

UNIVERSITÉ DE RENNES 1
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année Universitaire : 2008-2009

N°

THÈSE
EN VUE DU DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

TOURTIER Jonathan

Né le 15 août 1980 à Séoul (Corée du Sud)

Présentée et soutenue publiquement le 19 mai 2009

IMPLICATION DES PROFESSIONNELS DE SOINS LIBÉRAUX
(INFIRMIÈRES, DIÉTÉTICIENNES) DANS UNE EXPÉRIMENTATION
DE PRÉVENTION CARDIO-VASCULAIRE SUR LE TERRITOIRE DE
DINAN

PRÉSIDENT du jury Monsieur le professeur MABO

Membres du jury Madame le professeur LEVASSEUR
Madame le docteur RIOU
Monsieur le docteur CAMBERLEIN

Directeur de Thèse Monsieur le docteur CAMBERLEIN

PLAN

INTRODUCTION

PRÉSENTATION DU PROBLÈME

ÉTAT DES LIEUX

MÉTHODOLOGIE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AUTRE RÉFÉRENCES CONSULTÉES

SIGLES

ANNEXES

TABLES DES MATIÈRES

INTRODUCTION

Le milieu professionnel de la santé semble connaître une évolution récente dans la réorganisation des soins. Les pratiques médicales se modifient. Le système de soins français tente de dynamiser une approche de prise en charge globale des patients pour faire face aux problèmes actuels que pose le développement des maladies chroniques. Les médecins et les autres professionnels de soins intègrent progressivement dans leur démarche médicale l'éducation du patient. Elle permet de retarder l'apparition des complications de la maladie.

Les politiques ont clairement, depuis le milieu des années quatre-vingt-dix, réinvesti le champ préventif. Les responsables politiques et institutionnels portent un intérêt croissant à l'éducation pour la santé en général et à l'éducation thérapeutique en particulier. On observe aujourd'hui une juxtaposition, un empilement de dispositifs, de dépistages organisés, de consultations de prévention mais également une volonté d'organiser les soins avec les réseaux de santé, les groupements régionaux de santé publique. C'est à partir de 1994 que la prévention est qualifiée de priorité dans le rapport du Haut Comité de Santé publique (1). Cette volonté est bien affirmée dans le discours de Bernard Kouchner (2) qui souligne la nécessité de l'élaboration d'une politique de prévention innovante et ambitieuse, « où chaque citoyen ait accès à une éducation pour la santé de qualité (...), quelque soit son statut professionnel ou social, quelque soit l'endroit où il habite, quelque soit l'école qu'il fréquente, quelque soit le professionnel de santé qu'il consulte ». Il précise que « l'éducation pour la santé a pour but que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celle de la collectivité ». Une série de mesures va être mise en place dans le but de valoriser l'éducation des patients pour les maladies chroniques. L'annexe de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2001 (3) donne une place particulière à la prévention.

Les professionnels de santé, quant à eux, ont une volonté d'explicitier le contenu préventif de leurs activités. Ce domaine de la prévention a été longtemps ignoré en France, seulement porté par des équipes soignantes quotidiennement confrontées à la maladie chronique, en particulier au diabète et aux maladies respiratoires. Les médecins et les autres professionnels de santé participent à des activités de prévention de longue date, mais leur intervention est, jusque là, peu visible ou peu structurée. Leurs actions sont longtemps restées sans reconnaissance institutionnelle ni valorisation financière. Cette tendance représente aussi l'expression d'un changement des conceptions de santé. Au travers de l'histoire, on retrouve deux modèles sous-jacents de la médecine (4). Le premier, le modèle biomédical véhicule l'idée que toute maladie a une cause et peut être guérie. La seconde approche ou approche globale tente de montrer que la maladie est le résultat d'un ensemble complexe de facteurs. Ces deux aspects se sont longtemps opposés. Les pratiques curatives ont souvent pris le pas sur les pratiques préventives. Il est beaucoup plus spectaculaire de guérir une maladie que d'en empêcher son apparition. Les bénéfices de l'aspect préventif ne se voient qu'à long terme. Cette notion de temporalité peut décourager plus d'un soignant, mais la patience est à préférer aux actions, aux résultats immédiats. Devant une augmentation de la prise en charge des patients atteints d'affections de longue durée, les problèmes de démographie médicale présentés dans le rapport d'Yvon Berland en 2002 (5), les médecins explorent d'autres formes de prise en charge de ces patients. La prévention est remise au goût du jour. Les médecins développent l'éducation du patient pour pouvoir retarder les complications de la maladie, réduire sa dépendance et intégrer son handicap dans la vie quotidienne. Le domaine préventif est réinvesti aux côtés du domaine curatif.

D'autres acteurs réinvestissent le champ de la prévention. *L'Assurance maladie* considère qu'il est intéressant finalement de mieux prendre en compte ces maladies chroniques et donc de les faire entrer dans la prévention pour une meilleure gestion du risque.

Ce sont enfin les assurés, *les patients* qui complètent le tableau. Ils s'intéressent beaucoup plus à la prévention et leur demande est en augmentation. De nombreux moyens sont à leur disposition pour acquérir des informations sur telle ou telle maladie. Aujourd'hui, la vulgarisation médicale est de plus en plus importante et demandée. L'accès aux informations médicales est facile. De nombreuses émissions télévisées sont présentées actuellement de façon hebdomadaire. L'internet a ouvert le champ d'une communication plus vaste, mais également beaucoup plus éclatée. L'avènement des blogs, des podcasts, des forums, des chats, des médias de masse permet à l'utilisateur de trouver une multitude de renseignements. La relation patient médecin tend à changer. Le patient prend de plus en plus de place dans cette relation. Il participe à la démarche thérapeutique. Il devient autonome et responsable. Les démarches des soignants s'orientent vers des projets plus coopératifs. Le médecin est tenu de partager leurs connaissances avec les autres professionnels de santé. Les infirmières, les diététiciennes, les kinésithérapeutes et autres spécialistes travaillent dans un même but celui de l'intérêt du patient. Ce travail multidisciplinaire ou interdisciplinaire permet de mettre en place un dialogue, de confronter les idées divergentes et/ou complémentaires de chacun. Cette collaboration bouscule les habitudes de travail pour les orienter vers de nouvelles pratiques. L'interdisciplinarité est génératrice de changement parmi les acteurs de santé.

Il existe donc une *volonté d'organisation des soins* s'articulant autour de plans et de programmes. Depuis un certain nombre d'années, il est constaté une évolution forte des *réseaux de santé* qui sont passés d'un statut plutôt expérimental à des réseaux qui se développent, se professionnalisent, qui ont des protocoles de plus en plus élaborés. Sans doute, des questions se posent encore, et le rapport de l'IGAS (6), quelque temps auparavant, le faisait ressortir en particulier. Après une approche thématique qui était plutôt une approche par pathologie, il y a sans doute à prendre en compte des approches par territoire. Les parcours de soins sont une notion relativement récente, et sont aussi une organisation voulue plaçant le médecin généraliste au centre des démarches médicales. Il existe des limites dans ces dispositifs ; des difficultés existent autour de l'articulation des dispositifs entre le parcours de soins et le parcours de prévention. La question de la protocolisation et de l'évaluation est relativement nouvelle.

PRÉSENTATION DU PROBLÈME

Les réseaux se sont développés depuis environ une vingtaine d'années. Ces réseaux visent à donner une dimension transversale à la prise en charge des patients. Cette nouvelle forme de soin proposée permettrait une coordination dans l'éducation, la prévention et le suivi de certaines pathologies dont les maladies chroniques. Les récentes lois de santé publique relatives à la Sécurité sociale et aux droits des malades et à la qualité des soins proposent une nouvelle organisation du système de soin. Mais l'avenir de ces réseaux paraît encore incertain si l'on retient les conclusions du rapport de l'IGAS de 2006 qui qualifient les réseaux de santé de « dispositifs dispendieux à l'efficacité très limitée » (6).

Aujourd'hui, les maladies cardio-vasculaires constituent un réel enjeu de santé publique. Ce sont des maladies potentiellement graves. Leurs complications entraînent des prises en charges thérapeutiques et donc financières très lourdes. En France, les maladies cardio-vasculaires représentent la première cause de mortalité, le premier motif d'admission en affection de longue durée (ALD) et le troisième motif d'admission en hospitalisation. Un des objectifs de santé serait donc d'assurer une meilleure prise en charge globale initiale du patient atteint de maladies cardio-vasculaires. Leur surveillance, leur éducation permettrait de retarder voire éviter les complications tant redoutées.

Si l'approche curative est dominante lorsque la maladie vasculaire est constituée (insuffisance coronarienne, accident vasculaire cérébral...), elle est aussi nécessaire devant la présence d'un certain nombre de facteurs de risque de ces maladies (traitement des hypertension artérielles et du diabète). Pour autant le traitement de ces dernières peut être considéré comme une prévention primaire des maladies cardiaques ou neurologiques tant qu'elles ne sont pas apparues, voire une prévention secondaire ou tertiaire selon que ces maladies ont été dépistées ou

sont constituées. A l'inverse la lutte contre le tabagisme ou la sédentarité constitue la prévention primaire des maladies cardio-vasculaires et s'adressera, sous des modalités différentes, à un individu en bonne santé ou à un individu qui aura développé l'une de ces maladies cardiaques sans pour autant être porteur de ces facteurs de risque.

Les schémas de prise en charge de ces pathologies marquent un certain cloisonnement entre une approche curative et préventive, entre les notions de prévention primaire, secondaire et tertiaire. Leur prise en charge se révèle bien complexe pour le praticien isolé. La multidisciplinarité des actions autour du patient s'avère nécessaire. La cohésion et la coordination autour du patient sont essentielles pour une bonne gestion du suivi. Le travail en réseau paraît le plus adapté pour répondre à ce problème de santé publique. Il permet de proposer des soins et des services. Il permet également de promouvoir l'éducation du patient et de le rendre responsable et acteur de sa prise en charge. Ainsi, il pourrait concilier au mieux les contraintes imposées par sa maladie à sa vie quotidienne.

Devant ces constats, les professionnels de soins libéraux, sous l'impulsion de l'URML de Bretagne et de Cap Réseau, avec l'appui de l'URCAM et de l'ARH, ont proposé d'expérimenter sur un territoire donné, une organisation de la prévention du risque cardio-vasculaire global, pluridisciplinaire, personnalisée, médicale et éducative. L'expérience Prévarance met en place une structure éducative pour les différents professionnels de santé intervenant auprès des patients à haut risque cardio-vasculaire et pour les patients eux-mêmes. L'objectif des séances de formations multidisciplinaires d'éducation thérapeutique est d'uniformiser un message clair et rigoureux auprès des professionnels et des patients.

Depuis 2006, le projet Prévarance a recruté 51 professionnels de soins libéraux qui ont inclus 711 patients. Après une première année de fonctionnement, le projet Prévarance a construit progressivement une structure d'éducation autour de certains patients sur le bassin de Dinan. Les services proposés cherchent à autonomiser le patient à haut risque cardio-vasculaire. Cependant, au fur et à mesure de l'évolution du projet, de nombreux paramètres sont venus entraver le fonctionnement idéal souhaité du réseau. Ceux-ci ne sont pas forcément maîtrisables et concernent les différents acteurs du projet : les médecins généralistes, les IDE libérales, les patients eux-mêmes.

Les maladies cardio-vasculaires sont importantes en termes de morbi-mortalité. Les contraintes budgétaires et une évolution du positionnement de la médecine poussent à de nouvelles formes d'investissements de la médecine générale dans le champ de la prévention. De nouvelles formes de soins sont proposées pour répondre au plus près des besoins des patients. L'évolution des politiques de santé sur la prise en charge des maladies chroniques va accorder une place prépondérante au patient. Le patient devient acteur de sa maladie. Il est nécessaire que le patient apprenne à gérer sa maladie. Il doit apprendre que sa maladie s'inscrit dans un

continuum, dans un rythme de vie bien individualisé au sein d'une société dans laquelle il vit. La nouvelle approche d'organisation des soins lui propose de devenir acteur en lui offrant une coordination de services et non pas une succession de services.

Les résultats de notre enquête par entretiens mettent en évidence les difficultés que le projet peut rencontrer dans son fonctionnement, dans la réalisation des actions d'éducation thérapeutique par les professionnels paramédicaux. L'efficacité médico-sociale et financière désirée de cette prise en charge multidisciplinaire ne pourra être évaluée qu'à plus long terme. Les différentes étapes de gestion de ces maladies cardio-vasculaires et de changement d'organisation des soins sont difficiles à franchir. L'organisation en réseau tente de faciliter ces difficultés. Le fonctionnement du projet Prévarance suit une ligne directrice mais emprunte des chemins plus ou moins sinueux. Notre enquête réalisée auprès des professionnels de soins paramédicaux n'a pas pour objectif de faire une description analytique de l'expérimentation. Elle cherche à *comprendre les différents comportements de ces professionnels de soins libéraux vis-à-vis d'une nouvelle organisation de soins. Leurs compétences sont elles adaptées ? Quelles sont les facteurs influençant le développement de ces nouvelles pratiques ?* Elle permet de recueillir leurs impressions sur leur participation à cette nouvelle forme d'organisations des soins.

