadre du dépistage. Elle peut même parfois intervenir directement auprès du patient pour relancer des personnes n'ayant pas fait les examens prévus.

(2) : Recommandations pour la pratique clinique de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) : Suivi du patient diabétique de type 2 à l'exclusion du suivi des complications ; janvier 1999 ; www.anaes.fr/

(4) : Recommandations pour la pratique médicale de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) : Principes de dépistage du diabète de type 2 ; février 2003. www.anaes.fr/

(11) : Recommandations pour la pratique médicale de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) : Stratégie de prise en charge du patient diabétique de type 2 à l'exclusion de la prise en charge des complications ANAES 2000 ; www.anaes.fr/

Les thèmes choisis sont le dépistage du diabète de type 2 (4), le dépistage du cancer du sein et dans le cabinet de Châtillon celui du cancer du côlon en plus des 2 autres.

Ces activités de dépistage réalisées par l'infirmière sont menées conjointement aux actions organisées à l'échelon départemental (exemple : ARCANDE pour le dépistage du cancer du sein en Deux-Sèvres)

III.2.2.3 : Comment ?

Le fonctionnement dans le cabinet suit une *nouvelle organisation du travail* en médecine libérale *sur le mode d'une entreprise* :

L'infirmier(e) travaillera sous la responsabilité des médecins, sur leurs demandes, de manière autonome mais en restant dans la logique d'un cadre contractuel d'employeur à employé et suivant des procédures reposant sur des référentiels médicaux validés par la communauté médicale

Ce fonctionnement ne sera donc ni celui d'un réseau, ni celui d'un regroupement de différents professionnels libéraux dont le seul but est en général la mutualisation des frais engendrés par le cabinet.

III.2.2.3.1 : Limites professionnelles de la responsabilité des infirmier(e)s

Ils/elles suivront les décrets de compétence qui fixe les limites des responsabilités et du rôle propre de l'infirmière (décret n° 2002-194 du 11/02/2002, décret n° 93-221 du 16/02/1993 ; **voir annexe 3**)

Mais grâce à l'expérimentation, ils /elles pourront sans contraintes travailler en dehors du cadre de ces décrets.

En effet, suite aux conclusions des rapports du Professeur Berland (41 ; 42) (« Démographie des professions de santé » et « Coopération des professions de santé »), le Ministère de la Santé a autorisé ou est en train d'autoriser (signatures en cours) 14 expérimentations de transfert de compétences ou de délégation de tâches.

Elles visent différents secteurs médicaux : les urgences, la radiologie, la cardiologie, la gastro-entérologie, *etc...*

En médecine générale, la seule expérimentation réalisée est « ASALEE » (40).

(40): http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/berland_demomed/fiche5.htm

(41): Berland Y, Gausseron T. Mission "démographie des professions de santé". Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. 2002 <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/brp/notices/024000643.shtml>

(42) : Berland Y. Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences (rapport d'étape). Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées; 2003 ; <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/brp/notices/034000619.shtml>

III.2.2.3.2 : Méthode et Outils de travail

Les infirmier(e)s et les médecins travailleront sur les dossiers informatisés des patients.

Tout d'abord, il a fallu que les médecins ou les infirmier(e)s réalisent *un listing des patients recrutés* selon les critères d'inclusion dans l'expérimentation. (voir **annexe 4**)

Quasiment tous se sont alors aperçus des difficultés que cela entraînait car chacun des médecins ne codifiait pas forcément les pathologies concernées de la même manière.

Ces listings ont pu être réalisés soit au « fil de l'eau » c'est-à-dire au fur et à mesure des consultations (par exemple : suivi du Diabète de type 2), soit à partir des dossiers (par exemple : dépistage du cancer du sein).

Le choix du mode de recrutement des patients a été déterminé par le groupe de travail.

Pour chaque patient, il a été réalisé une fiche de suivi recueillie en ligne sur une page dédiée du site www.isas.fr/informed79/, conçue spécialement pour l'expérimentation.

Il est commun aux 3 cabinets de la même manière mais anonymement pour chacun des cabinets médicaux (login/mot de passe) et fonctionne comme un « réseau intranet et extranet ».

Pour accéder à la « zone test »:

login : ztest et mot de passe : sixtine

III.2.3 : Du recrutement à l'arrivée des infirmier(e)s dans les 3 cabinets

III.2.3.1 : Le profil de poste : (voir annexe 2)

Il précise que l'URML Poitou-Charentes recherche un(e) infirmier(e) qui sera salarié(e) par l'URML, mais sera placé(e) sous la responsabilité des médecins d'un des 3 cabinets, qui participent à l'expérimentation « ASALEE ».

Il présente les *objectifs principaux* de ce poste :

- développer le suivi de pathologies chroniques
- développer l'éducation thérapeutique et à la santé
- développer le dépistage
- participer à la gestion du dossier médical informatisé des patients

et les objectifs secondaires :

- participer à l'évaluation de l'expérimentation (remplissage de certains des questionnaires qui seront vus par la suite)
- participer à une réorganisation des soins au sein du cabinet médical.

Il présente les caractéristiques du (de la) candidat(e) recherché :

- un(e) infirmier(e)
- expérience souhaitée en prévention et démarche éducative et si possible une expérience clinique
- un attrait pour la Santé Publique, un esprit d'équipe, des qualités relationnelles et d'organisation.

Le (la) candidat(e) signera un CDD (à 35 H par semaine) de 6 mois renouvelable avec possibilité d'évolution vers un CDI.

Il ou elle travaillera sous le régime de la convention collective des employés des cabinets médicaux.

III.2.3.2 : Le recrutement des infirmières

III.2.3.2.1 : Différents modes de recrutement ont été envisagés et/ou utilisés

- Les journaux infirmiers :

C'est la première solution qui a été envisagée par le groupe de travail: voir le contenu de l'article : (annexe 5)

Une annonce a donc été publiée pendant 1 mois (avril 2004) dans « Infirmière Magazine » qui est un journal de parution nationale.

Au total, l'URML a reçu 8 candidatures.

Parmi celles-ci, 4 candidats se sont déplacés pour un entretien.

Le salaire (qui n'était pas mentionné dans l'annonce) a été un réel frein pour ces candidats car pas assez élevé et cela malgré le confort des horaires du poste (travail à 35h/semaine).

Le second argument de refus a été le caractère expérimental et le Contrat à durée déterminée de 6 mois.

- Le recrutement par l'intermédiaire d'une *agence d'intérim* :

Rechercher des infirmier(e)s dans le cadre d'un travail par intérim semblait idéal vu le profil de poste et surtout la durée de contrat : 6 mois renouvelable.

Mais le coût que représente l'emploi de quelqu'un via ce type d'agence est tel que cette solution de recrutement a rapidement été abandonnée par le groupe de travail et le financeur : l'URML.

Face à ces échecs, le groupe de travail a réalisé qu'il était indispensable de recruter en faisant intervenir la notion de proximité géographique.

Il s'est donc dirigé vers 2 autres modes de recherche de candidatures :

- le dépôt de l'annonce auprès de l'ANPE de Niort
- le « bouche à oreille ». Les médecins des 3 cabinets ont de bons rapports avec les infirmières libérales exerçant autour d'eux. Ils les connaissent bien et savent celles qui sont susceptibles d'être intéressées par un changement d'activité. Par ailleurs, ils connaissent aussi les infirmières qui pour une raison « x ou y » (congé parental, pénibilité du travail..) ont arrêté de travailler en libéral ou en secteur hospitalier et serait susceptible de reprendre une activité.

Et le groupe de travail a fait le bon choix car ce sont ces 2 solutions qui ont permis de recruter les trois infirmières.

III.2.3.2.2 : Description du curriculum vitae des 3 candidatures (annexe 6)

Points communs:

Toutes trois ont une longue expérience professionnelle derrière elles : elles sont diplômées depuis au moins 20 ans:

- en 1985 pour Mme C qui travaillera à Brioux,
- en 1975 pour Mme G qui travaillera à Châtillon et
- en 1976 pour Mme B qui travaillera à Niort.

Elles sont intéressées par la notion d'éducation des patients et de dépistage associée aux soins de proximité que représente un cabinet de médecine générale à l'inverse d'un service hospitalier, mais aussi, par l'aspect innovant pour leur profession que représente l'expérimentation.

Elles l'expliquent dans leurs lettres de motivation :

Mme C : « Mon expérience professionnelle en libérale m'apporte une approche concrète de l'importance de développer le dépistage, l'éducation, la prévention et le suivi des pathologies (connaissance du milieu de vie, de l'entourage social et familial...) dans une structure adaptée et de proximité. »

Mme G : « après des années d'hôpital où l'on voit tant de personnes malades cela m'intéresserait de faire de la prévention, conseiller et pouvoir suivre les patients sur un long terme. »

Mme B. précise être particulièrement intéressée par l'expérimentation elle-même. En effet, celle-ci peut offrir une nouvelle opportunité d'évolution en secteur libéral pour la profession d'infirmière.

Elles habitent à moins de 20 km de leurs lieux de travail respectifs.

Différences :

Deux ont donc été recrutées via l'ANPE et une par le « bouche à oreille ».

Mmes C et G ont eu une activité mixte c'est-à-dire hospitalière puis libérale.

Mme B a eu une activité hospitalière dans différents services mais elle a connu une patientèle particulière étant donné qu'elle a pratiqué pendant 15 ans dans un service de consultations externes et d'explorations fonctionnelles (nécessité d'expliquer les examens, de rassurer les patients inquiets...).

Mme G a été infirmière coordinatrice de 2 services de soins à domicile.

Au vu de cette expérience qu'elle est la seule à posséder, elle a été désignée comme la personne la plus apte pour être la coordinatrice du groupe de ces 3 infirmières.

Par ailleurs, étant la première à avoir pris ses fonctions elle pourra ainsi faire profiter de son expérience les 2 autres infirmières.

III.2.3.3 : La formation

Les infirmières recrutées avaient toutes une expérience antérieure de démarche éducative.

Mais, elles ont tout de même suivi une *réactualisation* de leurs connaissances par l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) de Niort associée à un stage de formation spécifique au suivi des patients diabétiques au sein du service d'endocrinologie du centre hospitalier de Niort.

Chacune a suivi individuellement une première journée de formation appelée « Formation d'infirmières éducatrices de santé ».

Cette première journée de formation était constituée d'une demi-journée en cours particulier à l'IFSI suivie d'une autre demi-journée en stage pratique dans le service.

Le contenu de cette journée a été adapté en fonction du niveau de connaissances de chacune.

Puis, après quelques semaines d'exercice dans leur nouvelle fonction, elles ont réalisées une seconde journée destinée plus spécifiquement au suivi des patients diabétiques.

Ce stage ne s'est passé que dans le service hospitalier afin d'adapter les connaissances à la pratique du terrain, c'est-à-dire aux besoins spécifiques qu'elles ont identifiées dans le cadre de leur poste en médecine libérale.

Il faut noter que cette formation avait aussi pour objectif, en plus de la formation, d'inclure ces infirmières aux réseaux de prise en charge déjà existants pour le suivi des patients diabétiques.

Afin de permettre et financer ces formations individuelles, une convention a été contractée entre l'IFSI du centre hospitalier de Niort et l'URML.

Pour compléter leurs formations, elles ont eu une journée de formation en Diététique au Comité Départemental d'Education Sanitaire et Sociale (CODESS).

Enfin, les médecins ont formé les infirmières à l'utilisation des logiciels médicaux à l'arrivée de celles-ci les 3 cabinets ayant 3 logiciels différents.

III.2.3.4 : Arrivées dans les 3 cabinets

Chaque infirmière s'est installée de manière différente.

La première, à prendre ses fonctions, a été Mme G dans le cabinet de Châtillon, au début du mois de juin 2004.

C'est l'infirmière pour laquelle l'installation s'est déroulée le plus rapidement. Elle est arrivée au cabinet et a eu immédiatement à sa disposition un local permettant les consultations, équipé d'un outil informatique adapté à ses missions (ADSL comprise).

Les médecins avaient déjà réalisée un listing des patients diabétiques de type 2 afin qu'elle puisse débiter les entretiens dès sa première semaine d'arrivée au cabinet de Châtillon.

Sa principale difficulté au départ, en dehors du fait qu'elle était un nouvel intervenant dans la vie du cabinet et auprès des patients, a été le fait qu'elle a été la première à utiliser les questionnaires en ligne « informed » autrement dit c'est elle qui a testé ce système de recueil des données.

Les deux autres infirmières ont été recrutées et ont donc pris leurs fonctions plus tard.

Mme B a pris ses fonctions en septembre 2004 très rapidement après son recrutement.

Malgré une longue attente due à un recrutement un peu difficile, son arrivée ne lui a pas semblé assez préparé par les médecins du cabinet :

A son arrivée, elle a tout de suite eu un local mais n'avait pas accès à internet par ADSL d'où l'impossibilité de réaliser les saisies informatiques sur le site « informed ».

Par ailleurs, les listings des patients diabétiques de type 2 n'étaient pas terminés ce qui l'a retardé dans la prise en charge des patients et la mise en place des consultations.

Il faut noter un point qui a ralenti l'installation de l'infirmière et qui a fortement perturbé la vie du cabinet : le départ d'un des médecins et l'arrêt total de son activité sans réussir à trouver un remplaçant pour prendre sa suite au sein de l'équipe. Ceci a engendré une importante augmentation d'activité pendant quelques semaines pour les autres médecins du cabinet qui se sont alors un peu détournés du projet ASALEE malgré la présence de l'infirmière au sein de leur établissement.

Mme C a pris ses fonctions en dernier. Elle est arrivée dans le cabinet de Brioux mi octobre 2004 de manière progressive (8h par semaine pendant 2 semaines) étant donné qu'elle a pris la décision d'arrêter son activité libérale pour intégrer l'équipe de ce cabinet médical.

Les listings des patients diabétiques de type 2 et des femmes devant avoir un suivi de dépistage du cancer du sein étaient prêts à son arrivée.

La principale difficulté, qu'elle a rencontrée à son arrivée, a été de ne pas avoir son propre bureau ou un bureau mais sans équipement informatique.

IV- EVALUATION en MAI 2005

Cette expérimentation doit permettre de déboucher sur des conclusions eu égard aux objectifs fixés initialement :

Améliorer la qualité des services aux patients en développant l'éducation à la santé, le dépistage et entraînant une possible meilleure réponse à la demande de soins croissante.

Seuls le dépistage et le suivi du diabète de type 2 seront étudiés. Ce choix de ne pas analyser tous les actes pratiqués par les infirmières a été fait car le diabète de type 2 est la pathologie recrutant le plus grand nombre de patients parmi les tâches réalisées. En outre c'est celle pour laquelle il existe le plus d'études réalisées antérieurement permettant ainsi la comparaison avec d'autres pratiques.

IV.1 : Outils de l'évaluation

L'évaluation sera réalisée à partir de 2 groupes de résultats : les formulaires remplis par les infirmières en ligne sur www.isas.fr/informed79/ et des questionnaires concernant « ASALEE » destinés aux patients, infirmières et médecins.

IV.1.1 : Protocoles d'utilisation et description des questionnaires en ligne sur www.isas.fr/informed79/

Il a été expliqué plus haut comment se réalise le recrutement des patients pour le dépistage et le suivi des patients diabétiques de type 2 (**Annexes 4 et 5**).

Après ce recrutement « au fil de l'eau » ou sur la base de données des dossiers médicaux, les infirmières remplissent à chaque consultation les formulaires en ligne sur le site www.isas.fr/informed79/ (**Annexes 4bis et 5bis**). Ces formulaires sont parfois mis à jour après l'entrevue avec le patient lors de la réception d'examen complémentaires par exemple.

Ces formulaires sont communs aux trois cabinets. L'anonymat des patients est respecté par l'utilisation des numéros de dossiers et non de leur nom.