ÉTAT DES LIEUX

3.1. LES MALADIES CARDIO-VASCULAIRES.

3.1.1. Épidémiologie.

Les maladies cardio-vasculaires sont la *première cause de mortalité et de handicap* (7) dans les pays développés.

Enjeu majeur de santé publique, les maladies cardio-vasculaires représentent en France, la *première cause de mortalité*, à l'origine de près de 180 000 décès chaque année (32 % de la mortalité totale). Les maladies les plus fréquentes sont les cardiopathies ischémiques (27 % soit 45 000 décès), les accidents vasculaires cérébraux (25 % soit 42 000 décès) et l'insuffisance cardiaque (23 %). Ces trois groupes de pathologies représentent à elles seules 75 % de la mortalité cardio-vasculaire. La prévalence des infarctus du myocarde atteint 120 000 par an et les AVC 130 000 par an.

Elles constituent en outre la *troisième cause de décès prématurés*, après les tumeurs et les morts violentes. Avant 65 ans, 12 % des décès féminins et 16 % des décès masculins lui sont imputables, représentant environ 16 000 décès par an.

Aussi, les maladies cardio-vasculaires représentent le *premier motif d'admission en affection de longue durée* (ALD). Plus de 7,7 millions de personnes sont atteintes d'une affection de longue durée. Ces pathologies lourdes constituent près de 60 % du total des dépenses de l'Assurance maladie et enregistrent une forte progression. Depuis les dix dernières années, elles représentent plus de 70 % de la croissance annuelle globale des dépenses. Le coût direct de ces maladies cardio-vasculaires est évalué à 6,5 millions d'euros par an. Le nombre de première demande ALD pour AVC est de 29 000.

Elles forment le *troisième motif d'admission en hospitalisation*. En 2003, les maladies cardio-vasculaires ont motivé 1 334 000 séjours en MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) soit 10 % en soins de courte durée. Parmi celles-ci, les cardiopathies ischémiques sont à l'origine d'environ 309 000 séjours (un peu plus de 23 % de l'ensemble des séjours pour maladies cardio-vasculaires), dont 78 000 dus à un infarctus du myocarde. Par ailleurs, le nombre de séjours imputables aux maladies cérébro-vasculaires est également élevé, avoisinant les 128 000 en 2003.

La prise en charge de ces maladies cardio-vasculaires a été retenue comme priorité régionale en 1999 en raison de la *grande fréquence* des pathologies cardio-vasculaires et de leur *gravité particulière*. Certes, la mortalité par maladies cardio-vasculaires a fortement diminué au cours des deux dernières décennies en France (environ 50 %). Toutefois, elle reste la première cause de décès avec une surmortalité régionale bretonne en 2000.

3.1.2. Les facteurs déterminants des pathologies cardio-vasculaires (annexe 2).

La survenue des maladies cardio-vasculaires dépend essentiellement de l'âge et de facteurs de risque associant des comportements individuels et des conditions environnementales potentialisant des susceptibilités génétiques familiales. Les affections cardio-vasculaires sont donc d'origines multifactorielles. Pour en faciliter l'appréhension, il est possible de distinguer :

- les marqueurs de risque, sur lesquels il n'existe pas d'action possible à l'échelle de l'individu (âge, sexe, antécédents familiaux),
- les facteurs de risque sur lesquels une action de prévention est réalisable ; un certain nombre de déterminants biochimiques et biophysiques, perçus pour beaucoup comme une pathologie à part entière (diabète, dyslipidémies, HyperTension Artérielle [HTA], Insuffisance Rénale Chronique [IRC]) ainsi que des déterminants comportementaux (tabagisme, obésité, régime alimentaire, sédentarité...) sont à l'origine des ces affections.

3.1.3. Les dépenses de prévention.

Les pouvoirs publics prennent conscience de la nécessité de travailler en amont de ces pathologies cardio-vasculaires. Devant ces maladies fréquentes et graves en termes de handicap qu'elles peuvent entraîner dans la vie quotidienne, le gouvernement français initie des priorités de santé au travers de textes. L'aspect préventif est réinvesti.

Les moyens affectés en France aux programmes de prévention sont souvent déclarés insuffisants. D'après les Comptes nationaux de la santé en 2002 (8), les dépenses de prévention représentent 2,3 % de la dépense courante de santé, soit 3,6 milliards d'euros. Cette part très limitée des dépenses de prévention contribue à illustrer l'approche essentiellement curative de notre système de soins, mais ce constat global doit être nuancé car les professionnels de santé accomplissent dans leur pratique quotidienne des actes de prévention qui ne sont jusqu'à présent pas comptabilisés comme tels dans les Comptes de la santé, faute d'information suffisante pour les isoler ; en réalité, ces dépenses sont estimées à *6,4 % de l'ensemble des dépenses de santé*.

La prise en charge des maladies cardio-vasculaires constitue des priorités indiscutables au regard des données de morbi-mortalité en région Bretagne comme partout en France. De nouvelles prestations sont mises en place offrant une prise en charge globale, pluridisciplinaire centrée sur le patient. Les acteurs régionaux développent des stratégies pour pallier les insuffisances des organisations actuelles et modifier les approches de la prise en charge.

3.2. PRÉSENTATION DE LA PROFESSION INFIRMIÈRE.

3.2.1. La profession infirmière.

3.2.1.1. Définition.

Le Code de la santé publique distingue plusieurs catégories de professions paramédicales. Les infirmières sont considérées comme des *auxiliaires médicaux* au même titre que dix autres professions dont les diététiciennes, les masseurs kinésithérapeutes.

L'organisation juridique de la profession infirmière est régie par l'article L. 4311-1 du Code de la santé publique depuis le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 (9). « Est considérée comme

exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur *prescription ou conseil médical*, ou en application du *rôle propre* qui lui est dévolu. L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement ». Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et les infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment celles du secret professionnel. Elles exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif.

Ainsi, elles assument la responsabilité de l'ensemble *des soins infirmiers* que requièrent : *les soins aux malades, la promotion de la santé, la prévention de la maladie*. Elles collaborent avec les autres travailleurs sanitaires et sociaux.

3.2.1.2. Formation, débouchés, spécialisations possibles (10).

- La formation.

Les infirmières sont titulaires d'un diplôme d'État qui se prépare dans les Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI). Pour rejoindre la formation il faut réussir les épreuves de sélection du concours d'admission en IFSI. Environ 30 000 étudiants (quota 2003) sont admis chaque année en première année de formation en IFSI.

La formation en IFSI se déroule sur une période de trois ans et demi. Elle s'organise en modules théoriques, complétée par des stages cliniques. La formation et le diplôme sont délivrés

par le ministère de la santé. Il n'y a pas de formation ni équivalence universitaire.

- Les débouchés.

Les IFSI forment des infirmières polyvalentes. Après l'obtention du diplôme, elles peuvent exercer dans de nombreux secteurs d'activité : hôpitaux en soins généraux, maisons de retraite, exercice libéral, etc.

- Les spécialisations.

Trois spécialités sont possibles : puéricultrice, infirmière anesthésiste (IADE) et infirmière de bloc opératoire (IBODE).

Les évolutions de carrière se dirigent vers des fonctions de cadre de santé : soit dans l'encadrement d'un service de soins, soit dans la formation en soins infirmiers.

3.2.1.3. Démographie.

Aujourd'hui, environ 452 466 infirmier(e)s exercent en France (11). La majorité des infirmier(e)s exercent dans un établissement de santé privé ou public (73 %).

Il existe une forte *féminisation* au sein de cette profession (87 %).

L'âge moyen est de 42,6 ans.

Il y aurait aujourd'hui 1 200 places vacantes dans les IFSI rien qu'en Île-de-France et environ un quart des étudiants abandonnent en cours d'études. Par ailleurs, la durée moyenne d'exercice de la profession infirmière est de seulement douze ans tous secteurs confondus, selon les syndicats.

La démographie des professionnels de santé a donc notablement évolué. Les évolutions futures devraient être encore plus sensibles, notamment avec la baisse attendue du nombre des médecins et de la forte croissance des effectifs des professions paramédicales. Une réflexion est menée sur la place des différentes professions de santé dans le système de santé (coopération, substitution, délégation de tâches...).

3.2.2. Évolution de la profession infirmière.

La profession infirmière a suivi de nombreux changements. Son statut actuel fait suite aux

nombreuses revendications de ce corps paramédical. Cette profession a évolué en fonction des différents aspects sociologiques de la prise en charge des soins aux malades. L'histoire de la profession infirmière retrace un même parcours, celui de la reconnaissance de cette profession.

3.2.2.1. L'image d'une profession : approche historique.

La représentation de la profession infirmière est multifacette (12). Les différentes images suscitées se succèdent de façon chronologique. Vers le VI^e siècle, l'infirmière est une religieuse, dévouée, obéissante, pratiquant les soins dans les hôpitaux-Dieu. A partir du XII^e siècle, la laïcisation des soins n'efface pas ce passé de dévouement. Puis, les progrès de la médecine et des techniques médicales la transforment en auxiliaire technicienne du médecin, devenant la « piqueuse ».

C'est à partir du XX^e siècle, et sous l'impulsion de Léonie Chaptal, que la profession infirmière va gagner son indépendance vis-à-vis des médecins. Elle est reconnue par un diplôme d'État en 1922. La réforme du programme des études d'infirmières de 1972 met en place les premiers fondements de la profession. Les soins infirmiers deviennent une discipline à part entière, avec une pratique et un savoir spécifiques. Leurs soins s'organisent autour de la personne humaine et non plus uniquement sur la maladie.

Aujourd'hui, cette volonté de reconnaissance se poursuit sous d'autres attentes. L'intégration universitaire de leur formation et la reconnaissance du diplôme d'état à un niveau bac + 3 font partie de ces revendications.

L'organisation de la profession se précise avec la création d'un ordre infirmier depuis 2008.

3.2.2.2. Évolution des rôles infirmiers en soins primaires : nouveaux rôles infirmiers.

Les soins primaires proviennent de la traduction de l'anglais « primary care ». Ce terme est utilisé dans de nombreux contextes nationaux mais peu en France. Il représente les soins ambulatoires (13). Il renvoie au concept d'accessibilité des soins, de premier recours et de permanence des soins. Les soins de prévention et d'éducation à la santé, des actions d'informations et de conseils, ou de nouvelles fonctions comme la coordination des soins peuvent y trouver leur place.

Le rôle et l'activité des infirmières sont largement conditionnés par les configurations d'organisation des soins primaires. Leur développement est favorisé dans des pays où existent des systèmes de soins coopératifs comme le Royaume-Uni et les pays scandinaves en opposition avec d'autres systèmes de soins comme la France, l'Italie, l'Allemagne d'exercice plutôt mono-disciplinaire.

En France comme à l'étranger, les services de soins primaires font l'objet de nombreuses réformes. Des expérimentations, basées sur les expériences étrangères (notamment anglo-saxonnes), sont accordées par le législateur français depuis 2005 (14) pour juger de la *faisabilité* d'une redistribution d'activités à d'autres professionnels dans certaines conditions. Ces expériences répondent aux évolutions actuelles de la demande et de l'offre des soins. L'augmentation des maladies chroniques, la demande d'information des patients et le problème de la démographie médicale, notamment de leur répartition inégale sur le territoire ont conduit à s'interroger sur une démarche de partage de certaines tâches entre professionnels (5). Ces évolutions réglementaires et professionnelles (délégation, transfert, création de nouveaux métiers) devront être définies pour préserver la cohérence de l'organisation du système de soins actuel.

3.2.3. Les expériences de coopération.

3.2.3.1. Les expériences étrangères anglo-saxonnes.

Le modèle britannique, à partir de la réforme du NHS en 1991 (réforme Thatcher et Major), a accordé une place importante à un système de soins coopératif. Dans les soins primaires, les infirmières ont étendu leurs compétences en direction de trois principales activités (15). Ainsi, des compétences sont attribuées à ces infirmières sous réserve d'une formation spécifique :

1. promotion de la santé : bilan de santé, éducation du patient, dépistage,
2. suivi de pathologies chroniques : asthme, diabète, maladies cardio-vasculaires,
3. consultations de première ligne : bilan initial, prise en charge autonome. Deux organisations spécifiques de soins primaires sont présentes : les Walk-in centres et le NHS direct.

Plusieurs revues de la littérature permettent de faire le point sur la question de l'efficacité de l'extension des compétences des professionnels paramédicaux dans les soins primaires (méta-analyse de Brown et al., 1995 ; analyse de la littérature de Shamian, 1997 ; Sibbald, 2000 ; Buchan et al., 2002 ; Midy, 2003 ; OCDE, 2004 ; Cochrane, 2004).

Les études réalisées vont dans le sens de la *faisabilité* de la délégation de certains actes du médecin généraliste à une infirmière formée à cet effet. La *qualité des soins* est respectée (efficacité) et la *satisfaction* est meilleure.

Mais, les résultats doivent être considérés avec précaution. Plusieurs études montrent des biais méthodologiques. Les indicateurs choisis sont des échelles d'état de santé perçu et non des indicateurs cliniques. Les échantillons de patients ne sont pas identiques et donc non comparables (les patients ne sont pas randomisés et les pathologies rencontrées ne sont pas identiques). De plus, la généralisation de ces résultats entre des époques différentes et entre des pays aux systèmes et aux cultures de soins est périlleuse (16) ; l'intérêt coût-efficacité de cette délégation est loin d'être démontré.

3.2.3.2. Les expériences françaises.

En France, les pratiques de coopération restent peu connues bien que répandues (17). Ces *habitudes de pratiques* ne sont pas des pratiques reconnues et encadrées et certaines se sont développées en dehors de tout cadre réglementaire ou légal. Ces organisations s'appuient sur leurs expériences du terrain sans se baser pour autant sur une évaluation réelle de leurs pratiques. Suite au rapport « transfert de tâches et de compétences » du professeur Berland en 2003, une mission a été confiée à la HAS pour tenter de combler les lacunes françaises.

Cinq expérimentations ont été mises en œuvre dans le cadre de l'article 131 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (18). Les expérimentations sont reprises dans un arrêté d'application signé par le ministre de la santé Jean-François Mattei. Elles portent par exemple sur l'examen de l'acuité visuelle par un orthoptiste ou le suivi courant d'un patient atteint d'une hépatite C par un infirmier. Les premières conclusions montrent que « la réalisation d'actes médicaux par les professionnels paramédicaux préalablement formés est faisable dans des conditions de sécurité satisfaisantes pour les patients » (19). Elles démontrent également une très forte motivation des différents acteurs de voir évoluer les pratiques vers davantage de collaboration entre les acteurs de santé. Dix nouvelles expériences sont alors autorisées par l'arrêté du 30 mars 2006 (20).

Le projet ASALEÉ dans les Deux-Sèvres (Action Santé Libérale En Équipe) (21) fait partie des dix expérimentations mises en place suite à l'arrêté de 2006. Cette étude de délégation de tâches en médecine ambulatoire a débuté en région Poitou-Charentes à l'initiative de l'URML en 2004.

Le projet associe les médecins généralistes et des infirmières déléguées à la santé publique (IDSP). Les IDSP travaillent au niveau de plusieurs axes de travail : le suivi du dépistage des cancers du sein, le suivi du dépistage des cancers du col, le suivi du dépistage du cancer du colon chez les patients avec antécédents, le dépistage des troubles cognitifs chez les patients de plus de 75 ans, le suivi de l'auto-mesure tensionnelle.

Le but de ce projet est d'améliorer la qualité des soins et des services rendus par le développement d'activités de santé (prévention, promotion, éducation thérapeutique) et d'activités en équipe dans le cadre des expérimentations Berland.

L'évaluation de cette expérimentation porte sur l'intervention de l'IDSP pour le suivi des patients diabétiques de type 2 (22). Les résultats présentés par l'IRDES en 2008 sont encourageants ; l'efficacité est meilleure sur les valeurs de l'HbA1c de façon significative ainsi que sur le taux de réalisation des examens conformes à la HAS. L'évolution favorable de ces critères (HbA1c et processus de soins) permet de conclure à une efficacité de la coopération médecins généralistes et infirmières. L'efficience n'est pas significative. L'activité des médecins n'est pas affectée. Il est observé que la croissance des dépenses d'hospitalisation croît moins vite dans le groupe ASALEÉ. Cet aspect reste encore à évaluer.

3.2.3.3. Au total.

La coopération entre professionnels de santé est un axe de travail central pour l'avenir du système de santé. L'enjeu principal est d'améliorer la prise en charge des patients. La plupart des travaux français convergent vers le même sens et sont des encouragements pour poursuivre ces nouvelles formes de travail. Les infirmières formées pour des actions spécifiques peuvent délivrer des soins de qualité égale à ceux des médecins et atteindre des résultats de soins au moins équivalents.

L'efficacité des résultats est variable et paraît peu conclusif. « La charge de travail des médecins peut rester inchangée, notamment parce que les infirmières développent leurs activités ou parce que la présence des infirmières génère une demande de soins nouvelles ». Le gain d'économie est réalisé sur l'amplitude du différentiel de salaires entre le médecin et l'infirmière. Mais il peut être réduit par le coût induit par leur formation, par la durée plus longue des consultations. Ces conséquences économiques sont moins prévisibles et semblent très liées aux modalités de financement des soins et de rémunération des professionnels (OCDE, 2004).

Il reste un important travail pour la suite : développer ces pratiques, redéfinir les contours et les activités des professionnels paramédicaux (optimisation de l'activité, reconnaissance, valorisation financière, ouverture de nouvelles voies d'évolution professionnelle...). Enfin, des études sont à mener pour s'assurer de l'efficacité des nouvelles formes de coopération. Cette orientation du système de soins peut se présenter comme une perspective de réponse à la conjoncture actuelle de tensions en termes de démographie médicale, d'évolution de la médecine et de la société.

3.3. LES RÉSEAUX.

Les maladies cardio-vasculaires sont des pathologies fréquentes, responsables d'un coût de plus en plus élevé pour nos sociétés occidentales, tant sur le plan humain que sur le plan économique. Leur prise en charge est de plus en plus complexe, faisant appel à tous les champs de compétences de la médecine moderne. Les médicaments interviennent dans la thérapeutique mais ne représentent qu'un seul aspect de la prise en charge. On tend actuellement à responsabiliser le patient, à le rendre autonome. Les expériences menées à l'étranger de coopération entre les différents professionnels de santé permettent à la France d'orienter sa politique de santé vers une nouvelle forme de prise en charge.

3.3.1. Une volonté nationale de développement de la prise en charge des maladies cardio-vasculaires.

De nombreuses actions sont menées en France pour optimiser la politique de santé publique concernant la prise en charge des maladies cardio-vasculaires comme par exemple :

- le programme d'action de prise en charge et de prévention du diabète de type 2 (2002-2005) (23).

Il coordonne des actions de prise en charge et de prévention du diabète de type 2. Il s'articule autour de cinq objectifs :

- prévenir le diabète par le développement d'une politique nutritionnelle,
- renforcer le dépistage du diabète,
- garantir à tous les patients diabétiques la qualité des soins,
- améliorer l'organisation des soins,
- aider les patients diabétiques à être acteurs de leur santé.

- le Programme National Nutrition et Santé (PNNS 2001- 2005) (24).

Les principes généraux du PNNS reposent sur des actions concrètes pour améliorer l'état nutritionnel de la population afin de réduire le risque de maladies cardio-vasculaires dont l'obésité, le diabète et donc d'améliorer l'état de santé de la population. Ce plan est reconduit pour 2006-2010 (25).

- Le ministère chargé de la santé a annoncé en février 2002 le programme triennal de réduction des risques cardio-vasculaires (26). Il prévoit cinq composantes :

- action sur les facteurs de risque,
- éducation thérapeutique ciblée et spécifique,
- promotion des recommandations de bonnes pratiques cliniques et thérapeutiques,
- réflexion sur l'organisation des soins et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux,
- renforcement de la surveillance épidémiologique.

- L'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification du système de santé a mis en place le SROS 3^e génération (schéma régional d'organisation des soins). Créé dans une volonté de déconcentration du système de soin, chaque ARH (agence régionale d'hospitalisation) établit les évolutions nécessaires à apporter en matière d'offre de soins, en prenant en compte les objectifs du PRSP (programme régional de santé publique) fixé par l'État.

Le SROS (3^e génération) doit être axé sur la « prise en charge *globale* (loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique), *cohérente* (offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs ; besoins de santé physique et mentale ; ouverture vers la médecine de ville et le secteur médico-social) et *territorialisée* (organisation claire suivant les principes de subsidiarité et de graduation des besoins) des besoins de santé de la population » (27).

Cinq axes de travail ont ainsi été retenus concernant les pathologies cardio-vasculaires, avec pour objectif prioritaire de rationaliser l'offre de soins dans le respect des besoins et attentes des usagers en matière de qualité, sécurité et accessibilité des soins :

- développer la prévention cardio-vasculaire secondaire et primaire en collaboration avec les acteurs concernés,
- améliorer la prise en charge de l'urgence en particulier coronarienne,
- coordonner les soins dans le cadre d'un réseau de soins gradué,
- assurer l'accès aux plateaux techniques,
- renforcer l'offre de soins en matière de réadaptation cardio-vasculaire.

Pour ce faire, l'ARH alloue des ressources budgétaires aux établissements publics (et privés) au sein de contrats d'objectifs et de moyens pour la prise en charge des pathologies cardio-vasculaires en Bretagne. Pour les établissements hospitaliers, les financements ont permis de réaliser les programmes d'actions suivants, tels que la mise en place du réseau régional de prévention cardio-vasculaire, l'optimisation de la prise en charge des AVC pour le CHU de Rennes, et tels que la création de vingt places de réadaptation cardio-vasculaire pour Saint-Yves, etc. Pour les réseaux, conformément au SROS (2^e génération), deux réseaux de santé « Cardiorance » et « Kalonic » ont bénéficié de la DRDR (dotation régionale de développement des réseaux).

- Le réseau CardioRance sur le territoire de santé n° 6 (St-Malo) a pour but d'améliorer la prise en charge des maladies cardio-vasculaires en renforçant la coordination des soignants. Il a permis d'élargir la fédération médicale inter-établissements de cardiologie aux partenaires libéraux, dans une démarche associant la quasi totalité des cardiologues du secteur sanitaire, de développer une offre de proximité en matière de prévention secondaire et de réadaptation. Enfin, ce projet s'inscrit dans les expérimentations régionales en matière de dossier médical informatisé.

- Le réseau Kalonic sur le territoire de santé n° 3 (Lorient), est un réseau ville-hôpital de prise en charge des patients porteurs d'une insuffisance cardiaque chronique. Il organise l'éducation thérapeutique des patients, facilite les liaisons entre les acteurs de santé hospitaliers et de ville et contribue à la continuité du suivi. Sa mise en place s'est appuyée sur une évaluation multicentrique menée par le CHU de Nantes, laquelle a démontré la faisabilité d'une prise en charge en réseau des insuffisants cardiaques chroniques graves ainsi que des gains en particulier sur la qualité de vie des patients.

3.3.2. Présentation des réseaux de santé.

Ces structures expérimentales donnent une nouvelle orientation à l'organisation du

système de soins. Ces expérimentations ont pour objectif d'assurer une meilleure coordination de l'ensemble des professionnels concernés par la prise en charge de certains patients. Elles inscrivent, dans leurs objectifs, le développement de la prévention et le dépistage des complications par la promotion de l'éducation thérapeutique du patient.

En 1998, l'OMS définit l'éducation thérapeutique (28) comme une prise en charge permettant au patient d'acquérir et de conserver les capacités et les compétences qui vont l'aider à vivre de manière optimale avec sa maladie. Ses objectifs vont donc être de mieux faire comprendre sa pathologie au patient et de développer des stratégies d'auto-surveillance et d'ajustements thérapeutiques, afin de concilier au mieux projets de vie et exigences du traitement. Plus que de simples mesures adjuvantes, elle est devenue grâce aux expériences des pays scandinaves et des pays anglo-saxons, une intervention thérapeutique à part entière. Elle joue ainsi un rôle fondamental dans la prise en charge multidisciplinaire des patients. Elle a démontré sa capacité à renforcer l'adhérence au traitement et au suivi, à améliorer la qualité de vie et à diminuer le nombre de réhospitalisations.

3.3.2.1. L'origine des réseaux.

La volonté de coordonner des actions de soins est ancienne (29). Cependant, organiser structurellement et administrativement des offres de soins dans une optique de qualité et de prise en charge du patient est plus récent.