IV.1.1.1 : le dépistage du diabète de type 2 : prise en charge dans le cadre du projet « ASALEE »

Le but de ce dépistage est de déterminer les personnes auxquelles il faut réaliser une glycémie à jeun afin de déterminer si elles sont diabétiques de type 2, intolérantes au glucose (ou « pré-diabétiques »), ou, uniquement porteuses de facteurs de risque du diabète.

Le protocole est destiné à deux groupes de patients qui ont été déterminés par le groupe de travail en fonction des recommandations de l'ANAES en ce qui concerne le dépistage du diabète de type 2 (4):

- personnes ayant déjà eu une glycémie entre 1,10 g/l et < à 1,26g/l.
- patients de plus de 45 ans et ayant au moins un facteur de risque de la liste suivante :
 - parent du 1^{er} degré diabétique de type 2
 - HTA, dyslipidémie, excès pondéral (IMC > à 28kg/m²)
 - Antécédent de Diabète gestationnel ou naissance d'un bébé de plus de 4 kg
 - Antécédent personnel de diabète temporairement induit (corticothérapie, infection, intervention chirurgicale...).
 -

En fonction de la glycémie à jeun retrouvée, le patient dépisté est donc classé dans 3 catégories :

- Patients sain : glycémie < à 1,10 g/l
- Patient intolérant au glucose : glycémie entre 1,10 et 1,26g/l
- Patient diabétique : glycémie > à 1,26 g/l à 2 reprises.

Dans le premier cas, une surveillance biologique tous les 3 ans (selon les recommandations ANAES (4)) est instaurée sans suivi par l'infirmière, sauf exception : importante surcharge pondérale, dyslipidémie majeure...

Dans le second cas, une surveillance biologique par une glycémie annuelle et une consultation avec l'infirmière (afin d'expliquer les mesures hygiéno-diététiques qui s'imposent) doivent être mises en place.

Dans le troisième cas, il est réalisé une seconde glycémie à jeun afin de confirmer le diagnostic de diabète de type 2. S'il est confirmé le patient rentre alors dans le suivi du diabète de type 2 décrit par l'ANAES (2).

IV.1.1.2 : Le suivi des patients diabétiques de type 2

Tous les critères de suivi recommandés par l'ANAES (2; 11) seront étudiés après analyse des fiches de suivi de ces patients en ligne sur « informed »:

- fréquence de réalisation de l'HbA1c : suivi biologique tous les 3 à 4 mois
- réalisation des critères du suivi annuel ou non :
 - Biologiques : HDL-Cholestérol, créatininémie, microalbuminémie
 - Electrocardiogramme (ECG)
 - Fond d'œil (FO).

(2) : Recommandations pour la pratique clinique de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) : Suivi du patient diabétique de type 2 à l'exclusion du suivi des complications ; janvier 1999 ; www.anaes.fr/

(4) : Recommandations pour la pratique médicale de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) : Principes de dépistage du diabète de type 2 ; février 2003. www.anaes.fr/

(11) : Recommandations pour la pratique médicale de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) : Stratégie de prise en charge du patient diabétique de type 2 à l'exclusion de la prise en charge des complications ANAES 2000 ; www.anaes.fr/

IV.1.2 : Description des questionnaires destinés aux patients, aux infirmières et aux médecins

IV.1.2.1 : questionnaires destinés aux patients

Un questionnaire est destiné aux patients diabétiques de type 2 qui doivent voir l'infirmière. Un autre est destiné à ceux qui l'ont vu. Dans les 2 cas, l'entretien est dans le cadre du suivi de leur pathologie chronique et non pour un autre motif.

Le premier (**Annexe 7**) doit être rempli par le patient AVANT la consultation avec l'infirmière.

Il a pour but :

- de déterminer si le rôle de l'infirmière a été expliqué au patient
- de déterminer si le motif de consultation a été bien compris
- de faire le point sur les attentes du patient.

Le second (**Annexe 8**) doit être rempli par le patient, seul, afin qu'il soit le plus objectif possible, APRES sa consultation avec l'infirmière.

Il a pour but d'essayer de faire le bilan avant -après de la consultation. Il doit permettre d'apprécier la satisfaction du patient vis-à-vis de la prise en charge par l'infirmière.

IV.1.2.2 : questionnaires destinés aux infirmières

Elles ont eu deux types d'entretiens.

Le premier a été réalisé par l'auteur, par téléphone, auprès de chacune des infirmières individuellement. Il a eu pour but d'évaluer le ressenti de chacune à ce stade de l'expérimentation. Ce sont des entretiens semi-directifs. (**Voir Annexe 9**)

Un second a été réalisé par Mme Blot, infirmière travaillant à la DRASS sous forme d'interview. Les conclusions faites seront exposées ensuite. (**Voir Annexe 10**)

IV.1.2.3 : Questionnaires destinés aux médecins

Deux questionnaires ont été adressés aux médecins.

Le premier est à propos des patients suivis pour le diabète de type 2 afin de déterminer pourquoi certains patients sont pris en charge par l'infirmière et d'autres non. Ce questionnaire est sensé être rempli par les médecins après 6 mois d'expérimentation et à chaque patient non vu il est sensé correspondre un questionnaire rempli. (Annexe 11)

L'auteur a réalisé un second questionnaire destiné à chacun des médecins engagés dans l'expérimentation (Annexe 12). Le principe de ce questionnaire est le même que pour les infirmières : évaluer le retentissement de l'expérimentation « ASALEE » auprès des médecins et recueillir leur sentiment vis-à-vis de celle-ci.

En fonction de la disponibilité de chacun d'entre eux, ce questionnaire a été rempli soit par Internet soit directement lors d'un entretien téléphonique.

IV.2 : Résultats

Les résultats des paragraphes IV.2.1 et IV.2.2 ont été statistiquement analysés par le Docteur Bouges, médecin de santé publique et directeur de l'URML Poitou-Charentes, grâce au logiciel Systat version 10.2.

IV.2.1 : Résultats du dépistage du diabète de type 2 réalisé dans le cadre du projet « ASALEE »

Le dépistage a permis de recruter 232 patients en suivant les critères recommandés par l'ANAES (4).

Il a été réalisé en quantité très variable dans les 3 cabinets médicaux.

En effet, au recueil des données réalisé sur www.isas.fr/informed79/ le 1^{er} juin 2005, 6% des patients recrutés venaient du cabinet de Brioux, 74% de celui de Châtillon et 19% de celui de Niort.

Le sexe ratio Hommes/Femmes est de 1,8.

Tous les patients ont plus de 45 ans étant donné que c'est l'âge à partir duquel il est recommandé par l'ANAES (4) de commencer à réaliser le dépistage du diabète de type 2.

Lorsqu'on étudie la répartition des patients en fonction des facteurs de risque du diabète (Tableau 1), on note que le plus fréquent est la surcharge pondérale. Dans plus de 60% des cas, les patients ont un indice de masse corporelle supérieur ou égal à 28 kg/m².

Ensuite dans 50%, on trouve l'hypertension artérielle (HTA) et l'antécédent personnel d'intolérance au glucose c'est-à-dire une antériorité personnelle d'une glycémie à jeun entre 1,10 et 1,26 g/l.

Suivent les dyslipidémies, prises en charge, avec 43%, et avec plus spécifiquement le HDL-cholestérol inférieur ou égal à 0,40 g/l ou les triglycérides supérieurs à 1,8mg/l dans 26,3% des cas.

Les antécédents familiaux de diabète de type 2 sont retrouvés dans environ un quart des cas (28%).

Parmi la population étudiée (232patients), il y avait 83 femmes dont aucune n'a eu un diabète gestationnel mais dont 0,4% a eu un bébé pesant plus de 4kg à la naissance.

Enfin, sur les 232 patients, 0,4% ont un antécédent de diabète induit par une corticothérapie mais aucun n'a cet antécédent suite à une intervention chirurgicale, une infection ou un autre motif.

(4) : Recommandations pour la pratique médicale de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) : Principes de dépistage du diabète de type 2 ; février 2003. www.anaes.fr/

Tableau 1 : Répartition des facteurs de risque du diabète de type 2 au sein de la population recrutée pour son dépistage :

Facteurs de risque*	Proportion des patients porteurs du facteur de risque correspondant	IC 95%
IMC > ou = à 28kg/m ²	63,4%	[55-70]
Antécédent familial du 1er degré	28%	[21.5-35]
Antécédent personnel d'intolérance au glucose	48%	[40-55]
HTA	51%	[44-59]
Dyslipidémie	43%	[36-51]
HDL ≤ 0,40g/l ou triglycérides > 1,8mg/l	26,3%	[20-33]
Bébé de plus de 4kg à la naissance (sur 83 patientes)	3,6%	Non réalisée
diabète gestationnel	0%	
diabète induit par une corticothérapie	0,4%	[0-2,6]
diabète induit par une infection	0%	
diabète induit par une intervention chirurgicale	0%	
diabète induit par un autre motif	0%	

* recommandations de l'ANAES (4)

La seconde répartition des patients a été réalisée grâce aux résultats de la glycémie à jeun demandée ou consignée dans le dossier médical par l'infirmière dans le cadre du dépistage. (Tableau 2)

Plus de la moitié des patients présente une intolérance au glucose (glycémie entre 1,10 et 1,26).

7,4% des personnes ont une glycémie supérieure ou égale à 1,26g/l. Si celle-ci se confirme lors d'un second dosage, ces personnes seront considérées comme diabétiques de type 2.

Tableau 2 : Répartition des patients en fonction des glycémies réalisées ou inscrites dans le cadre du dépistage de diabète de type 2 durant l'expérimentation « ASALEE »:

Résultats des glycémies à jeun	<1,10g/l	1,10g/l à 1,26 g/l	>ou égale à 1,26g/l
Proportion des patients	39,6%	53%	7,4%
IC 95%	[32-48]	[45-61]	[4-12]

Le dernier aspect, qu'il faut aborder vis-à-vis du dépistage du diabète de type 2 dans le cadre de l'expérimentation « ASALEE », est la prise en charge des patients en fonction des résultats ou de leur(s) facteur(s) de risque.

80% des patients ont un bilan annuel prescrit par l'infirmière (alarme mise en place dans le dossier médical). 5,6% des patients auront un suivi diabétique. 90% auront des séances d'éducation des mesures hygiéno-diététiques.

IV.2.2 : Résultats du suivi des patients diabétiques de type 2 dans le cadre du projet «ASALEE»

La population totale des patients diabétiques de type 2, qui a été suivie par les trois infirmières sur dossiers ou en consultation(s), est constituée de 363 personnes.

Les caractéristiques de cette population vont être exposées, cabinets par cabinets puis de manière globale les trois cabinets confondus.

La répartition cabinet par cabinet met en évidence des différences nettes entre les effectifs recrutés pour le suivi des patients diabétiques de type 2 en fonction des cabinets : 50% des patients de Brioux ont vu l'infirmière contre 92% des patients pour le cabinet de Châtillon.

Le recrutement dans le cabinet de Châtillon est presque 1,8 fois plus important que celui de Brioux pour des populations de diabétiques suivis peu différentes étant de 153 patients à Châtillon et de 161 patients à Brioux.

Le recrutement de Niort étant de 69% il est quasiment identique au recrutement moyen des trois cabinets qui est de 70%.

L'âge moyen des patients est de 66ans. La fourchette d'âge des patients venant consulter l'infirmière est très large de 37 ans à 93 ans.

58% patients sont âgés de 65ans ou plus avec un indice de confiance à 95% entre 52 et 64 ans.

Enfin, il existe un sex ratio global (H/F) de 1,45, soit une majorité de patients du sexe masculin.

Tableau 3:

Répartition par sexe et par âge des patients diabétiques suivis par l'infirmière dans le cadre d'« ASALEE », en fonction des cabinets

	Nombre de DT2* suivis par les infirmières	Taux des DT2* suivis parmi ceux suivis au cabinet médical	Age moyen (ans)	Ages extrêmes (ans)	Sexe des patients (H : hommes et F : femmes)	
					H	F
Brioux	81	50%	65,2	45 à 88	59%	41%
Châtillon	141	92%	66	37 à 93	55%	45%
Niort	141	69%	67,1	39 à 85	52%	48%
total	363	70%	66,3	37 à 93	191(55%)	164(45%)

*DT2: patient diabétique de type 2

Le dernier critère à examiner afin de pouvoir caractériser cette population de patients diabétiques de type 2 est la répartition de ces patients en fonction de leur indice de masse corporelle (IMC) (Tableau4).

13% des patients ont un poids normal (IMC<25).

Un peu plus du quart des patients (27%) est en surcharge pondérale (IMC entre 25 et 30).

La moitié des patients diabétiques suivis par l'infirmière sont obèses et 5% sont porteur d'une obésité massive (IMC>ou=40).

Tableau 4 : Répartition des patients diabétiques de type 2 en fonction de l'IMC recueilli lors du premier contact avec l'infirmière (dossier médical ou 1^{ère} consultation) :

IMC (kg/m ²)	Proportion des patients
<25	13%
[25-30[27%
[30-40[45%
>ou=40	5%

Après cette description des patients, il faut décrire le suivi réalisé pendant l'expérimentation « ASALEE ». Les résultats de la prise en charge seront ceux de toute la population suivie c'est-à-dire les 363 patients, sans tenir compte des différences entre les cabinets médicaux. En premier lieu, l'auteur décrira la réalisation des examens recommandés par l'ANAES (2) puis elle se penchera sur une analyse plus précise du suivi des patients à travers la réalisation de l'HbA1c.

Les examens complémentaires étudiés, recherchant d'éventuelles complications du diabète et dont la réalisation est prise en compte dans le cadre de l'expérimentation « ASALEE », sont ceux recommandés par l'ANAES dans le « Suivi du patient diabétique de type 2 à l'exclusion du suivi des complications » (2). (Tableau 5)

79% des patients ont eu un dosage de l'HbA1c durant les 6 derniers mois. Ces résultats seront complétés par les résultats des tableaux 6, 7 et 8.

Les 3 /4 patients ont eu un dosage du HDL-cholestérol dans les 12 derniers mois.

Du point de vue de la recherche de complications rénales, 80% des patients ont eu un dosage de la créatininémie et 61,7% une recherche de microalbuminurie.

Enfin, un peu plus d'un patient sur deux a eu une ECG et un Fond d'œil dans l'année.

Tableau 5 : Examens réalisés depuis 12 mois chez les 363 patients diabétiques de type 2 suivis dans le cadre de l'expérimentation « ASALEE » :

Examens réalisés**	Proportion, parmi les patients 363 suivis dans le cadre de l'expérimentation « ASALEE, de ceux ayant bénéficié d'au moins 1 acte depuis 6 mois (HbA1c) ou 12 mois (autres examens) - [IC 95%]
HbA1c*	79%
Dosage du HDL-cholestérol	74% [68-80]
Créatininémie	80,7% [75-81]
Microalbuminurie	61,7% [55-68]
Fond d'œil	53,4% [47-60]
ECG	51% [45-52]

*au moins un dosage depuis 6 mois

** selon les recommandations de l'ANAES (2)

(2) : Recommandations pour la pratique clinique de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) : Suivi du patient diabétique de type 2 à l'exclusion du suivi des complications ; janvier 1999 ; www.anaes.fr/

Dans le tableau 5, le taux de réalisation de l'HbA1c est observé durant les 6 derniers mois et non durant les 12 derniers mois. Ceci a été réalisé afin de pouvoir comparer le suivi de patients durant l'expérimentation « ASALEE » et d'autres études utilisant les mêmes critères de suivi (voir la Discussion : chapitre V).

Pour analyser avec plus de précision ce critère très important dans la surveillance de l'équilibre du diabète de type 2, les résultats ont été particulièrement étudiés.