Depuis le milieu des années quatre-vingt, des réseaux de santé ont entrepris d'adapter le soin à la réalité des personnes, à leurs besoins et à leurs aspirations avec pour principe simple de placer le patient au centre de ce dispositif. Des professionnels de santé de disciplines différentes (médecins généralistes et spécialistes, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes, diététiciens, psychologues, travailleurs sociaux...) se sont ainsi entendus afin de coordonner au mieux leurs soins pour une meilleure prise en charge de leur patient. Du fait du vieillissement de la population et des nouveaux problèmes de santé publique s'y rattachant, des problèmes de répartition des médecins généralistes, les premiers réseaux de soins sont nés avec pour premier objectif le maintien à domicile des personnes âgées et dépendantes. Au cours de la décennie suivante, c'est la prise de conscience de l'épidémie de SIDA qui va mettre en lumière les bénéfices de ces réseaux « ville-hôpital ».

Le premier cadre réglementaire pour les réseaux de soins est apparu en 1996 avec l'article 29 de l'ordonnance N° 96-346 du 24 avril 1996 (30). Les réseaux de soins ont pour objet d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et de promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité. Cette ordonnance permet de créer une convention agréée par l'Agence régionale d'accréditation entre les établissements de soins et des PSL. Elle permet la création de réseaux ambulatoires expérimentaux soumis à l'agrément

du ministère. Ces réseaux s'adressent prioritairement aux professionnels de ville et organisent une nouvelle politique de régulation du système de soins basée sur la coordination et la

continuité des soins.

En 1999, la loi de financement de la Sécurité sociale prévoit la possibilité de financer des réseaux dans le cadre de la convention avec l'ARH : articles 22 et 25 de la loi N° 98-1994 du 23 décembre 1998 (31). Des prestations spécifiques pour des actes de coordination, de formation dans le cadre des réseaux sont donc créées. Un fond d'aide à la qualité des soins en médecine de ville (FAQSV) permet de renforcer les initiatives du développement des réseaux ambulatoires.

Deux textes de loi ont profondément modifié et aménagé les dispositions relatives aux réseaux de santé. Il s'agit de la loi de financement de la Sécurité sociale en 2002 et la loi du 4 mars 2004 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Ces lois trouvent leur application dans deux décrets : le décret du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux et le décret du 17 décembre 2002 (annexe 1) relatif aux critères de qualité et conditions d'organisations, de fonctionnement ainsi que d'évaluations des réseaux de santé.

- La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (32), va donner un cadre légal à cette nouvelle organisation de soins. Celle-ci intègre les notions d'éducation thérapeutique et de santé publique et permet de s'affranchir du double cloisonnement classique entre prise en charge médicale et sociale d'une part et entre action préventive et curative d'autre part

- La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (33) introduit un certain nombre de dispositifs à disposition des acteurs de santé pour répondre à une prévention globale du risque cardio-vasculaire de manière plus coordonnée et sa prise en charge pluri-professionnelle et pluridisciplinaire : consultations médicales périodiques de prévention, contrat de santé publique, définition d'un parcours de soins dans le cadre des dispositifs conventionnels, etc.

3.3.2.2. Définition d'un réseau : loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé.

L'article L. 6321-1 du Code de la santé publique précise les missions des réseaux de santé.

« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. ».

« Les réseaux sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi que des représentants des usagers ».

Par ailleurs, « les réseaux de santé répondent à un besoin de santé de la population, dans une aire géographique définie, prenant en compte l'environnement sanitaire et social. En fonction de leur objet, les réseaux mettent en œuvre des actions de prévention, d'éducation, de soin et de suivi sanitaire et social ».

Les réseaux de santé reposent sur quatre dimensions : un projet médical, une coordination optimale des soins, une formation permanente des professionnels et une évaluation (de la pratique, de la qualité des soins et économique). La mise en jeu de ces quatre dimensions nécessite un système efficace d'informations, permettant la circulation des données médicales. Ce système d'informations peut être représenté par exemple par un dossier médical partagé par les différents acteurs du réseau de soins (qui peut être un support papier ou informatique).

La notion de prise en charge multidisciplinaire est large et de nombreuses stratégies peuvent être envisagées. Les différentes études peuvent se contredire, mais les précurseurs Rich et al. (34) apportent des résultats positifs en faveur de la prise en charge multidisciplinaire dans leur essai randomisé. Désormais la question n'est pas de savoir si ces stratégies de prise en charge marchent mais plutôt de savoir lesquels marchent (35).

3.3.3. Le projet « Prévarance ».

3.3.3.1. Naissance du projet Prévarance.

Cette expérimentation est née en 2006. Ses membres fondateurs sont le docteur Rémi Bataillon, directeur de l'URML de Bretagne, le docteur Gérard Hamonic, médecin généraliste à Pleudihen-sur-Rance et le docteur Thierry Denolle, cardiologue à Dinard et élu à l'URML de Bretagne.

Depuis plusieurs années, sur le terrain, dans la pratique quotidienne, des professionnels de soins libéraux se questionnent sur la consultation médicale de prévention axée sur le risque cardio-vasculaire. Au préalable, une réflexion avait été menée sur ce sujet auprès d'une cinquantaine de médecins généralistes (36). Ils étaient arrivés à la conclusion que l'intérêt n'était pas d'avoir une consultation spécifique longue, mais plutôt de pouvoir s'appuyer sur une équipe de professionnels de santé, afin d'organiser la prise en charge des patients sur le volet préventif. C'est à partir de cette réflexion qu'a été élaboré ce programme de consultation de prévention des risques de maladies cardio-vasculaires en médecine générale. Il est à noter que cette réflexion ne constitue pas en soi une évaluation des besoins préalable à l'élaboration du projet.

Ce projet Prévarance fait ainsi suite au travail de tout un groupe de professionnels de santé libéraux réunis au sein d'une plateforme *URMLB-Cap Réseau* (structure coordinatrice de soins associant des professionnels de santé libéraux, créée en 2002 sur la région Bretagne à la naissance du FAQSV), et d'un réseau de prévention vasculaire *Rivarance*. Cette proposition de

réorganisation de l'offre des soins ambulatoires répond aux enjeux de la prévention comme décrits plus haut. Ces textes (loi du 4 mars 2002 et la loi de santé publique du 9 août 2004) offrent l'opportunité de repositionner la médecine générale dans le champ de la prévention et de celui de la santé publique. La réflexion menée s'inscrit également dans le Schéma régional d'organisation des soins (SROS 2^e et 3^e génération) et aussi dans le Programme régional de santé publique.

Le projet Prévarance vise à développer une prise en charge transversale et multidisciplinaire coordonnée autour du patient à haut risque cardio-vasculaire. Cela nécessite le développement de la formation des professionnels de santé aux besoins de cette population et celui de l'éducation du patient à sa maladie, aux complications de sa maladie et de sa prise en charge.

3.3.3.2. Objectifs du projet Prévarance.

La finalité du projet Prévarance vise à modifier la prise en charge d'un patient à haut risque cardio-vasculaire (au moins trois FRCV). Comme nous venons de le voir, les textes législatifs récents (contrats de santé publique et consultations périodiques de prévention) encouragent cette nouvelle forme de soins. De plus, de nombreux réseaux se multiplient autour de cette thématique (diabète, insuffisance cardiaque, insuffisance coronarienne, néphrologie, etc.). Les pratiques médicales professionnelles n'optimisent pas le suivi et la prévention des complications des patients à haut risque cardio-vasculaire. Les patients eux-mêmes ne rentrent pas dans une dynamique active de soins et de prise en charge d'une maladie chronique. Pour changer les comportements, le projet propose de renforcer, de structurer la mobilisation des professionnels de santé libéraux autour de la prévention du risque cardio-vasculaire.

Les enjeux du projet Prévarance sont multiples.

D'une part, l'enjeu pour les *patients* à haut risque cardio-vasculaire est qu'ils puissent bénéficier d'une prise en charge de qualité, au plus près de leur domicile en intégrant la dimension d'éducation thérapeutique (aide pour modifier certains comportements à risque et pour mieux gérer sa maladie).

D'autre part, des enjeux sont orientés vers les *professionnels* eux-mêmes. L'enjeu est de promouvoir de nouvelles formes de coopération entre les professionnels de santé libéraux.

Un autre enjeu est de donner à ces professionnels de soins les moyens de développer des actions de prévention (modalité de rémunération, formation, outils...). Un autre enjeu est aussi de valoriser le travail de ces professionnels de santé libéraux en reconnaissant explicitement leurs compétences.

Les principes de la démarche sont les suivant :

- approche territoriale et populationnelle,
- abolir les frontières entre prévention primaire/secondaire, approche curative/préventive,
- mobilisation de tous les professionnels de santé libéraux,
- stratégie de dépistage opportuniste,
- projet thérapeutique explicite individuel,
- protocole partagé et action structurée,
- les médecins traitants et le parcours de soins.

3.3.3.3. Organisation du projet Prévarance.

Le projet Prévarance est géré par certains des membres fondateurs, par des membres titulaires (professionnels de santé adhérents au réseau) et par des membres associés apportant momentanément une aide morale, physique ou logistique.

La coordination des actions du projet s'organise grâce à un socle administratif composé d'un comité de pilotage et d'un coordinateur.

- Le comité de pilotage est constitué de :

- 2 médecins généralistes : les docteur Gérard Hamonic et Benoit Camberlein,
- 2 infirmières : Madame Denise Prié et Madame Marie-Jeanne Doucet,
- 2 pharmaciens : Madame Claire Margerie et Monsieur Gildas Morvan,
- 1 diététicienne : Madame Marie-Hélène Le Gueut.

- Le coordinateur du projet est représenté par le docteur Gérard Hamonic. Il anime les différentes réunions et organise la coordination dans le temps et l'espace des différents circuits de formation des professionnels et des patients.

Ainsi, cette expérimentation fait intervenir un groupe de : 20 médecins, 16 IDE, 11 pharmaciens, 2 diététiciennes, 2 éducateurs sportifs. La population cible est comprise entre 50 et 65 ans. Le territoire concerné est le canton de Dinan.

3.3.3.4. La formation des professionnels adhérents.

Les premières initiatives du projet ont été destinées aux professionnels de santé pour les aider à uniformiser leur message d'éducation auprès de leurs patients. Les membres du projet ont donc reçu une formation à l'éducation en délivrant des messages à la fois simples, clairs, rigoureux et uniformes.

- Une formation commune.

Une formation *initiale* de trois demi-journées est proposée et indemnisée. Elle est commune à tous les professionnels de soins. Elle permet aux différents professionnels de se rencontrer et de partager une nouvelle vision de la prise en charge des patients à haut risque cardio-vasculaire sur le territoire de l'expérimentation. Les thèmes abordés portent sur le protocole de dépistage des risques cardio-vasculaires, la mise en œuvre et le suivi d'un projet thérapeutique et éducatif (critères d'inclusions, modalités de prise en charge éducative des patients, rôle de chaque professionnel, articulation entre les différents professionnels...)

Une formation *complémentaire* pour les professionnels (IDE, diététiciennes) est par la suite proposée pour approfondir la formation initiale. Ces professionnels de soins construisent et expérimentent les séquences pédagogiques à réaliser auprès des patients.

- Des soirées thématiques.

Elles se déroulent tous les trois à quatre mois sous forme de soirées toujours de façon multidisciplinaire. Ces réunions d'échanges de pratiques et de suivi du projet aident les professionnels à répondre aux difficultés qu'ils ont rencontrées dans leur pratique quotidienne et ainsi consolider la démarche et compléter leur formation initiale

- Newsletters.

Le projet propose également une newsletter régulière. Elle est écrite par des membres fondateurs, des membres titulaires. Elle permet de faire le point sur le fonctionnement du projet, elle réalise une synthèse sur les dernières réunions, elle explique les nouveaux objectifs.

3.3.3.5. Les étapes de la démarche.

- Le repérage.

Le repérage des patients cibles est effectué par les médecins généralistes adhérents lors de consultations habituelles ou en dehors. Ils sont aidés par un listing des patients fournis par

l'Assurance maladie.

D'autres acteurs peuvent intervenir également dans ce repérage. Les pharmaciens, lors d'achats de médicaments, peuvent sensibiliser les patients sur les risques des maladies cardio-vasculaires et les orienter vers leur médecin traitant. Les autres partenaires possibles sont le CES pour les patients en situation de précarité et la MSA pour ses adhérents dans le cadre de la médecine préventive.

En amont de la consultation médicale préventive qui en découle, les autres PSL infirmières et diététiciennes ne peuvent pas participer à ce repérage. Pour quelles raisons ? Certains de ces PSL en ont fait d'ailleurs la remarque.

- La Consultation médicale de prévention (CMP) (annexe 3).

Cette consultation médicale de prévention est réalisée par le médecin traitant. Le premier temps consiste à *analyser* de manière systématique et structurée le risque cardio-vasculaire auprès de

tous les patients de leur patientèle dans la tranche d'âge considérée à savoir les hommes de 50 à 54 ans (inclus) et les femmes de 60 à 64 ans (inclus) résidant dans la région de Dinan sur une période de un an ; cette tranche d'âge est volontairement choisie pour faciliter le déroulement de l'expérimentation et son évaluation. Cette tranche d'âge correspond, selon les recommandations de la HAS, à un facteur de risque cardio-vasculaire supplémentaire lié à l'âge.

Le résultat de cette évaluation de risque cardio-vasculaire permet de *repérer* les patients à haut risque cardio-vasculaire.

Pour ces patients, le médecin généraliste leur propose un *projet thérapeutique* adapté à leurs besoins et conforme aux données de la science et négocie un *contrat thérapeutique*. Il les oriente vers les autres PSL IDE et/ou diététiciennes et si nécessaire vers d'autres PS comme une consultation anti-tabac ou vers un éducateur sportif.

Il *réévalue* le risque cardio-vasculaire après 1an.

- Les consultations spécifiques infirmières.

Après l'élaboration du contrat thérapeutique, les infirmières libérales mettent en place une démarche d'éducation thérapeutique. Elles se basent sur les éléments du contrat thérapeutique, sur les besoins, les attentes du patient en fonction de ses contraintes, de ses ressources. Les infirmières peuvent ainsi modifier les objectifs du patient préalablement établis si elles le jugent nécessaire. Les différents items de la démarche d'éducation thérapeutique sont par exemple (annexe 4) :

- mieux connaître sa pathologie,

- assurer sa propre vigilance, notamment sur les symptômes d'alerte et décider à bon escient du recours médical, notamment d'urgence,
- mettre en œuvre des techniques d'auto-surveillance,
- opérer un changement alimentaire,
- augmenter son activité physique,
- gérer un plan d'arrêt du tabac,
- être observant notamment en sachant planifier et respecter la prise des médicaments et repérer les effets secondaires des médicaments.

Les IDE libérales programment des entretiens individuels pour mettre en œuvre les objectifs négociés. Chaque séquence pédagogique est caractérisée par un objectif général, des compétences précises que le patient doit acquérir et des outils pédagogiques pour l'aider à acquérir ces compétences (visuel d'information, exercice...). Quelques outils pédagogiques sont proposés lors des formations initiales. C'est aux IDE d'utiliser leurs propres outils lors des entretiens. Par la suite, elles pourront orienter le patient vers les autres services proposés par le projet Prévarance dans le domaine de la diététique ou de la tabacologie et à des activités de groupe comme avec l'éducateur sportif. Dans une certaine mesure, le patient peut directement être orienté vers la diététicienne en fonction de ses objectifs.

Les IDE évaluent l'impact de cette démarche. Pour cela, des supports sont intégrés dans le dossier patient pour faciliter et structurer leur travail.

- Le rôle des autres professionnels de santé.

Pour aider les médecins et les IDE dans leur prise en charge, d'autres professionnels de santé sont mobilisés. Il s'agit en particulier :

- des *diététiciennes* pour les patients poursuivant un objectif thérapeutique lié à leurs habitudes alimentaires tout en présentant des pathologies associées comme le diabète ou l'insuffisance cardiaque.
- des *consultations anti-tabac*, en particulier pour les patients souhaitant arrêter de fumer mais présentant une dépendance importante.
- des *éducateurs sportifs* pour les patients dont la reprise de l'activité physique suppose des adaptations fines en raison de pathologies associées comme une insuffisance cardiaque ou respiratoire ou encore des problèmes locomoteurs (le coach sportif est cité mais ce service n'est pas encore fonctionnel).

3.3.3.6. L'évaluation du projet.

Le décret du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé (37) impose la réalisation d'évaluations tant au niveau interne qu'au niveau externe. Les fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), mise en place en 2007 (38), rassemblant dans un même dispositif financier le FASQV et la DNDR, en rappelle l'obligation pour contrôler la bonne utilisation des fonds alloués.

Le projet doit être capable de fournir l'état des lieux de son travail en terme quantitatif et qualitatif. L'évaluation porte sur l'organisation et le fonctionnement du réseau, la participation et l'intégration des acteurs, la prise en charge des patients et l'impact sur les pratiques professionnelles.

Le deuxième temps consiste à évaluer les conséquences médico-sociales de cette nouvelle forme de soins proposée. La prise en charge médico-économique est-elle meilleure à une prise en charge classique ? La qualité de vie du patient est-elle améliorée ? Le projet va-t-il coordonner et optimiser la prise en charge de cette population, minimiser les conséquences et donc les coûts ?

Les objectifs de l'expérimentation est de :

- Tester la faisabilité du volet ambulatoire du projet :

- la formation pluri-professionnelle de deux jours préalable au démarrage du projet,
- la réalisation d'une analyse cardio-vasculaire pour tous les patients d'une tranche d'âge considérée,
- la réalisation d'une consultation médicale de prévention,
- l'implication des autres PSL dans la mise en œuvre de démarches d'éducation thérapeutique sous forme d'entretiens individuels,
- la contractualisation entre le médecin traitant et les patients sous la forme d'un contrat thérapeutique,
- l'utilisation du dossier de prévention.

- Préciser le nombre et les caractéristiques des patients concernés par :

- la démarche du bilan du risque cardio-vasculaire,
- l'invitation par l'Assurance maladie à la CMP,
- la consultation médicale de prévention,
- la démarche d'éducation thérapeutique.

- Estimer l'efficacité de la démarche à partir du recueil d'indicateurs concernant :

- l'atteinte des objectifs négociés entre le médecin et le patient,
- l'évolution des FRCV et du risque cardio-vasculaire global,
- la satisfaction des PSL et des patients,
- le respect des recommandations de la HAS,
- la mobilisation des professionnels de santé libéraux et le taux de couverture des patients par rapport à la population cible.

Les enseignements de cette expérimentation permettront aux représentants professionnels et institutionnels de :

1. Proposer un nouveau modèle d'organisation des soins tant dans son approche préventive que curative, non plus seulement en direction du patient mais en direction d'une population (la création d'un pôle de santé pluridisciplinaire ?)

- un territoire de proximité.
- les professionnels de santé de premier recours (médecins, infirmiers, pharmaciens, diététiciennes).
- des objectifs et des protocoles partagés.
- un système d'information ?
- de nouvelles missions / compétences :
 - IDE,
 - secrétariat ?
- une diversification des modes de rémunération :
 - pour financer ces nouvelles missions,
 - pour inciter les professionnels / objectifs de santé publique.
- un pilotage local.

2. Préciser comment aider les médecins généralistes, dans le cadre de la réforme du médecin traitant, à remplir leurs missions.

3. Disposer de perspectives pour le développement des réseaux à travers notamment une plus grande mobilisation des médecins et des patients.

3.3.3.7. Quelques chiffres sur le projet (39).

Après un travail de repérage des patients à risque cardio-vasculaire élevé, l'objectif d'inclusion a été respecté avec 75 % (711 sur 946 patients possibles) : 17 % fumeurs, 37 % d'HTA, 8 % de diabétiques, 21 % avec un LDL > 1,6 g/l, 9 % avec des antécédents familiaux précoces.

Tous les médecins (18 sur 23 médecins généralistes potentiellement concernés), sauf deux (taux d'inclusion à 59%), ont inclus plus de 60 % de leur patientèle.

173 (25 %) patients présentent un risque cardio-vasculaire élevé.

- répartition selon les sexes : hommes 65 % / femmes 35 %.
- nombre de FRCV (âge inclus) : 3 FRCV : 76 %, 4 FRCV : 21 %, 5 FRCV : 3 %.
- prévention primaire : 63 % ; prévention secondaire : 37 %.
- Parmi les patients à RCV élevé, 65 % étaient hypertendus (37 % équilibrés), 40 % tabagiques, 37 % avec LDL élevé et 25 % diabétiques.

En prévention primaire,

- Les associations de 2 FRCV, les plus fréquentes étaient :
 - HTA et tabac : 18 %,
 - HTA et diabète : 16 %,
 - HTA et LDL > 1,6 g/l : 15 %.
- Les associations de 3 FRCV étaient :
 - HTA et dyslipidémie et antécédents CV : 14 %,
 - HTA et dyslipidémie et diabète : 11 %,
 - HTA et dyslipidémie et tabac : 14 %,
 - Tabac et dyslipidémie et antécédents CV : 17 %.

- 25 % de la population bretonne de cet âge est à risque cardio-vasculaire élevé, essentiellement des hommes en prévention primaire associant HTA et dyslipidémie.

- Mais après plus d'un an de ce programme, seulement 36 % d'entre eux, soit 57 patients ont bénéficié d'une consultation de synthèse longue débouchant sur un plan de soins personnalisé et un contrat thérapeutique explicite.

Ces résultats ne sont toutefois pas définitifs puisque le projet continue avec remobilisation des patients et prise en charge par les professionnels de santé libéraux, notamment sur le volet éducation thérapeutique.

MÉTHODOLOGIE

4.1. L'OBJECTIF PRINCIPAL.

Cette enquête n'a pas pour objectif de construire ou d'analyser des indicateurs quantitatifs concernant l'amélioration de l'état de santé des patients inclus dans cette expérimentation. L'objectif de notre travail est de recueillir l'opinion des professionnels paramédicaux sur l'activité du projet Prévarance et leurs représentations des fonctions de ce projet dans la prise en charge de patients à haut risque cardio-vasculaire.

4.2. LA MÉTHODE.

Il s'agit d'une enquête par entretiens semi-directifs réalisés à l'aide d'un guide d'entretien (annexe 5). La population de l'enquête est celle des infirmières et des diététiciennes adhérentes au projet.

Le guide d'entretien comporte plusieurs thèmes :

- la définition des maladies cardio-vasculaires et leur représentation au quotidien.
- les motivations de ces professionnels de soins à intégrer les activités du projet.
- les difficultés ressenties à l'adhésion au projet.
- les changements observés entre les méthodes de travail proposées par le projet et leur activité habituelle au quotidien.
- la place des infirmières et des diététiciennes dans le projet.
- la formation thérapeutique reçue par les professionnels.
- la rémunération perçue dans le projet.
- le déroulement de leur dernière consultation ou celle qui a retenu le plus leur attention.

4.3. LE CHOIX DE LA MÉTHODE.

4.3.1. Les entretiens.

L'entretien est plus adapté que le questionnaire pour ce type d'enquête. Il permet de laisser une liberté d'expression aux personnes interviewées. En effet, l'objectif est de recueillir les représentations des personnes rencontrées sur les maladies cardio-vasculaires et de leur participation au projet. Il est donc nécessaire d'établir une relation de confiance favorable à l'émergence d'un discours sur leur expérience.

L'entretien est semi-dirigé. Cette forme d'entretien doit répondre à deux exigences. La connaissance de son guide d'entretien permet de structurer sa pensée autour de l'objet de l'étude. Il est possible alors d'orienter progressivement les discours des professionnels vers les thèmes souhaités quand des digressions sont observées et d'approfondir des points qu'ils n'auraient pas explicités eux-mêmes (40).

4.3.2. Le test du guide d'entretien.

Le guide d'entretien n'a pas été testé au préalable auprès des professionnels de soins. Les questions ont été soumises à deux autres confrères réalisant leur thèse sur le même sujet avec des points d'approche différents sur le projet Prévarance.

4.4. LE RECRUTEMENT DES INFIRMIÈRES ET DIÉTÉTICIENNES AU PROJET.

4.4.1. La liste des adhérents.

Lors de la mise en place du projet Prévarance, une demande de participation a été réalisée auprès des paramédicaux du bassin de Dinan. Au 1^{er} octobre 2006, 13 infirmières, 2 diététiciennes, 2 infirmières orientées vers la prise en charge de l'arrêt du tabac ont répondu à la demande et se sont engagées dans cette démarche.

La liste des adhérents comporte le nom, le sexe, le lieu de travail, le numéro de téléphone. Cette liste ne comporte pas la date de naissance ni la catégorie sociale.

Le recrutement des adhérents se fait sur le bassin de Dinan. La plupart des participants sont situés à proximité de Dinan à moins de quinze kilomètres du centre hospitalier de Dinan René Pleven. Les villes concernées sont Dinan, Quévert, Léhon, Lanvallay et Pleudihen-sur-Rance.

4.4.2. Le choix du nombre de professionnels de soins à inclure.

Le nombre d'entretiens a été arbitrairement fixé à 10 et maintenu pour plusieurs raisons.