Le tableau 6 permet de réaliser une répartition des patients en fonction de la moyenne de leur taux d'HbA1c. C'est la moyenne de toutes celles réalisées quelques soit leur nombre.

1 /3 des patients présente une HbA1c moyenne inférieure ou égale à 6,5% ce qui signifie que leur diabète est équilibré.

Par contre, le reste des patients (60%) en dehors des manquants n'ont pas un diabète équilibré (HbA1c > 6,5%) et un peu plus d'un sixième des patients (17%) ont un diabète très déséquilibré (>= 8%).

Tableau 6 : Répartition des patients suivis pour un diabète de type 2 dans le cadre de l'expérimentation « ASALEE » en fonction des résultats de leur HbA1c :

Valeurs de l'HbA1c moyenne (%)	Taux de répartition des patients
<ou=6,5	34,7%
] 6,5-8[42,7%
>ou=8	17,4%
manquant	5,2%

Face à ces chiffres il est apparu comme important, pour mieux cibler le suivi des patients, de déterminer le nombre d'HbA1c réalisées en fonction de la durée d'inclusion à l'expérimentation.

Des durées de 4 mois ont été choisies car les recommandations de l'ANAES (2) précisent que les dosages d'HbA1c doivent être réalisés tous les 3 à 4 mois. Ceci signifie qu'à 4 mois le patient doit avoir en au moins un dosage d'HbA1c, qu'à 8 mois il doit en avoir eu au moins 2..etc...

Le tableau 7 expose les résultats.

Pour les patients qui ont un suivi de moins de 4 mois, le référentiel a été respecté: un peu plus des 2/3 des patients ont eu un dosage et les autres en ont eu au moins deux.

Pour les patients qui ont un suivi depuis 4 à 8 mois, le référentiel a lui aussi été respecté : un peu plus de 70% a eu 2 dosages et les autres en ont eu au moins 3.

Par contre, pour les suivis de plus de 8 mois, le référentiel n'est plus aussi bien appliqué étant donné que dans presque 20% des cas les patients n'ont eu que 2 dosages alors que les recommandations en préconisent au moins 3.

(2) : Recommandations pour la pratique clinique de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) : Suivi du patient diabétique de type 2 à l'exclusion du suivi des complications ; janvier 1999 ; www.anaes.fr/

Tableau 7 : Nombre des dosages d'HbA1c réalisés chez les patients suivis pour un diabète de type 2 en fonction de la durée d'inclusion à l'expérimentation « ASALEE » : (19 résultats manquants sur 363 patients)

Nombre de dosages d'HbA1c réalisés sur la période correspondante	Durée de suivi des patients		
	< 4mois	[4–8 mois]	> 8mois
1	68%	0%	0%
2	31%	72%	19,2%
3	1%	27%	41,4%
4	0%	1%	24%
5	0%	0%	15,4%

Le dernier point analysé est la répartition des patients diabétiques de type 2 en fonction de leur durée de suivi par l'infirmière dans le cadre de l'expérimentation « ASALEE ».

Tableau 8 : Proportion des patients suivis pour un diabète de type 2 en fonction de la durée d'inclusion à l'expérimentation « ASALEE » : (19 résultats manquants sur 363 patients)

	Durée de suivi des patients		
	< 4mois	[4–8 mois]	> 8mois
Taux de répartition des patients suivis	41%	29%	30%

Pour conclure ces résultats illustrant le suivi des patients diabétiques de type 2 dans l'expérimentation « ASALEE », on peut dire que sur les 363 personnes recrutées en quantité très variables en fonction des cabinets médicaux (de 50% à 92% des patients suivis dans le cabinet médical pour un diabète de type 2) :

- L'âge moyen est de 66 ans,
- 55% sont de hommes (Tableau 3),
- 50% sont obèse avec un IMC supérieur ou égal à 30 kg/m² (Tableau 4).

Les recommandations de l'ANAES (2) sont connues de tous les médecins mais ne sont pas parfaitement appliquées. (Tableau 5)

Au moins un dosage de l'HbA1c a été réalisé dans les 6 derniers mois chez 79% des patients. L'HbA1c moyenne permet de dire que 60% des patients ont un diabète déséquilibré : HbA1c supérieure à 6,5% (Tableaux 5 et 6).

Enfin, il semblerait que lorsqu'on introduit la notion de durée de suivi dans la réalisation des dosages de l'HbA1c, les recommandations de l'ANAES sont moins bien respectées. En effet, 100% des patients les suivent pour les durées de moins de 4 mois et de 4 à 8 mois mais, au-delà de cette durée de 8 mois presque 20% des patients ne les respectent plus.

(2) : Recommandations pour la pratique clinique de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) : Suivi du patient diabétique de type 2 à l'exclusion du suivi des complications ; janvier 1999 ; www.anaes.fr/

IV.2.3 : Résultats des questionnaires destinés aux patients

Le premier questionnaire a été présenté aux patients AVANT la consultation avec l'infirmière (**annexe 7**). Il avait trois buts principaux :

- - déterminer si le rôle de l'infirmière a été expliqué au patient
- - déterminer si le motif de consultation a été bien compris
- - faire le point sur les attentes du patient.

Les questionnaires ont été mis en place tardivement ce qui explique un faible taux de remplissage de ce questionnaire dans les trois cabinets.

Certains des questionnaires sont inexploitablement car très partiellement remplis. Ils concernent les patients analphabètes ou étrangers, ne lisant et n'écrivant pas notre langue, vus par l'infirmière.

100% des patients venant consulter l'infirmière ont été adressés par leur médecin. Plus de la moitié des patients connaissaient l'existence de l'infirmière dans le cabinet de leur médecin habituel.

Le questionnaire les interroge sur la pathologie ayant fait prendre la décision à leur médecin de les adresser à l'infirmière (plusieurs réponses sont possibles par patient) :

- 61.5% des patients déclarent consulter dans le cadre de leur diabète de type 2 et 19% parce qu'ils présentent un risque important de diabète.
- 19% viennent pour un autre motif que les deux précédents : ce motif peut avoir un lien avec le diabète : prise en charge d'une surcharge pondérale, d'une hypercholestérolémie, ou, ne pas avoir de lien du tout : bilan gériatrique.
- enfin, 3% de ces patients ne savent pas pourquoi leur médecin les a adressés à l'infirmière.

Ensuite, lorsqu'on demande aux patients pourquoi est-ce qu'ils consultent (plusieurs réponses sont possibles par patients) :

- 92% d'entre eux désirent obtenir des conseils vis-à-vis de leur propre prise en charge de leur maladie. 38% souhaitent un suivi par l'infirmière c'est-à-dire s'attendent à consulter plusieurs fois celle-ci. 34% aimeraient obtenir des explications complémentaires de celles du médecin sur leur pathologie.
- enfin, 3% disent venir consulter pour un autre motif que ceux cités précédemment sans préciser lequel.

Pour conclure, tous les patients sont adressés par leur médecin à l'infirmière. Globalement, ils semblent avoir compris pour quel motif ils lui sont adressés et savent ce qu'ils en attendent.

Le second questionnaire a été proposé aux patients APRES la consultation avec l'infirmière. (**Annexe 8**)

Il a permis de recueillir la satisfaction des patients, leur compréhension et le ressenti du contenu de l'entretien avec l'infirmière.

Tous les patients ont consulté suite à la prescription de leur médecin.

68% d'entre eux sont venus pour une prise en charge complémentaire de leur diabète, 13% pour leur « pré-diabète ». 19% des patients ont consulté pour un motif constituant un facteur de risque de l'apparition du diabète : surcharge pondérale, dyslipidémie ou pour un motif sans rapport comme les troubles de la mémoire.

Les patients sont tous satisfaits de la globalité de l'entretien.

84% des patients estiment que les conseils étaient adaptés à leur cas. Ils abordaient dans 90% des cas des problèmes vis-à-vis de l'alimentation, et, dans 71% des cas, des soucis liés au mode de vie des patients.

Les motifs d'insatisfaction des patients ne portent pas sur la prise en charge par l'infirmière mais sur le contenu de l'entretien :

- en effet, 10% des patients déclarent ne pas avoir compris les conseils,
- environ 15% des patients trouvent les conseils trop stricts. Pour d'autres ils semblent irréalisables dans la vie quotidienne à cause de leur emploi (6%) de leur mode de vie (10%) ou de leur famille (13%).

Malgré ces résultats, 97% des patients veulent essayer d'appliquer tous les conseils donnés par l'infirmière et quand on leur demande s'ils veulent revoir l'infirmière, ils répondent « oui » dans 81% des cas (plusieurs réponses possibles par patients) :

- pour des conseils complémentaires dans 45% des cas,
- pour être motivé vis-à-vis de leur propre prise en charge de leur maladie dans 35% des cas,
- pour être accompagné de manière plus complète et en parallèle de leur médecin c'est-à-dire avoir un meilleur suivi, dans 64% des cas.

Pour conclure, les patients sont satisfaits de cette prise en charge qui apporte un complément à celle que leur médecin leur apporte (58% des patients notent que l'infirmière leur a donné des explications que leur médecin ne leur avait pas données).

Mais en plus des points détaillés plus haut il faut préciser :

- que la notion de temps intervient dans la satisfaction des patients : 42% des patients estiment que l'infirmière les a plus écoutés que leur médecin habituel,
- Par ailleurs, certains patients déclarent être plus à l'aise avec l'infirmière pour parler de leur problème de santé (39%). C'est l'inverse pour 29% des patients. (32% des patients interrogés n'ont pas répondu à cette question)

IV 2.4 : Résultats des questionnaires destinés aux infirmières : (Annexes 9 et 10)

Il est réalisé ici la synthèse des réponses aux deux questionnaires (celui réalisée par l'infirmière de la DRASS et celui réalisé par l'auteur).

Les questions posées aux infirmières vont être reprises les unes après les autres et les réponses ne seront pas nominatives mais tenteront de résumer les 3 réponses.

La première question ne sera pas détaillée car son résultat a été exposé au chapitre « II.2.3.4 : Arrivée dans les 3 cabinets ».

- *Qu'est ce que l'expérimentation « ASALEE » vous a apporté?*

Deux des infirmières expliquent avoir apprécié d'avoir le temps de faire leur travail et de pouvoir prendre le temps d'écouter les patients venant les consulter. Elles l'apprécient d'autant plus qu'elles n'en avaient jamais eu l'opportunité au cours de leur carrière professionnelle même dans le cadre hospitalier.

Une des infirmières a particulièrement apprécié le travail sur les dossiers médicaux et le traitement des informations sur l'outil informatique bien qu'elle regrette aussi son ancienne activité de soignante.

Cette activité en médecine générale a permis aux infirmières d'être confrontées aux difficultés de la prise en charge, en ambulatoire, des maladies chroniques.

Par exemple, le fait que certains patients diabétiques de type 2 vivent dans une précarité qui complique les soins et surtout les mesures hygiéno-diététiques qu'ils doivent appliquer.

Un autre exemple est celui de la nécessité d'expliquer de très nombreuses fois au même patient la même chose afin qu'il réalise l'intérêt au long cours des conseils donnés. Ceci est fait tout en sachant que les résultats ne sont pas forcément rapidement visibles.

Cet aspect répétitif ne doit surtout pas décourager le soignant.

- *Quelles sont vos tâches au sein du cabinet ? Réalisez-vous des actes en dehors du cadre de l'expérimentation « ASALEE » ?*

Les trois infirmières réalisent les tâches déterminées par le groupe de travail :

- dépistage de diabète de type 2
- dépistage du cancer du sein
- réalisation d'un bilan gériatrique complet (recherche de troubles cognitifs, de l'équilibre, alimentaires...) chez les personnes âgées de plus de 75 ans.
- suivi et éducation des patients diabétiques de type 2 en entretien individuel (rappels sur l'importance de la surveillance de l'évolution de la pathologie, rappel des mesures hygiéno-diététiques, suivi des examens biologiques ...).

En plus de ces tâches, les infirmières sont amenées localement, dans chaque cabinet médical, à compléter leurs missions initiales, comme par exemple :

- Mme B (Niort) réalise pour certains patients un réel accompagnement social.
- Mme G (Châtillon) est chargée du repérage sur les dossiers informatiques des patients nécessitant un dépistage du cancer du côlon. Par ailleurs, elle a la responsabilité de la réalisation des auto-mesures tensionnelles en suivant le protocole décrit sur www.automesure.com/. Les patients sont pris en charge par l'infirmière de l'explication de l'utilisation du tensiomètre à l'analyse des résultats.

- *Comment communiquez-vous avec les médecins ?*

Pour les trois infirmières, la même démarche s'est spontanément mise en place avec les médecins.

Elles remplissent, à chaque consultation, tout d'abord la fiche en ligne sur « informed » correspondante au motif de consultation (site décrit au chapitre IV.1.1) puis elles enregistrent une copie des conclusions de cette fiche dans le dossier médical du patient propre au cabinet médical.

Lors de la réalisation de cette copie, elles peuvent enclencher une alarme dans le dossier du médecin pour la réalisation d'un des examens du suivi qui a été oublié ; par exemple : prévoir au prochain bilan l'HbA1c ou l'examen des pieds ou l'ECG ou le fond d'œil ...

Cette alerte pourra ainsi prévenir le médecin lors de la prochaine consultation du patient.

Lorsqu'un examen doit être réalisé en urgence ou que le patient doit très rapidement être revu par le médecin, l'infirmière intervient directement auprès de ce dernier en lui exposant oralement le cas. Ainsi ils peuvent établir ensemble la démarche à suivre : attendre la prochaine consultation ou convoquer rapidement le patient soit avec le médecin, soit avec l'infirmière.

- *Les patients vous ont-ils donné leur avis sur l'expérimentation ?*

De manière globale, les patients des 3 cabinets ont été tous très satisfaits de cette nouvelle prise en charge par une autre personne que leur médecin habituel.

Voici les aspects que les patients ont particulièrement appréciés :

- pouvoir avoir plusieurs examens à la fois : ECG, prise de TA, pesée...et la consultation trimestrielle habituelle avec leur médecin.
- Etre rassuré par le suivi par l'infirmière et ses conseils et avoir la sensation d'avoir une prise en charge plus globale et plus rigoureuse de leur pathologie
- avoir une meilleure compréhension de leur maladie d'où une meilleure perception de la nécessité de réaliser des examens de dépistage des complications.
- Avoir en face d'eux quelqu'un d'autre que leur médecin, personne qui les intimide et à qui ils n'osent pas toujours poser des questions : l'infirmière leur paraît plus « accessible ».
- Enfin, dans les trois cabinets, la disponibilité de l'infirmière, sa possibilité de prendre le temps pour écouter les patients ou leur donner des explications ont été très appréciées par les patients.

Pour certains patients, en dehors de ceux qui ont un déni de leur pathologie chronique, la consultation avec l'infirmière est ressentie comme une contrainte en plus de leur maladie et du suivi régulier par leur médecin.

- *En conclusion, que pensez-vous de l'expérimentation ? Avez-vous rencontré des difficultés que vous tenez à signaler ? Quelles satisfactions retirez vous de l'expérimentation ?*

Pour les 3 infirmières, un an d'expérimentation c'est trop court mais toutes se sentent, au moment de l'entretien, parfaitement intégrées dans le fonctionnement du cabinet.

L'intervention du médecin reste encore indispensable pour la convocation des patients. La prescription par le médecin et l'explication du contenu de la consultation sont incontournables pour que les patients adhèrent à ce nouveau mode de prise en charge, qui est, en réalité, complémentaire de celui déjà entrepris par les médecins eux-mêmes.

Deux des infirmières ont pu constater qu'une augmentation de l'activité des médecins ou les préoccupations qu'ils peuvent avoir, entraînent une diminution du recrutement des patients venant consulter l'infirmière.