Bien qu'un entretien reste singulier, les discours recueillis dans les derniers entretiens n'apportaient pas d'informations supplémentaires par rapport aux premiers (saturation de l'information par rapport aux thèmes du guide).

Certaines infirmières n'ont pas souhaité participer à cette enquête.

Enfin, le temps nécessaire pour la réalisation des entretiens (une heure et demie) et le temps de transcription (trois heures) et d'analyse ne rendaient pas réaliste d'aller au-delà de ce nombre.

4.4.3. Les critères d'inclusions des paramédicaux.

Le choix des répondants a été effectué de manière aléatoire chez les adhérents actifs du réseau c'est-à-dire des infirmières qui ont effectué au moins une consultation auprès de patients à haut facteur de risque cardio-vasculaire. Le nombre d'IDE répondant à ce critère est de douze. Nous avons essayé de diversifier autant que faire se peut les interlocuteurs selon leur sexe (les IDE hommes adhérents au réseau ne sont que quatre). L'échantillon de l'enquête est donc constitué de six

femmes et de deux hommes). Il convient de noter que les deux diététiciennes du projet ont également été rencontrées.

Un autre critère d'inclusion a été le lieu de travail. La proportion des participants travaillant en milieu urbain (Dinan) est moins importante que celle exerçant en milieu rural (cinq contre huit). Au total, ont été retenues trois infirmières travaillant en milieu urbain, quatre en milieu périurbain, et une en milieu rural.

L'échantillon comporte donc dix professionnels paramédicaux : huit infirmières (six femmes et deux hommes) et deux diététiciennes.

4.5. LA RÉALISATION DES ENTRETIENS.

Les prises de contacts téléphoniques ont été réalisées dans une tranche d'horaire adaptée aux différents interlocuteurs à savoir en début d'après-midi à partir de 13 heures. Ce qui permettait d'expliquer aux paramédicaux les motifs et les objectifs de l'enquête. Si le professionnel acceptait l'entretien, un rendez-vous était alors fixé le plus souvent entre 13 heures et 14 heures n'importe quel jour de la semaine sauf le week-end. Les lieux de rendez-vous étaient laissés au choix des infirmières : lieu de travail, domicile ou autre lieu de leur convenance.

Pour recruter les dix personnes, 29 appels téléphoniques ont été nécessaires.

Tous les entretiens ont été enregistrés avec l'accord de la personne rencontrée.

4.6. LA TRANSCRIPTION DES ENTRETIENS ET L'ANALYSE THÉMATIQUE.

La transcription utilisée pour l'analyse des résultats correspond au langage parlé des paramédicaux. Certaines phrases ne respectent donc pas toujours les structures grammaticales du français écrit.

Les entretiens ont fait l'objet d'une analyse thématique en prenant pour catégories d'analyse les thèmes du guide d'entretien.

RÉSULTATS

PREMIÈRE PARTIE : PRÉSENTATION DES DIX PROFESSIONNELS DE SOINS PARAMÉDICAUX.

1. LES DONNÉES SOCIOPROFESSIONNELLES.

PSL (n°)	Sexe (F : Femme H : Homme)	Âge (en années)	Profession	Lieu de travail
1	F	-	infirmière	Quévert
2	F	-	infirmière	Quévert
3	M	42	infirmier	Léhon
4	M	51	infirmier	Dinan
5	F	56	infirmière	Quévert
6	F	50	infirmière	Dinan
7	F	37	infirmière	Quévert
8	F	-	infirmière	Pleudihen- sur- Rance
9	F	35	diététicienne	Dinan
10	F	42	diététicienne	Quévert

- L'âge des infirmières :

La moyenne d'âge des infirmières est de 47 ans. La moyenne d'âge des diététiciennes est de 38 ans. Les âges extrêmes sont de 37 ans et 56 ans.

2. LES DONNÉES CONCERNANT LES ENTRETIENS.

PSL (N°)	Distance hôpital - lieu d'entretien	Lieu de l'entretien	Durée (mn)	Temps de transcription (h)
1	3 km / 5 mn	lieu de travail	45	2h30
2	3 km / 5 mn	lieu de travail	45	2h30
3	2 km / 6 mn	lieu de travail	45	5h30
4	2 km / 5 mn	domicile	75	5h00
5	5 km / 7 mn	lieu de travail	35	2h30
6	2 km / 5 mn	lieu de travail	75	6h00
7	5 km / 7 mn	domicile	25	1h30
8	12 km / 20 mn	lieu de travail	30	1h30
9	1 km / 5 mn	lieu de travail	35	2h00
10	3 km / 5 mn	lieu de travail	60	4h00

- Lieux des entretiens :

Deux entretiens se sont déroulés au domicile du professionnel de soins. Le professionnel de soins le plus éloigné se situe à 12 km de Dinan. Les autres sont situés à moins de 5 km.

- La durée des entretiens :

La durée moyenne des entretiens a été de 47 minutes (maximum : 75 minutes, minimum : 25 minutes).

- Le temps de transcription :

Le temps moyen de transcription des entretiens a été de 3 heures et 20 minutes (maximum : 6 heures, minimum : 1 heure et demi). Le temps total des transcriptions a été de 33 heures.

DEUXIÈME PARTIE : ANALYSE THÉMATIQUE DES ENTRETIENS.

Pour contextualiser les dires des interlocuteurs, du texte entre guillemets est ajouté dans les transcriptions. Ainsi, la compréhension des extraits choisis pour l'analyse en sera facilitée. Chaque entretien est numéroté pour se référencer aux données socioprofessionnelles de l'interviewé. Ils n'ont qu'une valeur informative.

Il convient également de préciser que les termes d'infirmière et de diététicienne désignent à la fois des personnes masculines et féminines. La distinction n'est pas faite pour ne pas cibler une personne en particulier.

I- LA REPRÉSENTATION DES MALADIES CARDIO-VASCULAIRES.

1.1. LES MALADIES CARDIO-VASCULAIRES.

Les personnes rencontrées sont conscientes de l'importance des maladies cardio-vasculaires. D'après elles, ces maladies représentent « la première cause de mortalité » (PSL 4). Elles cernent bien les conséquences physiques engendrées par ces pathologies. La prise en charge de ces patients est rendue plus difficile, plus lourde : « les maladies cardio-vasculaires sont très importantes quand on voit les conséquences qu'elles peuvent entraîner... prendre en charge les personnes qui font un AVC » (PSL 1).

Les conséquences financières sont aussi mises en avant : « Mais c'est un projet qui intéresse parce que les maladies cardio-vasculaires coûtent un fric fou à la société. Ce serait mieux de réagir en amont » (PSL 2). Elles ressentent la nécessité de la prévention : « Vaux mieux prévenir que guérir » (PSL 7).

1.2. LA PRÉVENTION.

1.2.1. Un concept nouveau.

A l'annonce du diagnostic, les patients passent par différentes étapes pour arriver à intégrer leur maladie dans leur vie quotidienne. A la suite des entretiens menés par les infirmières, le chemin vers l'autonomisation n'est pas le plus souvent aisé. Les patients décrivent une certaine représentation de leur maladie.

Les infirmières sont sollicitées pour réaliser des consultations dites spécifiques de prévention cardio-vasculaire. Toutes les infirmières considèrent ces consultations comme une nouvelle forme d'activité. Ce « nouveau rôle infirmier » (PSL 3), cette « autre forme de soins... » (PSL 2) fait partie intégrante de leurs compétences. « Mais la prévention s'intègre naturellement dans notre métier » (PSL 1). Elles soulignent l'originalité du projet : « C'est un concept totalement nouveau » (PSL 2).

Toutefois, elles font bien la différence entre leur pratique et la prévention au sein du projet « il est vrai qu'on faisait déjà de l'éducation et la prévention sans la nommer... sans connaître les bases théoriques que l'on a apprises dans la formation » (PSL 4).

Auparavant, pour la plupart, l'activité d'éducation est déjà en place dans leur travail au quotidien. Elles réalisent de la prévention naturellement au cours de leurs soins. « Elle existe, mais elle n'est pas encore développée. C'est quelque chose que l'on pratique spontanément au quotidien » (PSL 6). Elles s'appuient même sur leur décret de compétences. « L'éducation est inscrite dans notre rôle propre » (PSL 3). Même si elles considèrent que c'est une pratique naturelle s'inscrivant dans leur rôle propre d'infirmière, il ne faut pas oublier de dire que l'éducation thérapeutique est pratiquée de façon marginale. Chaque professionnel de soin se base sur leurs propres expériences professionnelles ou leur « feeling » (PSL 7), et non pas sur des règles bien établies. Ainsi, les infirmières vont pouvoir approfondir cette activité de prévention dans le domaine cardio-vasculaire dans un cadre bien délimité avec des lignes directrices communes ; « c'est cette démarche là qui était un peu nouvelle » (PSL 4).

Le projet Prévarance souhaite accorder une place importante à la profession infirmière. Les infirmières désirent que la prévention soit enfin « reconnue » (PSL 7) dans le soin infirmier. « C'est quelque chose que l'on pratique spontanément au quotidien. Mais qui n'est pas reconnue, ni rémunérée comme telle » (PSL 6), « c'est presque du bénévolat » (PSL7). Les infirmières veulent faire évoluer leur profession ; elles veulent « apporter un plus à la profession... » (PSL 7).

La prévention est une activité qui est déjà inscrite dans les missions de ces paramédicaux. Par ces consultations de prévention, elles espèrent une *reconnaissance professionnelle* de leur travail et de leur rôle dans la prise en charge des patients dans ce domaine. Elles veulent se faire connaître et reconnaître par leurs pairs et les autres professions médicales et paramédicales. Cette reconnaissance passe par la finalisation de ces consultations spécifiques. Ces consultations spécialisées, mises en place de façon expérimentale, pourraient s'intégrer plus tard dans leur champ de compétences au même titre que leurs soins habituels. Et par la suite, *une reconnaissance financière* en découlerait.

Les diététiciennes ont intégré immédiatement cette démarche de prévention. Le travail d'éducation est leur travail au quotidien « une approche d'éducation thérapeutique que nous avons toujours eu... ça n'a pas changé notre façon de travailler » (PSL9). Elles veulent également se faire connaître « un métier pas forcément bien connu » (PSL 10).

1.2.2. Prévention primaire/secondaire, aspect curatif/préventif.

Selon les professionnels rencontrés, l'aspect préventif est de plus en plus présent dans leur activité. « Jusqu'à présent, nous, on soignait le malade une fois que la maladie était installée... Alors que là, c'est prévoir la maladie. On ne faisait pas cette démarche » (PSL 5). Cet aspect semble motiver les infirmières à participer à ce projet. Les maladies cardio-vasculaires évoluent de façon insidieuse pendant de nombreuses années sans qu'il y ait de manifestations physiques parlantes « le problème il est là, c'est justement toute la notion de gens qui ne sont pas malades, qu'ils ne sentent pas malades... C'est dur de faire passer ce message » (PSL 7).

Il est difficile de faire changer des habitudes alimentaires d'un patient « Allez donc changer les habitudes alimentaires...bah tiens..., parce que cela lui fait remettre en cause toute ses valeurs et façons de vivre « Oui, je bois trois à quatre apéros par jour ». Et pour lui, c'était tout à fait normal ... Car pour lui, non il ne buvait pas d'alcool » (PSL 3). Selon ces professionnels, les patients seraient

plus faciles à mobiliser vers un changement d'habitudes de vie après un accident cardio-vasculaire. « Je pense que les personnes qui vont vraiment s'y intéresser ce seront les gens qui auront déjà un problème de santé... Tant que l'on ne ressent rien... » (PSL 7).

C'est ce défi que veulent relever les infirmières. Elles ont le désir de sensibiliser les patients le plus tôt possible afin de retarder l'apparition de complications. « Je pense que la prévention primaire est plus difficile à faire rentrer dans les mœurs que la prévention secondaire. C'est d'autant plus intéressant » (PSL 6).

Ce concept « vaudrait mieux prévenir que guérir » (PSL7) nécessitera de la part des infirmières un investissement variable selon les professionnels de santé. L'apprentissage sera plus ou moins important selon l'âge des infirmières « par rapport aux autres infirmières plus

jeunes » (PSL 5), et selon les autres catégories professionnelles représentées par les diététiciennes. « Les diététiciennes sont plus dans leur élément et c'est un mode d'exercice, de relation aux gens qu'elles connaissent parfaitement » (PSL 6).

Elles ne se sentent pas en difficulté mais plutôt déstabilisées, « pas à l'aise dans le processus..., car « il s'agit de motiver les gens à bouger plus, à manger différemment... » (PSL 6). Ce sont des approches différentes par rapport à leur quotidien « dès que ce n'était pas du concret... que je n'aurai pas eu de difficultés à lui montrer comment fonctionne son lecteur de glycémie ... » (PSL 6).

1.2.3. Travail en équipe.

« Le fait de travailler aussi en équipe » (PSL 3) a été évoqué. Le projet leur propose « une possibilité de travailler conjointement avec les médecins » (PSL 6), ce qui paraît assez rare. « C'est rare que infirmiers et médecins se trouvent ensemble sur des actions de prévention » (PSL 6).

Le travail « en groupe, en concertation » (PSL 6), est considéré comme « extrêmement enrichissant... permet(tant) de mieux aider le patient » (PSL 9). Chaque professionnel apporte ses connaissances, son expérience « on approche le patient sous plusieurs angles » (PSL 9), dans le but de leur proposer le projet de soin le plus personnel possible.

L'intérêt de cette démarche collective se situe aussi bien pour le patient que pour les professionnels de santé. Les diététiciennes transmettent leurs expériences professionnelles d'éducation thérapeutique aux infirmières « nous on a toujours travaillé comme ça... on a transmis notre façon d'éduquer le patient » (PSL 9). Chacun va apprendre à se connaître et à « comprendre un peu mieux comment les autres travaillent » (PSL 9).

Cette mise en commun des savoirs enrichit un groupe et le fédère « avoir le même discours » (PSL 9) autour d'un but commun du bien être du patient : « apporter une petite pierre à l'édifice » (PSL 3).

L'adhésion des infirmières et des diététiciennes au projet est plutôt passive. La démarche de participation fait, en général, suite à une sollicitation d'un tiers (médecins généralistes du comité de pilotage ou le collègue paramédical du cabinet).

Par la suite, la participation au projet peut s'en trouver affecter. Certaines interlocutrices vont remettre en cause leur engagement. Pour d'autres, la démarche d'inscription peut naître d'un besoin ressenti par le professionnel de soin. Les motivations à adhérer au projet sont à peu près les mêmes

pour chaque professionnel de soin interrogé. Les paramédicaux comprennent l'intérêt de la prévention des maladies cardio-vasculaires du fait des conséquences qu'elles peuvent entraîner. Selon elles, le projet a pour but de répondre aux besoins des patients. Mais, elles expriment

surtout la volonté de diversifier leurs activités (consultations spécifiques de prévention), de ne pas rester isolées (travail en collaboration avec les autres professionnels de soins). Leur principale revendication est une reconnaissance de leur profession par les autres professionnels de soins notamment par le corps médical. Elles souhaitent infléchir l'organisation actuellement verticale de notre système de soins et développer des soins centrés sur le patient avec une organisation plus horizontale.

II- LA VALORISATION DES INFIRMIÈRES.

2.1. LA PLACE DES INFIRMIÈRES DANS LE PROJET.

2.1.1. L'élargissement de leurs compétences.

- Un nouveau rôle infirmier.

Comme nous l'avons vu, en participant au projet Prévarance, les infirmières cherchent à valoriser leurs activités et à faire reconnaître l'éducation comme entrant dans leur champ de compétences. Dans ce projet, elles vont réaliser un diagnostic éducatif, proposer un projet de soins et suivre les patients au fur et à mesure de leur apprentissage.

- Le diagnostic éducatif et le projet de soins.

Au préalable, le dépistage des patients à haut risque cardio-vasculaire est effectué par les médecins généralistes. Pour ces patients, un contrat thérapeutique moral est négocié. Un projet thérapeutique adapté est alors mis en place comprenant un volet médical et un *volet éducatif*. C'est sur cette dernière partie qu'interviennent les professionnels de soins libéraux paramédicaux.

La première consultation des infirmières correspond à un *temps d'évaluation*. Elles connaissent ou apprennent à connaître la personnalité du patient, ses besoins, ses projets. Elles évaluent ce que le patient connaît des maladies cardio-vasculaires, comment il vit au quotidien, son alimentation, son activité physique, etc. « On évalue ce que la personne sait de sa maladie ... donc par rapport à ça on oriente » (PSL 4). Elles s'intéressent aussi à leur entourage, à son réseau de sociabilité, à sa situation familiale, à ses relations sociales. Elles dressent ainsi le tableau de l'environnement du patient pour mieux appréhender les objectifs à atteindre. La consultation aboutit ainsi à un diagnostic infirmier qui propose par la suite un *projet de soins adapté* qui est valable à ce « moment donné de la vie du patient » (PSL 6).

Le projet de soins est *personnalisé*. Il est le résultat d'un ensemble de paramètres propres

au patient lui-même, à son environnement, aux données de la science. Certes les objectifs sont initialement établis avec le médecin, mais c'est l'infirmière qui définira les moyens pour y arriver. La mise en œuvre de ces objectifs est complexe et le professionnel paramédical peut *réorienter les objectifs* si nécessaire. L'une des infirmières rencontrées nous en donne un exemple. Il s'agit d'une

patiente qui consulte pour une surcharge pondérale avec un terrain de diabète, d'HTA et utilisation de cannes pour la marche. L'objectif de départ intégrait des activités physiques ce qui n'était pas adapté à la patiente du fait de son handicap important (utilisation de deux cannes). L'infirmière s'est alors recentrée sur le thème de la gestion de la maladie ; elle a pu porter ses efforts sur l'utilisation du glucomètre et de la prise de tension pour la patiente. « Donc même si l'objectif global va être difficile à atteindre, ça a permis dans cette démarche de faire de l'éducation thérapeutique sur le glucomètre, sa tension etc. mettre un peu les choses plus au clair pour elle. Ca fait partie de l'éducation thérapeutique » (PSL 4).

Les professionnels doivent aussi respecter *les croyances des patients et leur rythme*. Cette autre infirmière témoigne de l'importance de cette question. Il s'agit d'un patient qui refusait les activités physiques car il pensait que cela pouvait avoir des conséquences sur son cœur du fait de sa valvulopathie importante. « En fait, comme il devait se faire opérer, il avait peur surtout qu'en le faisant marcher que son cœur lâche. Il avait une peur. Donc, automatiquement, bah, je n'ai pas insisté ... Il s'est fait opérer fin août, je l'ai revu il y a environ deux mois, et là, il fait sa marche tous les jours sans que je lui le dise » (PSL 5).

- Les consultations de suivi.

La démarche d'éducation thérapeutique est organisée sous la forme de *séquences pédagogiques* destinées à donner les moyens aux patients de mieux comprendre leur maladie et de les rendre autonomes. Le projet Prévarance prévoit *six consultations* par an par patient et d'une demi- heure chacune. Les diététiciennes sont passées de deux à trois consultations par patient et par an.

Les objectifs portent le plus souvent sur la diététique, l'activité physique, le sevrage tabagique.

Les infirmières soulignent bien le caractère personnalisé des buts à atteindre. Elles soulignent le fait qu'il faut travailler sur *un seul objectif* qui devra répondre à des critères de *faisabilité et d'acceptabilité* pour qu'il puisse s'intégrer dans la vie des patients. « On va travailler sur un objectif précis et surtout pas sur tous. On voit la priorité du patient » (PSL 1), « on ne peut pas donner deux ou trois objectifs à un patient » (PSL 3).

Les infirmières vont tenter de faire acquérir des compétences précises aux patients. Les moyens utilisés pour ce faire dépendent de chaque professionnel. Le principe commun et pour chaque séance d'éducation est *d'autonomiser le patient*, le rendre responsable. « On nous a présenté des techniques... Ne pas imposer... Faire dire aux gens des choses par rapport à... Ne

pas être trop directif dans les entretiens... Faire parler beaucoup le patient » (PSL 3), « Mettre la personne au centre de la démarche il ne s'agit pas d'imposer ou d'ordonner » (PSL 4). Il ne faut en aucun cas être trop dirigiste, ni coercitif. Il s'agit de faire participer le patient le plus possible, le rendre actif dans sa démarche de soin, de le rendre responsable.

Les diététiciennes adoptent les mêmes principes et évoquent la notion de « *flexibilité du nombre de consultations* ». Ce dernier pourrait être mis en commun entre les infirmières et les diététiciennes. Ainsi, les consultations seraient attribuées en fonction des besoins du patient.

Les infirmières déclarent ne pas se sentir à l'aise dans ces consultations dites spécifiques de prévention. Pourtant, l'analyse de leurs consultations pour la plupart permet de dire qu'elles réalisent une démarche de soin appropriée. Elles analysent l'habitus du patient, proposent des solutions dans un projet de soin *adapté, personnalisé et non figé*. Ce processus de travail renvoie finalement à la démarche de soins infirmiers avec son diagnostic infirmier et les actions qui en découlent comme définie dans le rôle propre des infirmières. Cette activité de prévention est déjà présente dans leur activité quotidienne et elles demandent que cette activité soit reconnue.

Mais, il semble que la participation des différents professionnels de soins soit inégale. Certaines infirmières ne réalisent pas cette démarche de soins et orientent les patients directement vers les autres professionnels de soins (diététiciennes), voire se désintéressent du projet.

2.1.2. Les autres rôles infirmiers.

- Accompagner les patients dans leur démarche.

« Mon rôle est plutôt un accompagnement » (PSL 4), « une forme de guidance » (PSL 7). L'accompagnement des patients est important aussi bien pendant qu'entre les consultations. L'accompagnement porte aussi bien sur les objectifs atteints ou non, les impressions des patients sur leur suivi. Il permet de répondre aux interrogations des patients, et de motiver ou remotiver les patients pour adhérer au projet de soins. « Oui c'est bien, continuez, ... voilà vous y arrivez ... Est-ce que vous suivez bien, comment vous êtes dans ce projet, est ce que ça vous convient, qu'est ce qui vous manque. On est le guide, on est aussi un petit peu la motivation du patient. Ce n'est pas nous qui agissons réellement, on a plus un rôle d'encouragement » (PSL 1).

L'accompagnement est variable dans sa forme, son contenu et sa durée. L'infirmière peut fixer la fréquence des consultations. Elle fera fonction du style de vie de la personne (travail ou

vacances) et des progrès réalisés dans l'acquisition de ses compétences. Il est essentiel de faire le point à des moments clés de son apprentissage. C'est ce que souligne cette interlocutrice regrettant le faible nombre de consultations de suivi « et je ne l'ai pas beaucoup accompagné dans la démarche ... Agir sur la motivation du patient. Je pense que cet aspect est important même si les gens semblent autonomes, c'est un accompagnement quand même » (PSL 6).

- Une qualité d'écoute.

Les infirmières ont aussi un rôle d'écoute. Elles s'entretiennent avec les patients qui leur parlent de « leur vie et pas forcément (de) leurs problèmes de santé cardio-vasculaire » (PSL 1), de leurs derniers soucis... Ce « rôle d'écoute » (PSL 2) est important pour mettre en place la relation soignant-soigné : « On a l'impression d'avoir un rôle en plus de la prévention, un rôle d'écoute » (PSL 2). L'une d'entre elles parle de « soutien psychologique » (PSL 6) pour désigner son rôle en la matière. « Je me dis après tout que ça leur fait peut être du bien » (PSL 2). On retrouve ici l'expression d'un rôle traditionnellement revendiqué par ces soignants.

- Une relation de confiance.

Les patients se confient davantage aux infirmières qu'aux diététiciennes « C'est dur de le dire à la diététicienne, ils vont nous dire plus de choses ». Celle-ci leur semble plus accessible, plus à l'écoute. Cette image traditionnelle se perpétue au fil des années. « On a toujours eu une image de l'infirmière...ça se ne change pas... » (PSL 2).

Les patients « écoutent » les médecins mais demandent des explications aux infirmières. « Il y a une patiente qui n'avait rien compris. Il a fallu que le médecin lui réexplique. Je suis allée la revoir pour une prise de sang et elle m'a dit qu'elle n'avait rien compris, que le médecin avait réexpliqué avec les mêmes mots... Je lui explique un petit peu plus, réexplique, se repenche sur le problème... » (PSL 2). Ce témoignage illustre la fonction des infirmières d'intermédiaires entre le médecin et le patient. La proximité qui existe entre l'infirmière et le patient crée un climat adéquat pour l'échange. « On est infirmière, c'est l'écoute, la relation... Ils nous font confiance. C'est un échange » (PSL 2).

De plus, les infirmières sont implantées dans un secteur géographique bien délimité. Elles y travaillent depuis plusieurs années. C'est ce qui leur permet de bien connaître la population dont elles prennent soin. « Nous, on se connaît tous dans notre commune ... » (PSL 7), « Si vous voulez, dans notre activité quotidienne, dans beaucoup de cas on fait un peu partie de la famille, ça fait des années que l'on vient matin et soir pour une personne » (PSL 4).