Par exemple : le départ et l'arrêt complet de l'activité d'un des médecins dans un des cabinets ont entraîné une surcharge de travail pour les autres. L'une des conséquences a été un très faible nombre de consultations par l'infirmière durant quelques semaines.

Elles sont toutes les trois convaincues de l'intérêt de l'expérimentation même si le rendement à court terme leur paraît faible (elles ne s'appuient ici que sur leurs propres impressions). C'est-à-dire par exemple que le nombre de patients diabétiques de type 2, ayant eu une réelle amélioration de leur HbA1c, ou, une perte de poids significative pour ceux en surcharge, leur paraît faible.

Par contre, leur travail de traitement des dossiers médicaux leur a permis de constater une nette amélioration dans la tenue de ces derniers mais aussi dans la motivation des médecins à mieux appliquer les référentiels.

Elles ont toutes envie de continuer et d'étendre leur activité à d'autres cabinets et d'élargir leurs champs d'action (nutrition de l'enfant, asthme, suivi des patients HTA...).

IV.2.5 : Résultats des questionnaires destinés aux médecins

Il faut rappeler que les médecins expérimentateurs sont au nombre de 11 et exercent en secteurs semi-rural ou urbain.

En premier lieu, il sera présenté les résultats du questionnaire adressé aux médecins afin de déterminer pourquoi ils recrutent ou non certains patients diabétiques de type 2 pour les consultations avec l'infirmière. (**Voir annexe 11**)

Les médecins n'ont pas établi une fiche de réponse pour tous les patients non vus. Un autre point important à signaler est que l'un des cabinets n'a renvoyé aucun des questionnaires ici. L'analyse se fait donc sur les résultats de 2 cabinets pour 76 patients. Ces deux points constituent un biais dont il faudra tenir compte.

Parmi les « non prise en charge » par l'infirmière, 46% résultent d'une décision médicale :

- diabète considéré comme équilibré
- suivi des recommandations à jour
- patient ne pouvant se déplacer et vu uniquement à domicile
- patient suivi régulièrement par un diabétologue
- mais aussi découragement du médecin qui renonce à une prise en charge par l'infirmière car il considère le patient considéré en échec thérapeutique : « non observance chronique ».
- enfin, d'autres motifs médicaux peuvent inciter le médecin à ne pas proposer la consultation : polyopathie lourde ou en cours de traitement (exemple : cancer), niveau intellectuel limité,...

Le tableau 9 (ci-après) permet de visualiser la fréquence de tel ou tel motif en sachant que pour un patient plusieurs motifs peuvent être choisis par le médecin.

60% des patients sont estimés par leur médecin comme étant bien suivis et ces derniers estiment que la consultation avec l'infirmière n'est pas nécessaire.

2.5% des patients vus par le diabétologue sont écartés du suivi par l'infirmière.

2.5% sont vus en visite par le médecin et l'infirmière ne consulte qu'au cabinet médical donc une consultation n'est pas possible.

Dans 10% des cas, le médecin estime que la consultation ne servira à rien étant donné que le patient n'a suivi jusqu'à là aucun des conseils et traitements conseillés.

Enfin, 14.5% des cas sont représentés par les « autres motifs » expliqués plus hauts.

Tableau 9 :

Raisons médicales de non consultation auprès de l'infirmière	
Diabète de type 2 considéré comme équilibré	36%
suivi recommandé par l'ANAES complet et à jour	24%
Non observance chronique de la part du patient	10%
patient uniquement vu en visite à domicile	2,50%
suivi régulier par un diabétologue	2,50%
autre motif de non consultation	14,50%

Après les raisons médicales de non consultations, il faut étudier les autres qui, elles, ne sont pas dues à une décision médicale.

Là aussi, plusieurs réponses pour un même patient sont possibles.

54% des patients diabétiques ne sont pas pris en charge par l'infirmière pour une raison qui ne dépend pas d'une décision médicale.

Il y a quatre groupes de motifs :

- Refus du patient parfois du à un déni complet de sa maladie
- Oubli du médecin
- Accord du patient obtenu lors d'une consultation ultérieure mais il n'a pas pris le temps de venir voir l'infirmière (parfois malgré des appels téléphoniques de celle-ci : est-ce alors un oubli ou un refus ?)
- Autre motif de non consultation auprès de l'infirmière :
 - patient vu le jour même par le médecin qui a pris la décision de faire consulter le patient : le rendez vous qui doit être pris le jour même par ce dernier
 - patient non revu (de passage ou vu pendant les vacances de son médecin habituel)
 - patient « difficile » à amener aux soins
 - patients diabétiques récemment pris en charge par les médecins.

Lorsqu'on examine la répartition des patients : (tableau 10)

57% des patients ont refusé de voir l'infirmière, ou, traînent à prendre le rendez-vous prévu.

8% des patients n'ont pas été vu par oubli du médecin.

Enfin 35% des patients rentrent dans le cadre des « autres motifs » exposés plus haut.

Tableau 10:

Raisons non médicales	
Refus de la part du patient	39%
Oubli de la part du médecin de proposer la consultation	8%
Accord du patient qui n'a pas encore pris son RDV	18%
autre motif de non consultation	35%

Grâce aux résultats du dernier dosage d'HbA1c réalisé pour chaque patient, il a été réalisé une répartition de ces patients.

L'ANAES a réalisé en janvier 1999 une publication (2) dans laquelle elle expose les objectifs glycémiques en fonction de l'HbA1c et la conduite à tenir thérapeutique en fonction de celles-ci.

La répartition faite ici (Tableau 11) a donc été réalisée en fonction du classement de ces résultats d'HbA1c pour les patients non vus par l'infirmière pour raison médicale ou non.

Dans la majorité des cas, les patients non vus ont une HbA1c souhaitée par les recommandations c'est-à-dire inférieure ou égale à 6,5% (ne devant pas entraîner de changements thérapeutiques).

Environ un tiers des patients est dans un groupe intermédiaire avec une HbA1c entre 6,6 et 8%.

Environ un sixième des patients a une HbA1c supérieure à 8%.

Dans ces deux derniers cas, les recommandations de l'ANAES conseillent un contrôle du dosage biologique dans les 3 à 4 mois et si le résultat persiste une adaptation thérapeutique doit être envisagée dans le premier cas et est fortement recommandée dans le second.

Tableau 11 :

répartition des patients non vus par l'infirmière en fonction de leur HbA1c			
HbA1c *	< ou égal 6,5%	entre 6,5 et 8%	> 8%
patients non vus pour raison médicale	51%	31,50%	17,50%
patients non vus pour raison non médicale	49%	36,50%	14,50%

* répartition suivant celle définie dans « suivi des patients diabétiques de type 2 à l'exclusion du suivi des complications » de l'ANAES janvier 1999

Les résultats de ces questionnaires montrent donc que certains patients ne sont pas suivis par les infirmières pour des motifs médicaux et/ou non médicaux.

Ces raisons sont nombreuses mais les deux principales sont soit que le diabète est considéré par le médecin comme bien équilibré et à jour dans les recommandations de suivi,

Soit que le patient refuse l'entretien avec l'infirmière.

Par ailleurs, il faut noter que la majorité des patients est bien équilibrée : environ 50% d'entre eux ont une HbA1c < ou égale à 6,5%.

Enfin, malgré des protocoles réalisés par les médecins expérimentateurs eux-mêmes, 8% des patients n'ont pas été vus par l'infirmière, dans les 6 premiers mois de l'expérimentation, à cause d'oublis des médecins eux-mêmes.

(2) : Recommandations pour la pratique clinique de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) : Suivi du patient diabétique de type 2 à l'exclusion du suivi des complications ; janvier 1999 ; www.anaes.fr/

Le deuxième questionnaire, réalisé par interviews téléphoniques individuelles ou par Internet, a pour but de tenter d'évaluer le retentissement de l'expérimentation « ASALEE » auprès des médecins et de recueillir leur sentiment vis-à-vis de celle-ci. (**Annexe 12**)

Tous les médecins expérimentateurs sont satisfaits (63% sont mêmes très satisfaits). Afin de savoir à quoi correspond cette satisfaction, l'auteur a repris tous les objectifs initiaux établis au début du projet par les médecins eux-mêmes (Chapitre II.2.1.) et leur a posé la question suivante : « *Le dispositif « ASALEE », a-t-il répondu à vos attentes ?* » pour chacun des items du Tableau 12.

Tous les médecins sont satisfaits de l'amélioration de l'information délivrée aux patients et 90% ont constaté une nette amélioration en ce qui concerne l'éducation des patients porteurs de pathologies chroniques.

Tous ont pu constater une amélioration de l'outil informatique surtout en ce qui concerne la tenue et mise à jour des dossiers médicaux informatisés.

Par ailleurs, 55% d'entre eux n'ont pas constaté d'amélioration dans le suivi entre l'hôpital et eux, pour les patients porteur de pathologies chroniques et qui ont été hospitalisé (quelques soit la durée).

Tableau 12: Réponses des médecins à la question « *Le dispositif « ASALEE », a-t-il répondu à vos attentes ?* » pour chacun des objectifs initiaux du projet :

Objectifs initiaux	OUI	NON	Ne se prononce pas
délivrer une meilleure information au patient	100%	0%	0%
améliorer l'éducation des patients porteurs de pathologies chroniques	90%	10%	0%
améliorer le suivi Hôpital- médecin généraliste pour ces mêmes patients	27%	55%	18%
améliorer l'outil informatique	100%	0%	0%
se délivrer de certaines tâches essentiellement administratives	45%	36%	18%

Par les réponses à la question suivante: « *Etes vous prêts à continuer l'expérimentation en l'état ?avec des changements ? Si oui, lesquels ?* », les médecins ont exprimé de manière très majoritaire leur adhésion à ce nouveau mode de travail qu'est la délégation de tâches en suivant le modèle du projet « ASALEE » car 81% des médecins sont prêts à continuer dans l'état.

Par contre, 90% des médecins ont aussi envie de faire évoluer le projet et donc de réaliser certains changements. Une extension géographique et une multiplication des tâches prises en charge par l'infirmière leur paraissent indispensables.

Pour ce qui est d'un éventuel gain de temps à terme les avis sont partagés.

54% des médecins estiment que « oui » si les tâches déléguées sont plus nombreuses à terme il y aura gain de temps.

Par contre, 36% estiment que « non » il est peu probable qu'il y ait un gain de temps car les prestations offertes par l'infirmière sont souvent un service en plus offert au patient dans la prise en charge de sa maladie, et non, des tâches faites en moins par le médecin.

Par ailleurs, les patients ont réellement besoin d'être orientés, accompagnés par le médecin pour accepter d'aller voir l'infirmière. Cet accompagnement, afin de convaincre le patient, prend du temps pendant les consultations.

Le recrutement des patients a été perçu de manière très différente en fonction des médecins.

64% des médecins déclarent n'avoir eu aucune difficulté à recruter les patients. Par contre, 36% estiment en avoir eu suite à des oublis de leur part, essentiellement en début d'expérimentation par manque d'habitude.

Par contre 81% des médecins ont rencontrés des difficultés dues aux patients eux-mêmes.

Les motifs avancés aux médecins rejoignent les réponses du premier questionnaire étudié plus haut :

- déni de la maladie
- refus d'un changement dans la prise en charge (souvent par crainte car fonctionnement inhabituel)
- refus d'avoir un tiers dans leur relation avec leur médecin (viennent pour voir le médecin et pas quelqu'un d'autre).

Mais malgré un recrutement parfois délicat, le degré de satisfaction des patients recueilli par les médecins est plutôt bon.

Ce qui ressort des commentaires faits par les patients aux médecins, c'est que les infirmières ont plus de temps pour écouter les patients. Ces derniers apprécient l'aspect complémentaire de la prise en charge faite par l'infirmière.

Les patients insatisfaits représentent selon les médecins environ 10% des patients vus en consultation par les infirmières.

Pour conclure, les médecins expérimentateurs sont satisfaits du travail réalisé par « leur » infirmière respective. De manière quasi-unanime, ils désirent continuer l'expérience.

Mais, il leur paraît indispensable d'augmenter le nombre des tâches réalisées par l'infirmière et de la faire consulter dans d'autres cabinets de médecine générale.

Les tâches qu'ils envisagent sont très variées : la prise en charge en première ligne de certaines pathologies aiguës, l'éducation vis-à-vis de l'allaitement avant ou après l'accouchement, l'éducation diététique des jeunes parents, des adolescents, la prise en charge d'autres pathologies chroniques comme l'asthme, la bronchite chronique, *etc...*

V- DISCUSSION :

Cette expérimentation « ASALEE » est la première en France à avoir instaurer et maintenant à évaluer l'intervention de la délégation de tâche dans la prise en charge des pathologies chroniques.

N'ayant pas d'antériorité dans ce type de prise en charge, il faut, en premier lieu, discuter le résultat des questionnaires présentés aux différents acteurs de l'expérimentation et en comparer les résultats à des études britanniques ayant expérimenté ces pratiques. Ceci sera réalisé, en tenant compte bien entendu, des différences de fonctionnement dans les systèmes de soins.

Ensuite, il faudra observer les résultats du suivi clinique de ces patients et les comparer à aux études antérieures et fiables, réalisées sur le suivi en ambulatoire des patients diabétiques de type 2. Elles ont été présentées dans la revue de littérature (chapitre II).

Cette comparaison permettra de mettre en évidence, si elle existe, une meilleure prise en charge des patients diabétiques de type 2 dans le cadre de la délégation de tâches au sein du projet « ASALEE ».

Les questionnaires des patients, des infirmières et des médecins permettent d'affirmer que globalement tous les acteurs de cette expérimentation sont satisfaits.

Pour les patients, le questionnaire réalisé avant la consultation avec l'infirmière permet de mettre en évidence que, la majorité d'entre eux sont intéressés pour améliorer leur propre prise en charge de leur pathologie chronique.

92% d'entre eux veulent des conseils et 34% veulent mieux connaître leur maladie. A travers ces souhaits, on peut aussi affirmer que la majorité des patients a identifié la mission des infirmières dans le cabinet médical.

Le questionnaire réalisé après la consultation avec l'infirmière permet de mettre en évidence une bonne satisfaction de la part des patients car les problèmes abordés semblent être ceux de la vie quotidienne des patients diabétiques de type 2 (problèmes diététiques, habitudes de vie...).

Les insatisfaits semblent l'être plus par découragement ou manque de motivation dans la prise en charge de leur propre maladie. Certains refusent aussi de la prendre en charge ; ceci résulte le plus souvent d'un déni de leur pathologie chronique.

Ces patients mécontents considèrent que « les conseils sont trop stricts » dans 15%, « ne sont pas réalisables à cause de leur famille » dans 13% des cas, « à cause de leur mode de vie » dans 10% des cas ou « à cause de leur travail » dans 6% des cas.

Malgré tout, il semble que la consultation crée une réelle motivation chez les patients car 97% d'entre eux veulent essayer d'appliquer les conseils donnés par l'infirmière et 81% souhaitent revoir l'infirmière lors d'une consultation ultérieure.

Ces questionnaires ont permis d'apprécier la satisfaction des patients pour le contenu de la consultation avec l'infirmière mais il permet aussi d'en apprécier la qualité de la relation qui s'est établie entre le patient et l'infirmière.

En effet, dans 58% des cas les patients estiment avoir eu des explications que leur médecin ne leur avait pas données.

La notion d'écoute ou d'empathie intervient aussi, car 42% des patients estiment que l'infirmière les a plus ou mieux écoutés que leur médecin.

Enfin 1/3 des patients estime se sentir plus à l'aise avec l'infirmière pour parler de ses problèmes. Il faut préciser qu'un 1/3 des patients n'a pas répondu à cette question et que le 1/3 restant se sent plus à l'aise avec son médecin qu'avec l'infirmière, ne désire pas de tiers dans cette relation établie de longue date avec « leur » médecin.

Ces derniers résultats peuvent être rapprochés de ceux de quelques études britanniques.

Schillinger (43) explique dans une publication réalisée en 2003 que la communication est indispensable pour améliorer le suivi des patients diabétiques de type 2. Avec son équipe, il a suivi, grâce à des enregistrements, des consultations. Les médecins réalisant ces dernières avaient tous reçu des formations afin d'adopter une nouvelle stratégie de communication interactive pour l'éducation thérapeutique de leurs patients.

Les résultats montrent que les valeurs biologiques permettant d'apprécier l'équilibre du diabète (HbA1c, glycémie..) sont directement influencées par la qualité de l'utilisation de ce nouveau mode de communication. Même si les systèmes de santé et les manières de pensées des britanniques et des français sont différents, il est possible de conclure que pour réaliser une bonne éducation du patient il faut avoir reçu une formation adéquate.

Pill (44) va dans ce sens en affirmant que pour changer les habitudes des patients, il faut changer adapter sa prise en charge au profil du patient qui consulte.

Ce changement de pratique passe par une formation adéquate afin d'acquérir la possibilité d'adapter la prise en charge au patient. Or peu de soignants ont reçu ce type de formation technique pour l'éducation thérapeutique des patients.

C'est dans ce but que les infirmières du projet « ASALEE » ont eu une formation initiale. Cette dernière avait pour objectif de réaliser une réactualisation des connaissances dans les domaines de l'expérimentation et particulièrement sur l'éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2.

(43): Schillinger D, Piette J, Grumbach K, Wang F. Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. Arch Intern Med. 2003; 163:83-90

(44): Pill R, Stott NC, Rollnick SR, Rees M.: A randomized controlled trial of an intervention designed to improve the care given in general practice to Type II diabetic patients: patient outcomes and professional ability to change behaviour. Fam Pract. 1998; 15: 229-35.

Parallèlement à cet objectif premier, la formation des infirmières avait aussi pour but, de créer, autour des infirmières, un réseau de correspondants hospitaliers pour faciliter la communication ville-hôpital.

Or, dans le chapitre III.2.5, les résultats ont montré que 55% des médecins n'ont pas réellement noté d'amélioration dans ce domaine là ! Est-ce que les infirmières n'ont pas assez investi ce rôle d'intermédiaire dans le suivi des patients ? Il est impossible de statuer étant donné qu'aucune évaluation n'a été réalisée dans ce sens.

Il faut enfin aborder les résultats des questionnaires des médecins.

Ils sont tous très satisfaits de l'expérimentation mais ils ont eu une adaptation très variable à cette nouvelle organisation de soins.

L'auteur tient tout de même à signaler que des problèmes liés au fonctionnement interne d'un des cabinets (départ d'un des médecins en plein hiver : période d'activité importante) sont venus interférer dans l'arrivée et l'installation de l'infirmière de ce cabinet médical. Ces problèmes ont aussi influencé l'adaptation des médecins de ce même cabinet à cette nouvelle organisation du travail.

Il n'empêche que 46% des patients diabétiques de type 2 n'ont pas été vus par l'infirmière pour motifs médicaux et ceci sur la durée évaluée de l'expérimentation, soit au minimum 7 mois ! (C'est une valeur calculée sur toute la population des patients non vus, sans les différenciés en fonction de leur cabinet médical d'origine).

Les motifs médicaux de « non orientation » vers l'infirmière étaient par exemple :

- un échec dans la prise en charge thérapeutique d'un patient sous traitement antidiabétique oral qui reste mal équilibré
- Un patient en « non observance chronique ».

On est en droit de se demander si l'infirmière, qui a reçu une formation spécifique d'éducation du patient, n'est pas plus apte que le médecin dans la prise en charge de ces patients difficiles en ce qui concerne leur éducation thérapeutique seulement, bien entendu.

Une étude britannique, réalisée par Hopper en 1995, mentionnée dans la revue de littérature réalisée par F Midy pour le CREDES (33) sur l'« Efficacité et efficacité du partage des compétences dans le secteur des soins primaires », étudie la méthodologie d'entretien d'infirmières et de médecins dans les consultations de promotion à la santé.

Les résultats de cette étude montre que les infirmières sont beaucoup plus systématiques dans leur prise en charge. A quasiment chaque consultation, elles déclarent réaliser une estimation du régime alimentaire du patient. Par ailleurs contrairement aux médecins qui ne donnent que des conseils verbaux, elles combinent dans 90% des cas des conseils verbaux et une information écrite adaptée aux patients.

(33) Midy F (Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé : CREDES). Efficacité et efficacité du partage des compétences dans le secteur des soins primaires : revue de littérature 1970-2002. février 2003

Certains médecins (1/3) réfèrent systématiquement leurs patients aux infirmières pour tout ce qui est du domaine diététique, estimant que malgré le fait que cette prise en charge soit capitale pour le patient elle relève d'avantage du rôle de l'infirmière formée à cet effet.

Certes, le mode de fonctionnement décrit dans cette étude nécessite des infirmières ayant des formations régulièrement réactualisées. Ce mode de délégation de tâches montre que dans certaines conditions, des infirmières britanniques ont développé des compétences dans le secteur de la promotion de la santé et qu'elles peuvent ainsi réaliser des gestes seuls alors qu'ils étaient réalisés auparavant par les médecins. Il semblerait même que dans certains cas elles les réalisent mieux.

Mais, ces infirmières n'ont pas les mêmes conditions de travail que des médecins ou que des infirmières libérales. Elles sont en poste pour réaliser de la prévention et ont le temps pour la réaliser correctement contrairement aux professionnels libéraux qui n'ont pas toujours cette possibilité de prendre le temps.

Les infirmières de l'expérimentation « ASALEE » ont eu des conditions de travail similaires à celles des infirmières britanniques. Elles étaient ainsi à la disposition des patients sans contrainte de temps.

Les résultats des questionnaires montrent donc que la mise en place de la délégation de tâches dans le cadre du projet « ASALEE » est réalisable bien que très rapidement influencée par des événements de la vie quotidienne du cabinet médical.

Cette délégation de tâches a été reconnue comme satisfaisante pour les 3 groupes d'intervenants dans l'expérimentation : les patients, les médecins et les infirmières.

Elle accroît la motivation des patients à prendre « en main » leur maladie.

Elle complète la prise en charge thérapeutique des médecins généralistes par l'écoute et la disponibilité d'une infirmière formée au sein même du cabinet médical où le patient est suivi habituellement.

Mais l'impact sur l'état de santé des patients ne peut pas être estimé de manière objective sur ces questionnaires.

Pour l'estimer, il faut s'appuyer sur les résultats recueillis sur le dépistage et le suivi du diabète de type 2 (chapitres IV.2.1 et IV.2.2) et les comparer aux études significatives antérieures telles que celles de la CNAMTS de 1999 et 2000 (6) et ENTRED 2001*(8 ; 10 ; 14).

En effet, pour évaluer l'efficacité de l'expérimentation « ASALEE », il faudrait comparer les résultats obtenus avant et après l'expérimentation. Or le bilan initial de l'activité des cabinets n'a pas pu être réalisée. Il faut donc s'appuyer sur des études significatives telles que celles sus-citées pour comparer les résultats obtenus et conclure par rapport à l'intérêt ou non de l'expérimentation « ASALEE » dans le suivi du diabète.

(6) : Ricordeau P, Weil A, Bourrel R, Vallier N, Schartz D et al. Programme de Santé Publique sur la prise en charge du Diabète de type 2: Evaluation de la prise en charge des diabétiques non insulino-traités entre 1998 et 2000. CNAMTS. Février 2002

(8) :Weill A, Varroud-Vial M, Fagot-Campagna A, Simon D, Lecomte P. Caractéristiques et état de santé des personnes diabétiques âgées et leur prise en charge médicale, étude ENTRED 2001.BEH 2005 ;12/13 :51-52

(10) : Romon I, Fosse S, Weill A, Varroud-Vial M, Fagot-Campagna A. Prévalence des complications macro vasculaires et niveau de risque vasculaire des diabétiques en France, étude ENTRED 2001.BEH 2005 ; 12-13 : 46-48

(14): Varroud-Vial M, Fagot-Campagna A, Vallier N et al. De ECODIA en 1998 à DIASTEP en 2001: évolution de la prise en charge ambulatoire des diabétiques de type 2 en France Réseaux Diabète 2002; 14 :22-25

*www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/diabete/diabete3_entred.pdf

A propos du dépistage du diabète de type 2 réalisé dans le cadre de l'expérimentation « ASALEE », il y a quelques points qu'il faut tenter d'éclaircir.

Pourquoi est-ce que le recrutement des patients a été si différent d'un cabinet à l'autre ?

En effet, 6% des patients étaient originaires du cabinet de Brioux contre 19% à Niort (3fois plus) et 74% à Châtillon (+ de 10 fois plus que Brioux).

Châtillon est le premier cabinet à s'être installé dans l'expérimentation. L'infirmière est rentrée dans ses fonctions presque 3 mois avant les 2 autres. Ceci signifie qu'elle a profité d'une durée d'expérimentation, d'exploitation des dossiers médicaux et de recrutement plus longue. Ceci lui a donc permis d'en réaliser plus.

Par ailleurs, chaque médecin est plus ou moins sensibilisé vis-à-vis du dépistage. Donc malgré des protocoles de dépistage identiques pour chacun d'entre eux, ceci a pu influencer le recrutement.

Il n'est pas possible de savoir avec exactitude les motifs de ces recrutements différents car aucune question n'a été posée aux infirmières et aux médecins dans ce sens. Par contre La population des diabétiques de type 2 étant presque identique dans les trois cabinets, il est légitime de penser que les populations nécessitant un dépistage devrait représenter un effectif presque similaire entre les trois cabinets ce qui n'est pas le cas...

Par ailleurs ces résultats ont permis de découvrir que chez 7,4% des patients, inclus dans le dépistage du diabète de type 2, le dosage de la glycémie à jeun était supérieur à 1,26g/l.

S'il s'agissait d'un deuxième dosage confirmant un dosage antérieur il serait possible d'affirmer que la prévalence du diabète dans la population dépistée est de 7,4% soit le double de celle de la population générale (1). On pourrait alors affirmer que les facteurs de risque choisis pour le dépistage sont opérants.

Or, il ne s'agit pas d'un second dosage et nous n'en avons pas le résultat. Donc on ne peut pas calculer la prévalence du diabète de type 2 dans la population dépistée.

Pour ce qui est des facteurs de risque (tableau 1 page 35), après réalisation du test du Chi², il s'avère que seuls 3 d'entre eux ont un risque de 1^{ère} espèce $p < 0,05$ donc, sont considérés comme significatifs (Tableau 13):

- Antécédent familial de diabète de type 2 du 1er degré ($p=0,002$)
- Antécédent personnel d'intolérance au glucose ($p=0,001$)
- HDL $\leq 0,40$ g/l ou triglycérides $>1,8$ mg/l ($p=0,019$).

Il serait possible de comparer ces résultats à la fréquence des anomalies du syndrome métabolique. Mais, des études comme l'étude DESIR (Données Epidémiologiques sur le Syndrome d'Insulino-Résistance) précise que ces critères présentent une grande variabilité entre les populations étudiées et que « des études (...) complémentaires sont nécessaires pour avant d'établir une définition adéquate »(). Face à ces arguments de spécialistes, il paraît dangereux de s'appuyer sur ces critères afin d'établir d'autres conclusions (45 ; 46).

(1) ::Simon D, Eschwege E. Données épidémiologiques sur le Diabète de type 2 ; BEH 2002, n°20/21 :85-86

(45)Balkau B, Vernay M, Novak M et al. The incidence and persistence of the NCEP metabolic syndrome. The French D.E.S.I.R. study. Diabetes Metab. 2003, 29: 526-32

(46)Balkau B. Frequency of the who metabolic syndrome in European cohorts, and an alternative definition of an insulin resistance syndrome. Diabetes Metab 2002, 28: 364-76

Tableau 13 : Seuil de significativité des facteurs de risque du dépistage du diabète de type 2

Facteurs de risque	Présence ou non du facteur de risque	Résultats de glycémies de dépistage (en g/l) en fonction des facteurs de risque			Risque de 1 ^{ère} espèce *: p
		<1,10	De 1,10 à 1,26	> ou = à 1,26	
IMC > ou = à 28kg/m ²	Oui	43%	52%	5%	P=0,21
	Non	34%	55%	11%	
Antécédent familial de diabète de type 2 du 1 ^{er} degré	Oui	57%	35%	8%	p=0,002
	Non	33%	60%	7%	
Antécédent personnel d'intolérance au glucose	Oui	24%	69%	7%	p=0,001
	Non	54%	39%	7%	
HTA	Oui	40%	55%	5%	p=0,3
	Non	40%	50%	10%	
Dyslipidémie	Oui	43%	52%	5%	p=0,4
	Non	37%	54%	9%	
HDL ≤ 0,40g/l ou triglycérides > 1,8mg/l	Oui	54%	43%	3%	P=0,019
	Non	34%	57%	9%	
Bébé de plus de 4kg à la naissance (sur 83 patientes)	Oui	100%	0%	0%	N/A : effectif théorique trop faible
	Non	39%	54%	7%	
diabète induit par une corticothérapie	Oui	0%	0%	100%	
	Non	40%	53%	7%	

* calcul grâce au test du Chi², qui permet de calculer le risque de 1^{ère} espèce : p. Ici, c'est le risque de conclure à l'existence d'un lien entre la présence ou non du facteur de risque, et le niveau de glycémie. Pour que ce lien soit statistiquement significatif, p doit être inférieur à 0,05.

Comme il a été expliqué dans le chapitre « Revue de littérature », plusieurs études récentes ont été réalisées en France sur le suivi du diabète de type 2.

Il faut donc comparer les résultats de l'expérimentation « ASALEE » avec les résultats des études de la CNAMTS de 1999 et 2000 (6) et à l'étude ENTRED 2001*(8 ; 10 ; 14).

Du point de vue des populations, l'étude ENTRED avait 54% des patients qui avaient plus de 65 ans. Dans l'expérimentation « ASALEE », les patients âgés de plus de 65 ans représente 58% de la population étudiée.

Un tableau comparatif (Tableau 14), entre les études de la CNAMTS en 1999 et 2000, l'étude ENTRED et les résultats de l'expérimentation « ASALEE » en 2005, permet d'affirmer que les meilleurs sont les plus récents : ceux réalisés dans le cadre d' « ASALEE ».

Tous les critères de suivi répertoriés sont plus fréquemment réalisés.

Presque 80% des patients diabétiques de type 2 suivis dans l'expérimentation ont eu au moins une HbA1c contre 64% en 2001 et 60% en 2000.

Le dosage du HDL-cholestérol est réalisé 2 fois plus qu'en 2000 dans l'étude de la CNAMTS. La créatininémie est réalisée dans 80% des cas contre un peu plus de 71% en 2001 et 2000.

Le fond d'œil (c'est le résultat enregistré dans le dossier du patient qui est pris en compte) est réalisé pour un peu plus d'un patient sur 2 (un peu plus de 40% en 2001).

L'ECG est réalisé pour un patient sur 2 contre un peu moins d'un patient sur 3 dans les études précédentes.

La microalbuminurie est réalisée chez un peu plus de 60% des patients mais son interprétation est délicate étant donné que le résultat de la recherche de la protéinurie à la bandelette urinaire n'est pas renseigné.

Ces résultats permettent d'affirmer que le suivi des patients diabétiques de type 2 est meilleur dans le cadre de l'expérimentation « ASALEE » que dans les études réalisées antérieurement.

Il faut tout de même un peu pondérer ces résultats.

Tout d'abord, il est légitime de supposer que les études antérieures à l'expérimentation ont sensibilisé les médecins. Elles avaient pour but certes de faire un état des lieux de la prise en charge de cette pathologie chronique, mais ceci afin d'améliorer la prise en charge des patients après avoir sensibilisé les médecins (14).

Ensuite, les médecins expérimentateurs sont particulièrement sensibilisés au suivi de cette pathologie chronique car ils l'ont choisie dès le début du projet afin d'en améliorer la prise en charge grâce à la délégation de tâches.

D'autre part, leur participation au groupe de travail les a incité à connaître les recommandations. C'était indispensable pour explorer toutes les possibilités de délégation de tâches tout en respectant les référentiels (annexes.4 bis page 74 et 5 bis page 77).

Mais, les variations de recrutements des patients en fonction des cabinets médicaux, 50% des patients diabétiques recrutés à Brioux contre 92% à Châtillon, montrent que tous les médecins ne le sont pas impliqués dans le projet de la même manière.

(2) : Recommandations pour la pratique clinique de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) : Suivi du patient diabétique de type 2 à l'exclusion du suivi des complications ; janvier 1999 ; www.anaes.fr/

(6) : Ricordeau P, Weil A, Bourrel R, Vallier N, Schartz D et al. Programme de Santé Publique sur la prise en charge du Diabète de type 2: Evaluation de la prise en charge des diabétiques non insulino-traités entre 1998 et 2000. CNAMTS. Février 2002

(8) : Weill A, Varroud-Vial M, Fagot-Campagna A, Simon D, Lecomte P. Caractéristiques et état de santé des personnes diabétiques âgées et leur prise en charge médicale, étude ENTRED 2001. BEH 2005 ; 12/13 : 51-52

(10) : Romon I, Fosse S, Weill A, Varroud-Vial M, Fagot-Campagna A. Prévalence des complications macro vasculaires et niveau de risque vasculaire des diabétiques en France, étude ENTRED 2001. BEH 2005 ; 12-13 : 46-48

(14) : Varroud-Vial M, Fagot-Campagna A, Vallier N et al. De ECODIA en 1998 à DIASTEP en 2001: évolution de la prise en charge ambulatoire des diabétiques de type 2 en France Réseaux Diabète 2002; 14 :22-25

*www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/diabete/diabete3_entred.pdf

Ceci permet tout de même de dire que la motivation des médecins ne peut pas expliquer à elle seule ces excellents résultats du suivi des patients diabétiques de type 2.

Tableau 14: Moyens mis en œuvre pour le suivi des patients diabétiques de type 2

Examens réalisés depuis 12 mois**	CNAMTS 1999	CNAMTS 2000	ENTRED 2001	ASALEE 2005
HbA1c*	55%	60,6%	64,5%	79%
Dosage du HDL-cholestérol	-	34,4%	-	74%
créatininémie	69,2%	71,1%	71,9%	80,7%
Microalbuminurie	14,3%	15,4%	15,4%	61,7%
Fond d'œil	41,5%	40,9%	41,8%	53,4%
ECG	29,7%	30,2%	29,3%	51%

*au moins un dosage depuis 6 mois

** selon les recommandations de l'ANAES (2)

Pour confirmer ces résultats, il faudrait prolonger le suivi des résultats dans le cadre de cette nouvelle organisation de travail en médecine libérale et refaire un bilan similaire régulièrement tous les 6 mois ou 1 an afin de vérifier qu'il n'y ait pas une lassitude qui s'installe dans le suivi de ces recommandations et donc une détérioration de ces chiffres (21 ; 23).

Car c'est peut être cette lassitude qui explique les chiffres du tableau 7 reproduit ci-dessous.

Tableau 7 : Nombre des dosages d'HbA1c réalisés chez les patients suivis pour un diabète de type 2 en fonction de la durée d'inclusion à l'expérimentation« ASALEE » : (19 résultats manquants sur 363 patients)

Nombre de dosages d'HbA1c réalisés sur la période correspondante	Durée de suivi des patients		
	< 4mois	[4–8 mois]	> 8mois
1	68%	0%	0%
2	31%	72%	19,2%
3	1%	27%	41,4%
4	0%	1%	24%
5	0%	0%	15,4%

(21) : Renders CM, Valk GD, Franse LV et al. Long term effectiveness of a quality improvement program for patients with type 2 diabetes in general practice. Diabetes care 2001; 24:1365-70

(23): Kirkman MS, Williams SR, Caffrey HH et al. Impact of a program to improve adherence to diabetes guidelines by primary care physicians Diabetes care 2002; 25: 1946-51.

Il a été vu plus haut l'aspect des 2 premières colonnes qui suivent parfaitement les recommandations.

Par contre, la troisième colonne qui correspond aux patients suivis depuis au moins 8 mois, les chiffres sont nettement moins parfaits.

20% des patients sont en dessous des recommandations, 60% les suivent parfaitement et 15% sont au dessus des recommandations. Ces derniers peuvent être les premiers patients vus par l'infirmière et on ne peut dire avec exactitude à quand remonte la première HbA1c mentionnée dans le dossier en ligne.

Par contre, les 20% de patients mal suivis il existe de très nombreuses possibilités : changements de cabinet médical, oubli de remplissage du dossier, résultat biologique non reçu au cabinet ou oublié par le patient, mais aussi baisse de la vigilance des médecins.

Pour conclure, les résultats résultant de l'analyse du dépistage et du suivi du diabète de type 2 sont très encourageants.

En effet, ils mettent en évidence une très forte amélioration de la réalisation des examens permettant le suivi de la pathologie chronique qu'est le diabète de type 2.

L'association d'une infirmière travaillant dans le cadre de la délégation de tâches au sein d'un cabinet de médecine générale et d'un outil informatique performant et adapté améliore le suivi et la prise en charge d'une pathologie chronique qu'est le diabète de type 2.

Une étude américaine publiée par Peters en 1998 arrivait aux mêmes conclusions (47).

(47) Peters AL, Davidson MB. Application of a diabetes managed care program. The feasibility of using nurses and a computer system to provide effective care. *Diabetes Care* 1998, 21:1037-43

VI- CONCLUSION

Le bilan de cette expérimentation de délégation de tâches en médecine générale auprès d'une infirmière paraît concluant.

Il ressort une satisfaction globale de tous les acteurs (patients, infirmières médecins) vis-à-vis de cette nouvelle organisation du travail et de la prise en charge des patients.

La réorganisation du travail au sein des cabinets expérimentateurs s'oriente vers deux axes.

Le premier est constitué par la diversification des activités. Les infirmières réalisent des tâches qui ne lui sont habituellement pas attribuées et qui souvent par manque de temps ne sont pas réalisées par les médecins généralistes. C'est par exemple l'éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2.

Le second axe est celui d'une augmentation de l'activité de promotion de la santé comme par exemple le dépistage du diabète de type 2, le dépistage du cancer du sein ou du côlon, le dépistage des troubles gérontologiques.

En outre, certes la délégation de tâches constitue une nouvelle organisation de travail mais elle ne fait pas que ça.

En effet, elle ouvre la voie de nouvelles opportunités professionnelles pour les infirmières et elle installe un nouveau mode relationnel, en complément de ceux déjà existants, avec le patient dans la prise en charge des pathologies chroniques.

Plus clairement, en médecine générale ce sont classiquement les patients qui doivent faire la démarche d'aller vers les soins. Dans l'expérimentation « ASALEE », c'est l'inverse : ce sont les soignants qui vont vers les patients, soit par l'analyse du contenu des dossiers médicaux, soit par les consultations proposées au patient par le médecin.

L'analyse des résultats « ASALEE » de la prise en charge biologique et clinique des patients est très encourageante.

En effet, leurs comparaisons à ceux issus d'études faisant référence montrent qu'on obtient avec la délégation de tâches une meilleure réalisation des recommandations de l'ANAES.

Il est donc possible au vu de tous ces résultats d'affirmer que grâce à « ASALEE » la prise en charge des pathologies chroniques, telles que le diabète de type 2, est améliorée.

Mais cette conclusion entraîne d'autres questions.

Tout d'abord, est-ce que l'expérimentation a été assez longue pour pouvoir réellement juger de son efficacité ?

Ensuite, pourrait-on avoir dans ce poste très polyvalent et nécessitant une grande adaptabilité, un autre professionnel qu'une infirmière ? Il est indispensable d'envisager ce problème devant la pénurie actuelle d'infirmières au cas où une extension des postes serait envisagée à plus grande échelle qu'elle ne l'est faite actuellement.

En effet, chacune des trois infirmières travaillent depuis peu dans au moins un cabinet médical en plus : l'extension géographique qu'elle souhaitée est en cours de mise en pratique.

Enfin, il faut rappeler qu'« ASALEE » n'est qu'une expérimentation. Cela signifie que sa durée est limitée dans le temps et qu'elle n'a pour mission que d'explorer la faisabilité de cette nouvelle organisation de travail qu'est la délégation de tâches en médecine générale.

Il se pose donc actuellement le problème du financement des infirmières dans le cadre du dispositif ASALEE, afin de permettre la pérennisation de ce dernier.

Plusieurs pistes de financement sont actuellement explorées.

La première source de financement possible pourrait être une prise en charge, probablement partielle, par les médecins eux-mêmes.

La seconde piste est celle du financement complet ou partiel par les collectivités locales (régionales, départementales, municipales...) et ceci dans le but de lutter contre la désertification médicale et paramédicale de certains sites : « ASALEE » pourrait augmenter l'attractivité des cabinets éloignés.

Enfin la troisième piste est celle du financement des actes réalisés par les infirmières, par l'Assurance Maladie. En évoquant ce possible financement, on souligne la problématique de la rémunération de la prévention en France dont de nombreux actes ne font pas partie de la Classification Commune des Actes Médicaux et ne sont donc pas pris en charge par l'Assurance Maladie.

Une solution intéressante pourrait être d'associer ces divers modes de financement.

VII- BIBLIOGRAPHIE:

Balkau B. Frequency of the who metabolic syndrome in European cohorts, and an alternative definition of an insulin resistance syndrome. *Diabetes Metab* 2002, 28:364-76

Balkau B, Vernay M, Novak M et al. The incidence and persistence of the NCEP metabolic syndrome. The French D.E.S.I.R. study. *Diabetes Metab* 2003, 29:526-32

Berland Y. Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences (rapport d'étape). Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées; 2003 ; <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/brp/notices/034000619.shtml>

Berland Y, Gausseron T. Mission "démographie des professions de santé"
Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. 2002
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/brp/notices/024000643.shtml>

Chambonet JY, Barantinsky-Mahot N, Dauget C, Charbonnel B, Krempf M. Le diabète de type 2 vu par les médecins généralistes de Loire-Atlantique et du Morbihan. *Sem Hop* 1999, 31-32 :1157-65

Chambonet JY, Mimault C. Diabète de type 2 : quelles connaissances des recommandations ?
La revue du praticien médecine générale 2004; 18 :1195-1199

Cohendet C. Groupe de pairs: outil de formation continue et d'évaluation collective des pratiques? *Revue du praticien Médecine Générale* 2002, 587 :1392-94

Coliche V. Des structures de proximité pour une éducation des patients par des binômes.
Réseaux Diabète 2000, 6 :30-32

Detournay B, Cros S, Charbonnel B et al. Managing type 2 diabetes in France: the ECODIA survey. *Diabetes Metab* 2000, 26:63-9

Duehring GL. Delegation: developping the habit. *Radiol manage* 2001, 23 :16-20

Ekwo E, Dusdieker LB et al. Physician's assistants in primary care practices: delegation of tasks and physician supervision. *Public Health Rep* 1979, 94:340-8

Frijling BD, Lobo CM, Hulscher ME et al. Multifaceted support to improve clinical decision making in diabetes care: a randomized controlled trial in general practice. *Diabet Med* 2002, 19:836-42

Germanaud J, Deprez PH, Lasfargues G, Lecomte P et al. Using Medical Management Typologies to improve Quality of Care. An example concerning the follow-up of Diabetic patients by general practionners. *Rev Med Ass Maladie* 2003, 34:85-91

Glenn JK, Goldman J. Task delegation to physicians extenders: some comparisons. *Am J Public Health* 1976, 66:64-6

Jones P., Bondy D. Family health services: the PHN and the GP. Canadian nurse 1969, 65:38-40.

Kenealy T, Kenealy H, Arroll B et al. Diabetes care by general practitioners in South Auckland: changes from 1990 to 1999. N Z Med J 2002; 115: 1164

Lawrence RS, DeFriese GH, et al. Physician receptivity to nurse practitioners: a study of the correlates of the delegation of clinical responsibility. Med Care 1997; 15: 298-310

Lecomte MA. Intérêt d'une infirmière au sein d'un cabinet de médecine générale (...) récit d'une expérience. Osmose mail 2000, 101
<http://www.medsyn.fr/osmose/osmose101/osmose101F.html>

Linney BJ. The art of delegation. Physician Exec 1998, 24:58-61

Mesbah M, Chwalow A, Balkau B. Prevalence of non insulin dependant diabetes as perceived by general practitioner in France. Rev Epidemiol Sante Publique 1995, 43:225-30

Midy F (Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé : CREDES). Efficacité et efficience du partage des compétences dans le secteur des soins primaires : revue de littérature 1970-2002. février 2003

Monnier L, Grimaldi A, Charbonnel B et al. Management of French patients with Type 2 diabetes mellitus in medical general practice: Report of MEDIAB observatory. Diabetes Metab 2004, 30:35-42

Nagykaldi Z, Mold JW: Diabetes patient tracker, a personal digital assistant-based diabetes management system for primary care practices in Oklahoma. Diabetes Technol Ther. 2003; 5: 997-1001

Peters AL, Davidson MB. Application of diabetes managed care program. The feasibility of using nurses and a computer system to provide effective care. Diabetes Care 1998, 21:1037-43

Pierce M, Agarwal G et al. A survey of diabetes care in general practice in England and Wales BJ Gen Pract 2000, 50:542-45

Pill R, Stott NC, Rollnick SR, Rees M. A randomized controlled trial of an intervention designed to improve the care given in general practice to Type II diabetic patients: patient outcomes and professional ability to change behaviour. Fam Pract 1998, 15:229-35

Recommandations pour la pratique médicale de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) : Principes de dépistage du diabète de type 2 ; février 2003. www.anaes.fr/

Recommandations pour la pratique médicale de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) : Stratégie de prise en charge du patient diabétique de type 2 à l'exclusion de la prise en charge des complications ANAES 2000 ; www.anaes.fr/

Recommandations pour la pratique clinique de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) : Suivi du patient diabétique de type 2 à l'exclusion du suivi des complications ; janvier 1999 ; www.anaes.fr/

Schillinger D, Piette J, Grumbach K, Wang F. Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. Arch Intern Med 2003, 163:83-90

Renders CM, Valk GD, Franse LV et al. Long term effectiveness of a quality improvement program for patients with type 2 diabetes in general practice. Diabetes care 2001, 24:1365-70

Ricordeau P, Weil A, Bourrel R, Vallier N, Schartz D et al. Programme de Santé Publique sur la prise en charge du Diabète de type 2: Evaluation de la prise en charge des diabétiques non insulino-traités entre 1998 et 2000. CNAMTS. Février 2002

Romon I, Fosse S, Weill A, Varroud-Vial M, Fagot-Campagna A. Prévalence des complications macro vasculaires et niveau de risque vasculaire des diabétiques en France, étude Entred 2001. BEH 2005, 12/13 :46. www.invs.sante.fr/entred

Schillinger D, Piette J, Grumbach K, Wang F. Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. Arch Intern Med. 2003, 163:83-90

Simon D, Eschwege E. Données épidémiologiques sur le Diabète de type 2. BEH 2002, 20/21 :85-86

Varroud-Vial M, Attali C, Attali JC et al. Des écarts significatifs persistent entre le traitement des patients atteints de diabète de type 2 et les recommandations de la Pratique Clinique. Diabetes Metab 2002, 28 : 1S, 24

Varroud-Vial M, Bauduceau B, Attali C et al. DIASSTEP: improvement of management and outcomes of patient with Type 2 diabetes. A national audit undertaken by 1631 French GPs. 18th International Diabetes federation congress: OP Health Care Organisation 2: Improving Patients'Outcomes. 2003

Varroud-Vial M, Charpentier G, Vaur L et al. Effects of clinical audit on the quality of care in patients with type 2 diabetes: results of the DIABEST pilot study. Diabetes Metab 2001, 27 :661-65

Varroud-Vial M, Fagot-Campagna A, Vallier N et al. De ECODIA en 1998 à DIASSTEP en 2001: évolution de la prise en charge ambulatoire des diabétiques de type 2 en France. Réseaux Diabète 2002, 14 :22-25

Varroud-Vial M, Mechaly P, Joannidis S et al. Cooperation between general practionners and diabetologists and clinical audit improve the management of type 2 diabetic patients. Diabetes Metab 1999, 25:55-63

Weill A, Ricordeau P, Vallier N et al. Les modalités de suivi des diabétiques non insulino-traités en France Métropolitaine durant l'année 1998. Diabetes Metab. 2000, 26:39-48.

Weill A, Varroud-Vial M, Fagot-Campagna A, Simon D, Lecomte P. Caractéristiques et état de santé des personnes diabétiques âgées et leur prise en charge médicale, étude ENTRED 2001. BEH 2005, 12/13 :51-52

Wiengarten SR, Henning JM, Badamgarav E et al. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness-which ones work? Meta-analysis of published reports. BMJ 2002, 325:925

www.sante.gouv.fr/htm/actu/berland_demomed/fiche5.htm

VIII- RESUME & MOTS-CLES :

Afin de trouver les solutions aux problèmes de la démographie des professionnels de santé, l'URML Poitou Charentes a mis en place le projet « ASALEE » ou Action de Santé Libérale en Equipe. Ce projet a pu profiter secondairement de l'incitation, par le Ministère de la Santé et l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé présidé par le professeur Berland, à expérimenter le transfert de tâches ou de compétences.

C'est un projet de délégation de tâches en médecine générale dont l'objectif principal est d'améliorer la qualité du service rendu aux patients c'est-à-dire :

- développer l'éducation thérapeutique pour les pathologies chroniques, et, l'éducation sanitaire
- développer le dépistage individualisé, et,
- anticiper l'augmentation à venir de la demande de soins en médecine générale.

La délégation de tâches est réalisée auprès de trois infirmières dans trois cabinets de médecine générale (une infirmière par cabinet) et onze médecins généralistes.

Après plusieurs mois d'expérimentation, le bilan réalisé est très satisfaisant.

Il ressort une satisfaction globale de tous les acteurs (patients, infirmières médecins) vis-à-vis de cette nouvelle organisation du travail et de la prise en charge des patients.

L'objectif, qui était d'améliorer la prise en charge des pathologies chroniques, est atteint.

La comparaison de la réalisation des recommandations de l'ANAES, pour la prise en charge des patients diabétiques de type 2, avec les études de référence faites par la CNAMTS ou l'étude ENTRED, est en faveur de l'expérimentation « ASALEE » : le suivi est mieux réalisé lorsqu'une infirmière en délégation de tâches intervient.

Pour conclure, l'installation d'une infirmière au sein d'un cabinet de médecine générale permet, au vu des résultats d'une première évaluation, d'améliorer la prise en charge des patients porteurs de diabète de type 2.

MOTS-CLES :

Délégation de tâches

Médecine générale

Diabète de type 2

IX- ANNEXES

Annexe 1: Recommandations pour la pratique clinique. Suivi du patient diabétique de type 2 à l'exclusion du suivi des complications (janvier 1999).

Tous les 3-4 mois*	Une fois par an
Interrogatoire	
<ul style="list-style-type: none"> • Éducation (autonomie, règles hygiéno-diététiques...) • Observance du traitement • Autosurveillance glycémique (si prescrite) • Problèmes psychosociaux 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Éducation (autonomie, règles hygiéno-diététiques...) ○ Observance du traitement ○ Autosurveillance glycémique (si prescrite) ○ Problèmes psychosociaux ○ Tabagisme ? ○ Évaluation complémentaire de la prise en charge de sa maladie par le patient : "Savez-vous quels sont les résultats du dépistage des complications ?", "Quand devez-vous être dépisté de nouveau ?" ○ Symptômes de complications cardiovasculaires ou neurologiques ○ Pour les femmes en âge de procréer : contraception ou désir d'enfant
Examen clinique	
<ul style="list-style-type: none"> • Poids • Tension artérielle • Examen des pieds 	<p style="text-align: center;"><u>Examen clinique complet</u> et en particulier :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Examen des pieds : état cutané, neuropathie sensitive (monofilament Nylon ± diapason) ○ Réflexes ostéo-tendineux ○ Palpation des pouls ○ Recherche de souffles abdominaux, fémoraux, et carotidiens ○ Recherche d'une hypotension orthostatique ○ Examen de la bouche, de la sphère ORL, de la peau
Examens paracliniques	
<ul style="list-style-type: none"> • HbA1c 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Examen par un ophtalmologiste ○ ECG de repos ○ Bilan lipidique à jeun : LDL, HDL, triglycérides et cholestérol total ○ Créatininémie et calcul de la clairance par la formule de Cockcroft ○ Protéinurie et hématurie, recherche d'infection par bandelettes urinaires ○ Si pas de protéinurie, recherche de micro albuminurie

- pour les patients considérés équilibrés

Annexe 2 : Profil de poste utilisé lors du recrutement de l'IDE

L'UNION RÉGIONALE DES MÉDECINS LIBÉRAUX DE POITOU CHARENTES

RECHERCHE

1 Infirmier(e) collaborateur(trice)
en médecine libérale (h/f)

REF: URML/ASALEE

Contexte du poste

Expérimentation A.S.A.L.E.E.

L'Union Régionale des Médecins Libéraux de Poitou Charentes (URML) développe à titre expérimental sur 12 mois, une nouvelle organisation des cabinets de groupe en médecine générale.

Il s'agit d'améliorer la **qualité des actions de santé** rendues aux patients en médecine de ville, et de répondre aux problèmes de **démographie** sanitaire.

Le modèle choisi est celui de **l'apport de nouvelles compétences** en cabinet de médecine de ville, et de délégation de tâches orientées **vers la prévention et l'éducation sanitaire** : l'URML met à disposition de ces cabinets **un infirmier ou une infirmière délégué(e), véritable acteur de santé publique** chargé d'intervenir sur prescription des médecins du cabinet de groupe.

Description du poste

Liaisons fonctionnelles et hiérarchiques

Salarié(e) par l'URML, placé(e)s sous la responsabilité d'un des 3 cabinets médicaux de groupe, expérimentateurs dans le cadre d'ASALEE.

Missions principales

Le titulaire aura pour principales missions de :

- Développer le suivi des pathologies chroniques
- Développer l'éducation à la santé et l'éducation du patient
- Réaliser des sessions de groupe d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique, et de promotion de la santé
- Développer le dépistage individuel et collectif
- Participer à la gestion du dossier médical informatisé des patients

Missions secondaires

- Participer à l'évaluation de l'expérimentation
- Participer à la réorganisation des soins au sein du cabinet, afin d'anticiper les grandes tendances de l'exercice médical de demain

Profil du candidat recherché

Formation initiale

- Infirmier(e) diplômé(e) d'état

Expériences

- Une expérience clinique sera un plus
- Expérience souhaitée en prévention et démarche éducative

Aptitudes

- Qualités relationnelles
- Esprit d'équipe
- Qualité d'organisation
- Maîtrise des outils informatiques courants et d'Internet
- Attrait pour la Santé Publique et ses outils (épidémiologie...)

Divers

Catégorie

Convention collective des employés de cabinets médicaux

Type de contrat

CDD temps plein 6 mois renouvelable, avec période d'essai de 1 mois - possibilité

	d'évolution vers un CDI à la fin de l'expérimentation -35H/semaine - démarrage urgent
Localisation	Dépt. 79 : Brioux sur Boutonne
Origine du poste	Création
Rémunération	1850 euros brut mensuel

Dépôt de candidature

Envoi des candidatures par courrier à :

Monsieur le Directeur
URML Poitou Charentes
Téléport 4 - Centre d'affaires Antarès
BP 70157
86961 Futuroscope Chasseneuil Cedex

Pour plus de précisions, contactez-nous :

- par mail : asalee@urml-pc.org
 - par téléphone : 05 49 49 48 80
-

Annexe 3 : Décrets concernant les actes professionnels des infirmier(e)s

Décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier : n° 2002-194 du 11/02/2002 :

http://www.legifrance.gouv.fr/citoyen/jorf_nor.ow?numjo=MESP0220026D

Article 14 :

Selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants :

Formation initiale et formation continue du personnel infirmier, des personnels qui l'assistent et éventuellement d'autres personnels de santé ;

Encadrement des stagiaires en formation ;

Formation, éducation, prévention et dépistage, notamment dans le domaine des soins de santé primaires et communautaires ;

Dépistage, prévention et éducation en matière d'hygiène, de santé individuelle et collective et de sécurité ;

dépistage des maladies sexuellement transmissibles, des maladies professionnelles, des maladies endémiques, des pratiques addictives ;

Éducation à la sexualité ;

Participation à des actions de santé publique

Recherche dans le domaine des soins infirmiers et participation à des actions de recherche pluridisciplinaire.

Il participe également à des actions de secours, de médecine de catastrophe et d'aide humanitaire, ainsi qu'à toute action coordonnée des professions de santé et des professions sociales conduisant à une prise en charge globale des personnes.

décret relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières *déontologie* : n°93-221 du 16 février 1993 :

http://www.infirmier-general.com/d93_221.html

Annexe 4 : Protocole de suivi des patients Diabétiques de type 2 résultant du groupe de travail « ASALEE » :

SUIVI DU DIABETIQUE DE TYPE 2

- Recrutement des patients :
 - L'infirmière dispose de la base des patients diabétiques de type 2.
 - Les patients sont habituellement suivis régulièrement par leur médecin traitant ; la mise en place du suivi par l'infirmière peut se faire au fil de l'eau après prescription par le médecin traitant
- Saisie des données par l'IDE :

L'infirmière renseigne le formulaire « suivi du diabétique de type 2 » sur le site en ligne <https://www.isas.fr/informed79/> : **annexe 4 bis**.

La première saisie nécessite de renseigner les suivis trimestriels semestriel et annuel avec les dernières données connues du dossier médical.

1. Le formulaire fait apparaître les examens manquants prévus par le référentiel ANAES (2) et les mesures à prendre.
 2. Débriefing entre l'infirmière et le médecin en charge du patient
 1. Récupération des examens manquants (courriers des ophtalmologistes, ECG fait par le médecin généraliste ou un spécialiste....)
 2. Préparation des prescriptions d'examens complémentaires
 3. Tâches pour le médecin : courriers pour les spécialistes, explications au patient des modalités du travail de l'infirmière
 4. Tâches pour l'infirmière : programmation du suivi **de tous les diabétiques** en incluant en priorité les diabétiques non équilibrés ou avec facteurs de risques non contrôlés.
 3. L'infirmière programme avec le patient les consultations de suivi individuel et/ou quand cela est possible les réunions de groupe.
Elle renseigne le dossier médical du cabinet au décours de chacune de ces consultations :
 - date
 - type d'actes réalisés auprès du patient :
 - i. Mise à jour du référentiel
 - ii. Examen clinique poids, (IMC), état général, TA, pouls état cutané, mono filament.
 - iii. Auto-mesure tensionnelle
 - iv. Mesures d'éducation
 - v. Tous les 3-4 mois l'infirmière est sensée saisir le formulaire de suivi au moins avec l'HbA1c.
-

Annexe 4 bis : « suivi du diabète » : formulaire exemple du site informed

  **suivi du diabète**
zTest

INFORMED. 79
contact



Cabinet: zTest
N° de dossier: 10705
Sexe: F
née le: 12/06/1974 (31 ans)
Taille: 187 cm

aucun suivi antérieur

Saisie d'un suivi au 16/06/2005

Type de suivi 4 mois semestriel annuel

Suivi systématique:

Poids	0	kg	IMC: 0
Traitement	<input type="checkbox"/> Régime seul <input type="checkbox"/> Insulino réquerant	Anti diabétiques oraux: aucun Pioglitazone chlorhydrate Metformine Gliclazide Miglitol	
Tension artérielle prise	0 / 0	<input type="radio"/> manuel <input type="radio"/> automatique <input type="radio"/> automesure	
Facteur de risque associé	<input type="checkbox"/> Tabac		

Co-pathologies ou complications:

<input type="checkbox"/> Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> Artérite	<input type="checkbox"/> Néphropathie
<input type="checkbox"/> Insuffisance coronarienne	<input type="checkbox"/> Rétinopathie diabétique	<input type="checkbox"/> Neuropathie périphérique

Suivi tous les 4 mois:

HBA1C	%	le
-------	---	----

Suivi semestriel:

Examen des pieds (aspect cutané et pous)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> nsp	le
Examen au monofilament	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> nsp	le

Suivi annuel:

	date	cocher si pathologique
Cholestérol HDL	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
valeur mesurée et cible	<input type="text"/> g/l	0.35 g/l
LDL	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
valeurs mesurée et cible	<input type="text"/> g/l	1.30 g/l (1.30 ou 1 si insuf. coro.)
Créatininémie	<input type="text"/>	<input type="text"/> mg
Clearance calculée	<input type="text"/> ml/mn	<input type="checkbox"/>
Micro Albuminurie	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Fond d'œil	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
ECG de repos	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Objectifs atteints:

<input type="checkbox"/> diabète équilibré	<input type="checkbox"/> objectif tensionnel (135/80)	<input type="checkbox"/> objectif lipidique
--	---	---

Mesures à prendre par le médecin:

<input type="checkbox"/> Modification traitement antidiabétiques oraux	<input type="checkbox"/> Modification ou mise à l'insuline
<input type="checkbox"/> Correction HTA	<input type="checkbox"/> Prise en charge hyperlipidémie

Coaching infirmière:

<input type="checkbox"/> Exercice physique	<input type="checkbox"/> Mesures diététiques
<input type="checkbox"/> Arrêt du tabac	

<input type="button" value="Valider la saisie"/>	<input type="button" value="Recommencer"/>
--	--

Annexe 5 : Protocole du dépistage de Diabète de type 2 : « au fil de l'eau » ou sur dossier :

Il a pour but de permettre le dépistage des patients à risques de diabète et de leur proposer des mesures hygiéno-diététiques qui seront expliquées par l'infirmière.

Le recrutement des patients est réalisé

- soit « au fil de l'eau » c'est-à-dire au fur et à mesure que les patients sont vus en consultation par le médecin,
- soit suite à un travail sur la base de donnée des dossiers médicaux informatisés par le médecin ou l'infirmière.

Il concerne les patients recrutés en fonction :

- soit d'une glycémie à jeûn antérieure entre 1,10 et 1,26g/l
- soit de leur âge > 45 ans **et** d'au moins un facteur de risque de Diabète de type 2. **Voir annexe 5bis.**

Un dossier « Dépistage du Diabète de type 2 » doit être saisi sur le site <https://www.isas.fr/informed79/> et une procédure de suivi-surveillance et d'éducation doit être réalisée par l'infirmière du cabinet.

Annexe 5bis : « Dépistage du diabète » : formulaire exemple du site informed

  **Dépistage du diabète**
zTest

INFORMED. 79
contact



Cabinet:	zTest
N° dossier:	000000
Sexe:	F
Née le:	10/04/1945
Age:	60 ans
Taille:	180 cm
Poids:	78 kg
IMC:	24.1
Dépistage du:	07/06/2004

Saisir:
1. Les facteurs de risque
2. La glycémie
3. Lire les mesures de suivi recommandées
4. Valider la saisie

(reprise du dépistage en cours de saisie)

1. Facteurs de risques:

Indice de Masse Corporelle > 28 kg/m ²	<input type="checkbox"/>
parent (au premier degré) diabétique de type 2	<input type="checkbox"/>
Antécédents personnels d'intolérance au glucose (glycémie à jeun entre 1,10 et 1,26 g/l)	<input type="checkbox"/>
Hypertension artérielle >= 140/90 ou HTA traitée	<input type="checkbox"/>
Dyslipidémie	<input type="checkbox"/>
HDL <= 0,40g/l ou triglycérides > 1,8mg/l	<input type="checkbox"/>
A eu un bébé de poids de naissance > à 4 kg	<input type="checkbox"/>
Antécédents de diabète gestationnel	<input type="checkbox"/>
Diabète transitoire dans d'autres circonstances:	
* corticothérapie	<input type="checkbox"/>
* infection	<input type="checkbox"/>
* intervention chirurgicale	<input type="checkbox"/>
* autre	<input type="checkbox"/>

2. Glycémie:

Dernière glycémie connue au dossier:
(si absente, laisser le champ vide)

Date: _____ (format JJ/MM/AAAA)

Résultat: _____ g/l (format X,XX)

Prescrire nouvelle glycémie dernière glycémie: _____

Résultat de la nouvelle glycémie:

Date: _____ (format JJ/MM/AAAA)

résultat: _____ g/l (format X,XX)

Si la glycémie n'a pas été faite: pourquoi ?

3. Mesures de suivi recommandées:

diabète	<input type="checkbox"/>
contrôle annuel	<input type="checkbox"/>
mesures hygiéno-diététiques	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

4. Valider la saisie:

Annexe 6 : Annonce publiée dans « Infirmière magazine » d'Avril 2004

L'UNION RÉGIONALE DES MÉDECINS LIBÉRAUX DE POITOU CHARENTES
recherche

3 INFIRMIER(E)S COLLABORATEUR(S) TRICES
en médecine libérale

Contexte du poste : Expérimentation A.S.A.L.E.E.
L'Union Régionale des Médecins Libéraux de Poitou Charentes (URML) développe à titre expérimental sur 12 mois, une nouvelle organisation des cabinets de groupe en médecine générale. Il s'agit d'améliorer la **qualité des actions de santé** rendues aux patients en médecine de ville, et de répondre aux problèmes de **démographie** sanitaire.
Le modèle choisi est celui de l'**apport de nouvelles compétences** en cabinet de médecine de ville, et de délégation de tâches orientées **vers la prévention et l'éducation sanitaire** : l'URML met à disposition de ces cabinets **un infirmier ou une infirmière délégué(e), véritable acteur de santé publique** chargé d'intervenir sur prescription des médecins du cabinet de groupe.

Description du poste

Liaisons fonctionnelles et hiérarchiques
Salarié(e)s par l'URML, placé(e)s sous la responsabilité d'un des 3 cabinets médicaux de groupe, expérimentateurs dans le cadre d'ASALEE.

Missions principales :

- Développer le suivi des pathologies chroniques
- Développer l'éducation à la santé et l'éducation du patient
- Réaliser des sessions de groupe d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique, et de promotion de la santé
- Développer le dépistage individuel et collectif
- Participer à la gestion du dossier médical informatisé des patients.

Missions secondaires

- Participer à l'évaluation de l'expérimentation

- Participer à la réorganisation des soins au sein du cabinet, afin d'anticiper les grandes tendances de l'exercice médical de demain.

Profil du candidat recherché

Formation initiale :
Infirmier(e) diplômé(e) d'état.

Expériences :

- Une expérience clinique sera un plus
- Expérience souhaitée en prévention et démarche éducative

Aptitudes :

- Qualités relationnelles,
- Esprit d'équipe,
- Qualité d'organisation,
- Maîtrise des outils informatiques courants et d'Internet,
- Attrait pour la Santé Publique et ses outils (épidémiologie...).

Convention collective des employés de cabinets médicaux • C.D.D. temps plein 6 mois renouvelable, avec période d'essai de 1 mois • possibilité d'évolution vers un C.D.I. à la fin de l'expérimentation • Rémunération : selon expérience

Envoi des candidatures par courrier à : Monsieur le Directeur - URML Poitou Charentes - Téléport 4 - Centre d'affaires Antarès - B.P. 70157 - 86961 FUTUROSCOPE CHASSENEUIL CEDEX

Pour plus de précisions, contactez-nous :
par mail : asalee@urml-pc.org • par téléphone : 05 49 49 48 80

Annexe 7 : Questionnaire destiné aux patients AVANT d'avoir l'entretien initial avec l'infirmière



Projet ASALEE

Numéro de dossier :

Questionnaire 1 : Orientation par le médecin vers l'infirmière

Vous allez consulter l'infirmière dans le cabinet de votre médecin généraliste.
Nous vous remercions de bien vouloir répondre à ces questions. Elles nous permettront d'améliorer la qualité des soins proposés.

Veillez cocher la case correspondante :

- 1 - Vous la consultez : sur les conseils de votre médecin sur votre demande
- 2 - Saviez-vous qu'il y avait une infirmière dans le cabinet de votre médecin ? **oui** **non**
- 3 - Pour quel motif allez vous consulter cette infirmière aujourd'hui ?
un diabète
un risque de diabète
un autre motif (préciser :)
je ne sais pas
- 4 - Pensez-vous que l'infirmière soit utile, qu'elle puisse vous apporter quelque chose ? **oui** **non**
- 5 - Qu'attendez-vous de cette infirmière ?
des conseils
un suivi (plusieurs consultations)
des explications sur votre maladie
autre chose (préciser :)

Annexe 8: Questionnaire destiné aux patients APRES avoir vu l'infirmière pour la première fois



Projet ASALEE

Numéro de dossier :

Questionnaire 1 : la prise en charge par l'infirmière

Vous avez vu l'infirmière dans le cabinet de votre médecin généraliste. Nous vous remercions de bien vouloir répondre à ces questions. Elles nous permettront d'améliorer la qualité des soins proposés.

Veillez cocher la case correspondante :

1 - Vous l'avez consultée :

- sur les conseils de votre médecin
- à votre demande

2 - Pour quel motif ?

- diabète
- pré-diabète
- autre (préciser :)

3 - Etes-vous satisfait(e) ?

(cochez la réponse qui vous convient)

Parfaitement	Plutôt oui	Plutôt non	Pas du tout

4 - Je suis satisfait(e) car l'infirmière :

- m'a donné des conseils
 - alimentaires
 - sur mon mode de vie : faire du sport,....
- m'a donné des explications sur ma maladie que mon médecin ne m'avait pas données ?
- m'a plus écoutée que mon médecin ?
- je me sentais plus à l'aise avec elle qu'avec mon médecin pour parler de mes problèmes de santé.
- Ses conseils me paraissent adaptés à mon cas et mes besoins

5 - Allez vous suivre les conseils que l'infirmière vous a donnés?

oui non

--	--

6 - Je ne suis pas satisfait(e), car :

- je n'ai pas compris tous les conseils?
- les conseils me paraissent trop stricts
- les conseils ne sont pas réalisables au quotidien :
 - à cause de ma famille ?
 - à cause de mon travail ?

7 - Je me sens plus concerné par l'évolution de ma maladie, l'infirmière m'a aidée à mieux maîtriser ma maladie.

oui non

--	--

8 - Voulez-vous revoir l'infirmière ?

- pour d'autres conseils
- car je ressens le besoin d'être motivé(e)
- car je ressens le besoin d'être suivi(e)
- pour autre chose (préciser :)

Annexe 9 : Questionnaire téléphonique de l'auteur destiné aux infirmières réalisé à la fin mai 2005 :

- 1) comment se sont déroulées vos arrivée et installation au sein du cabinet médical (local de consultation, outil informatique mis à disposition, listing déjà prêts...)
- 2) Au jour d'aujourd'hui, qu'est ce que l'expérimentation « ASALEE » vous a apporté?
- 3) Quelles sont vos tâches au sein du cabinet ? Réalisez-vous des actes à réaliser en dehors du cadre de l'expérimentation « ASALEE » ?
- 4) Comment communiquez-vous avec les médecins (alarmes dans les dossiers des patients, staffs...) ?
- 5) Les patients vous ont-ils donné leur avis sur l'expérimentation ?
- 6) En conclusion, que pensez-vous de l'expérimentation ?

COOPERATION ENTRE LES PROFESSIONNELS DE SANTE

Grille d'entretien

Projet ASALEE : Evaluation de l'activité des infirmières en cabinet de médecine libérale

Afin de réaliser une évaluation de votre activité d'infirmière en cabinet de médecine libérale, en préalable à l'inclusion de cette expérimentation dans un nouvel arrêté, nous vous demandons de décrire cette activité en répondant aux questions qui suivent ?

Ce recueil d'information est effectué en préalable à un entretien qui sera réalisé par deux membres du comité de pilotage de l'expérimentation.

Recueil d'information :

- ◆ Comment a été fait votre recrutement et par qui ?
- ◆ Quelle formation avez vous reçue, avec quel organisme, pouvez vous joindre le programme ?
- ◆ Décrivez comment s'est déroulée votre prise de fonction dans le cabinet médical.
- ◆ Comment et par qui ont été définies vos fonctions, de quelle manière, par écrit, oralement à partir de support informatique ?
- ◆ Quelles sont les activités qui vous ont été attribuées ? décrivez les tâches qui les composent et les modalités d'organisation du temps de travail.
- ◆ Quels sont les horaires d'ouverture du cabinet ?
- ◆ Quels sont vos horaires de travail sur combien de jours par semaine ?
- ◆ Comment s'articule votre activité avec celle du médecin ? Comment se font les transmissions entre le médecin et vous ?

Quel est l'impact sur l'organisation du cabinet médical ?

- ◆ Quels sont vos partenaires dans la prise en charge des patients ? : précisez s'il s'agit de professionnels libéraux (kiné, etc), hospitaliers (précisez), autres (ex : assistantes sociales...)
 - Comment ont t'ils été informé de votre activité ?
 - Comment s'est organisé le partenariat ?
- ◆ Quelles relations avez vous avec les infirmiers libéraux intervenant sur le même territoire ? Comment perçoivent t'ils votre fonction ?
- ◆ Comment est donnée l'information aux patients sur votre action auprès de ces derniers ? Qui la donne ?
- ◆ Comment votre action est elle perçue par les patients ? A quelles difficultés avez vous été confrontée depuis votre prise de fonction ?

- ◆ Existe t'il des activités que vous effectuez et qui selon vous relèvent de la compétence du médecin ? (en dehors de celles définies dans le cadre de l'expérimentation) si oui lesquelles selon vous ?
- ◆ Effectuez vous des tâches qui relèvent de l'activité de la secrétaire médicale ? Si oui lesquelles selon vous ?
- ◆ Selon vous quel est l'impact de votre activité sur la prise en charge des patients : Comment le définiriez vous ? Comment le qualifieriez vous ?
- ◆ Comment envisagez-vous l'évolution de votre activité dans le cadre de cette expérimentation ?
- ◆ Selon vous, quel pourrait être l'impact de cette expérimentation sur le métier d'infirmier ?

Que souhaitez vous exprimer en complément de ces éléments sur cette expérience ?

Annexe 11 : Questionnaire destiné aux médecins pour expliquer les motifs de non prise en charge par l'infirmière :

Non prise en charge par l'infirmière

(Au-delà d'un délai de 6 mois, c'est-à-dire **au 1^{er} mars 2005**, date fixée arbitrairement pour tous les cabinets ASALEE)

Contexte : un patient diabétique ou pré-diabétique n'a pas été pris en charge par l'Infirmière déléguée à la santé publique après 6 mois d'expérimentation ASALEE. Ce questionnaire, à remplir par le médecin du patient, a pour objet d'en documenter les raisons.

Pour chacune des questions suivantes, veuillez cocher ou remplir la case correspondante :

1 - Dernière valeur connue d'HbA1c : %

2 - Date de cette analyse : / /

3 - C'est sur ma décision que le patient ou la patiente n'a pas été vu par l'infirmière :

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 - Quelle(s) est(sont) la(les) raison(s) de cette décision ? (*plusieurs réponses possibles*)

Je considère que ce patient a un diabète équilibré

Son suivi est complet et à jour selon les recommandations ANAES (*)

Ce patient fait part de non observance chronique

Ce patient est vu uniquement en visite à domicile

Ce patient suivi régulièrement par un diabétologue

Autre raison

(précisez :)

<input type="checkbox"/>

5 - Si ce n'est pas sur ma décision médicale, pour quelle(s) raison(s) le patient n'a-t-il pas encore vu l'infirmière ? (*plusieurs réponses possibles*)

Refus de la part du patient

Oubli de ma part

Accord du patient mais n'a pas encore pris le temps

Autre raison

(précisez :)

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Merci pour vos réponses.

Annexe 12: Questionnaire destiné aux médecins : entretien téléphonique ou remplissage par Internet en fonction de leur disponibilité : (présenté aux médecins en mai 2005):

- 1) Quel est votre degré de satisfaction en ce qui concerne le suivi des patients pris en charge par l'infirmière ? (SVP cochez la case correspondante merci)

Très satisfait	Plutôt satisfait	Plutôt pas satisfait	Pas satisfait

- 2) Pensez vous, qu'à terme, avec le dispositif « ASALEE », il y a une possibilité d'un gain de temps de travail dans vos journées de travail ?

Oui	Non	Ne se prononce pas

- 3) Le dispositif « ASALEE », a-t-il répondu à vos attentes :

Objectifs initiaux	OUI	NON	Ne se prononce pas
délivrer une meilleure information au patient			
d'améliorer l'éducation des patients porteurs de pathologies chroniques			
d'améliorer le suivi Hôpital- médecin généraliste pour ces même patients			
d'améliorer l'outil informatique			
se délivrer de certaines tâches essentiellement administratives			

- 4) Etes vous prêts à continuer l'expérimentation :

- en l'état :

Si non, pourquoi ?

oui	non	Ne se prononce pas

- avec des changements :

Si oui, lesquels ?

oui	non	Ne se prononce pas

- 5) Quels retours avez-vous eu de la part des patients à propos de l'expérimentation?

- 6) Avez-vous rencontré des difficultés pour recruter les patients ?

- De votre part ; Si oui, Si oui, pourquoi ?

		Ne se prononce pas
oui	non	prononce pas

- De la part des patients
eux-mêmes :
Si oui, pourquoi ?

oui	non	Ne se prononce pas

7) Avez-vous d'autres Remarques et/ou commentaires que vous souhaiteriez faire sur l'expérimentation « ASALEE » ?

Annexe 13 : abréviations:

Afssaps: Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ANAES: Agence Nationale d'Evaluation et D'accréditation en Santé
Ancred : Association nationale de coordination des réseaux diabète
ASALEE: Action de Santé Libérale En Equipe
CNAMTS: Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CREDES: Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé
DIABEST: DIAbete Bilan Education Surveillance et Traitement
DIATEST: DIAbète Stratégie Thérapeutique Efficace et Protégée
DRASS: Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
ECG: Electrocardiogramme
Entred: Echantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques
FO: Fond d'Oeil
HbA1c: Hémoglobine A1c
IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
IMC : Indice de Masse Corporelle (= P/T²)
MEDIAB :
MSA : Mutuelle Sociale Agricole
TA : Tension Artérielle :
URCAM : Union Régionale
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux de la région Poitou-Charentes