Le terme de *bassin de santé* prend ici toute son importance. Les professionnels de soins tentent de répondre aux besoins de leurs patients. Le projet propose une nouvelle organisation des soins en se basant sur les réalités locales ; elle vise à établir une cohérence entre les besoins des patients, l'implication des acteurs locaux sur un territoire de santé « vécue ».

2.1.3 Les rapports avec les autres professionnels de soins libéraux.

- L'orientation des patients vers les autres professionnels de soins.

Les entretiens individuels permettent une adaptation fine aux contraintes, aux besoins, au projet de vie des patients. Les infirmières peuvent compléter ces démarches, le cas échéant, par des prestations plus spécialisées comme celles des diététiciennes, des tabacologues et du coach sportif. Les professionnels de soins libéraux les plus sollicités sont les diététiciennes car les objectifs de travail sont axés majoritairement sur la diététique. La pratique d'une activité physique quotidienne a été mise en place plus tardivement dans le programme.

Ces professionnels n'ont pas seulement un simple rôle d'orientation. Les infirmières conservent une certaine marge de manœuvre. Leur *autonomie* est préservée en fonction de leurs connaissances et des résultats : « Donc, je lui ai dit qu'on allait essayer de faire avec mes petites connaissances. Elle tenait un carnet alimentaire où elle marquait tout ce qu'elle mangeait pour que moi je puisse avoir un retour » (PSL 1). « Et s'il y a des grosses lacunes au niveau des connaissances de diététique, donc on commence déjà à... et puis après on oriente après » (PSL 4). L'orientation vers d'autres professionnels est *adaptée* ; elle survient au moment opportun en fonction des connaissances et des compétences des infirmières et prend en compte les capacités des patients à atteindre l'objectif fixé : « je lui ai dit il faut arrêter parce que je ne peux plus. On avait stagné au niveau du poids,

(elle avait perdu deux kilos) on n'y arrivait plus... Là je pense qu'il va falloir s'orienter vers une diététicienne... Vous avez trouvé la limite en fait » (PSL 1 et 2).

Au contraire, d'autres infirmières déplorent le manque de liberté dont elles disposent en ce domaine. « On a un rôle d'aiguillage, j'ai l'impression » (PSL 3). Le seul domaine dans lequel elles peuvent intervenir est la pratique d'une activité physique. « L'activité physique, c'est peut être la seule chose qu'on peut faire quelque chose » (PSL 3). En effet, elles considèrent qu'elles n'ont pas les connaissances ni la formation suffisantes (« ... seulement des bases »). Elles ne veulent pas intervenir sur le domaine d'activité des diététiciennes ou des tabacologues pour éviter d'éventuelles erreurs ou les conflits de territoire puisqu'il était convenu dès le départ que les patients seraient en cas de besoin orientés vers les diététiciennes ou les tabacologues. « Si elles ne tiennent pas le même discours, parce que (l'on n'a) pas la même formation. C'est plus difficile de revenir ensuite en arrière de réexpliquer les choses » (PSL 3).

- La communication entre les professionnels.

Les infirmières communiquent avec les autres professionnels soit de manière formelle ou informelle.

Le dossier patient, formalisé, sert de support aux consultations spécifiques permettant à chacun de le consulter « le classeur, donc tout est noté » (PSL 4). D'autres moyens sont utilisés comme les courriers papiers ou électroniques que l'on adresse aux confrères « j'ai reçu une lettre (correspondant à) un compte rendu de la dernière consultation » (PSL 1).

De manière plus informelle ce sont les appels téléphoniques qui sont privilégiés. « Il y a des fois où j'ai appelé la diététicienne... je lui donne deux ou trois informations » (PSL 4).

Il faut remarquer que les rencontres entre professionnels ne sont pas mentionnées.

- La position centrale au sein du projet.

Le projet a pour vocation de mettre en valeur la profession infirmière dans l'éducation thérapeutique en la plaçant au centre du dispositif. Elles sont certes « en deuxième ligne » (PSL 2) après le dépistage effectué par les médecins, mais elles se sentent « un peu (comme) la charnière, (comme) un maillon intermédiaire » (PSL 2). Ce qui leur permet de « bascul(er) d'un coté à l'autre, de récupérer(er) les informations, de (faire) des petites synthèses » (PSL 2).

La communication ne se fait pas qu'entre médecins et infirmières et diététiciennes. Les infirmières par leur travail d'élaboration du projet de soins ont un important rôle d'orientation au sens où elles ont la possibilité de diriger le patient vers tel ou tel professionnel de soins si besoin. Les médecins seront par la suite informés de l'orientation donnée « On est censé servir de relais auprès des médecins » (PSL 6).

Son positionnement en tant que « plaque tournante » (PSL 7) est renforcé par la connaissance qu'elles peuvent avoir des patients et par la relation de confiance qu'elles peuvent établir. Elles ont une vision globale de l'évolution du patient dans l'acquisition de ses compétences. « L'infirmière est bien dans son rôle là. ... On a bien un rôle à jouer, on peut être un acteur vraiment important. Si c'est bien fait. L'infirmière a son propre rôle... bah en complément avec d'autres personnes. Il ne faut pas qu'elle soit seule. Elle a son rôle à coté des autres professionnels de santé » (PSL 5).

Certaines infirmières ont eu des difficultés à trouver leur place au sein de cette organisation. Plusieurs causes sont mises en avant. Le manque de lisibilité de leur rôle, l'insuffisance des formations qui leur ont été délivrées. « Notre rôle n'est pas très clair... » (PSL 3), « Je me suis demandée à quoi je servais... ce que je faisais là » (PSL 7), « je ne me sens pas encore très à l'aise dans ce projet ... je ne me sens pas vraiment dans la dynamique de

l'expérimentation ... C(e n)'est pas que le projet ne soit pas dynamique » (PSL 6). Elles se plaignent également des délais de mise en pratique des acquis qui leurs semblent trop long.

Les diététiciennes interviennent dans le projet en troisième ligne après les médecins et les infirmières. Cette position leur donne l'impression « d'être en bout de chaîne » (PSL 9). Mais, ce schéma n'est pas figé. Les patients peuvent les consulter directement sans passer par les infirmières en fonction des besoins.

2.2. LA FORMATION.

La formation est composée de plusieurs niveaux. Une formation initiale est commune à tous les professionnels sur le projet et la démarche d'éducation thérapeutique des patients à risque cardio-vasculaire. Une formation complémentaire est ensuite proposée pour les professionnels qui souhaitent développer leurs compétences en éducation thérapeutique. Une formation continue est également proposée. Elle se déroule sous la forme de réunions d'échanges de pratiques et de suivi du projet qui se tiennent tous les trois à quatre mois. Ces réunions ont pour objectif d'aider les professionnels à répondre aux difficultés qu'ils ont rencontrées dans leur pratique quotidienne et ainsi, consolider la démarche et compléter leur formation initiale.

2.2.1 La formation commune.

Cette formation collective amène les différents acteurs du projet à s'approprier le protocole de prévention du risque cardio-vasculaire. Chaque professionnel de soins va se familiariser avec les différents outils mis à leur disposition. Leur rôle et les articulations de chacun au sein du projet sont également précisés.

Pour la profession infirmière, cette première approche permet de « mettre (ou de remettre) leurs connaissances médicales à niveau » (PSL 7), de « réactualiser un peu les connaissances par des formations pour compléter le savoir qui évolue » (PSL 4), de s'apercevoir qu'elles ne sont pas exemptes de fausses croyances ou « idées fausses » (PSL 3).

Les informations délivrées au cours de cette formation permettent d'harmoniser le discours des différents professionnels. « On trouve des informations sur le tabac, la consommation d'alcool, l'activité physique, et puis... l'alimentaire aussi un peu. ... pour que l'on tienne le même discours tous quoi... » (PSL 3). D'autres vont plus loin telle cette infirmière qui s'appuie sur les références médicales de l'HAS pour étayer son discours auprès d'un patient suivi pour un problème d'alcool. « Je m'étais basée là dessus pour parler de sa consommation d'alcool » (PSL3).

2.2.2. La formation complémentaire.

Ce deuxième temps de formation est destiné aux infirmières et diététiciennes qui souhaitent renforcer leurs activités éducatives auprès des patients. Elles vont y apprendre à mettre en place un projet de soins et à construire des outils pédagogiques pour renforcer les messages délivrés. Plusieurs thèmes sont abordés : la connaissance et la gestion de la maladie, les techniques d'auto-surveillance, l'alimentation, l'activité physique, le tabac.

Les infirmières vont devoir fixer les compétences à acquérir par le patient et mettre en place des séances d'éducation thérapeutique en utilisant leurs propres méthodes, leurs propres outils. C'est sur ce dernier aspect que leur discours est critique « ... On nous a donné des aiguillages, mais c'était très abstrait quoi » (PSL 3). Elles s'attendaient à des choses beaucoup plus concrètes concernant ces outils « qu'on recherche nous-mêmes des outils ... Alors que beaucoup de collègues, on s'est dit "on va à cette formation, on aura les outils pour faire un entretien d'éducation thérapeutique". Non. Il fallait faire le travail par nous-mêmes... On s'attendait à des choses très concrètes pour travailler » (PSL 3).

L'éducation thérapeutique est une activité nouvelle pour elles. La formation s'est efforcée d'apporter des concepts généraux d'éducation et de leur donner les pistes nécessaires pour leur mise en pratique dans des consultations spécialisées. C'est l'objectif des mises en situation réalisées au cours des formations. Là encore les critiques formulées soulignent la modestie de l'approche qui leur est proposée « Ce que je reproche c'est que la formation a été très courte par rapport à ça... pas assez formée, je pense, pour faire de l'éducation... » (PSL 3).

2.2.3. La formation continue.

Cette formation se déroule tous les trois à quatre mois dans une salle de réunion à la Polyclinique de Dinan sous forme d'une soirée de travail. Elle rassemble tous les professionnels de soins impliqués dans le projet. Cette réunion permet de faire un état des lieux au fur et à mesure de l'avancement du projet : les difficultés rencontrées, l'évaluation des démarches d'éducation, et de renforcer les coopérations entre les professionnels. Il faut souligner la participation active du comité de pilotage dans la cohésion du groupe de professionnels participant au programme.

Les premiers propos que l'on peut recueillir auprès des infirmières rapportent un manque de lien entre eux et les médecins. Les premières réunions se sont portées essentiellement sur les médecins. « Les premières réunions, on a eu l'impression que c'était plus pour que les médecins s'approprient le dossier patient » (PSL 3) et « que les médecins parviennent à boucler (leurs inclusions) dans les délais » (PSL 6). C'est seulement sur les dernières réunions que leur avis a été sollicité.

Il faut rappeler que les infirmières ont été « surpris(es) » par la démarche d'éducation. Les principes ont été bien compris mais il leur fallait « mettre en place les outils qui permettront

d'éduquer les gens » (PSL 7). C'est après les premiers entretiens réalisés auprès des patients qu'elles ont pris la mesure de la complexité de ce qui leur était demandé. C'est « le côté psychologique » de l'entretien qui leur a posé des problèmes. « C'est comment amener le patient à changer son attitude, (...) à se prendre en charge » (PSL 8). Face à ces difficultés, ces professionnels ont suggéré que des formations sur la motivation soient mises en place mais cette demande est « restée sans suite » (PSL 3). Quelles que soient les difficultés rencontrées, nos interlocutrices disent que ces consultations leur demandent « énormément de travail » (PSL 7).

L'un des objectifs du projet est de s'inscrire dans une démarche qualité. Mais les outils d'autoévaluation restent à construire pour ce faire. L'une de nos interlocutrices évoque la possibilité d'un partage de leurs expériences entre les infirmières : « un lieu d'échanges et de partages autour des expériences de chacun » (PSL 6). Le comité de pilotage s'est posé la question de travailler sur cette autoévaluation mais l'un des problèmes de sa mise en place est l'aspect chronophage de ce travail « ... Mais, ça pour le coup, ça prend du temps. Ça prend un temps fou » (PSL 6).

Les acquis de cette nouvelle expérience sont également valorisés à l'extérieur du réseau. L'une des infirmières a par exemple présenté le projet au cours d'un colloque « je suis allé à Rennes la semaine dernière pour présenter le projet de Prévarance... J'ai expliqué un peu mes motivations de cette démarche. Et puis, je leur ai fait part d'une certaine satisfaction » (PSL 4).

2.3 LA RÉMUNERATION.

Le principe d'un *forfait annuel* pour ces activités d'éducation a été retenu. Ceci permet d'inscrire le mode de rémunération dans le cadre des contrats de santé publique. Ce forfait est de cent quatre-vingt euros pour six consultations de trente minutes par an et par patients. La base de calcul est renseignée par l'Assurance maladie. Les consultations sont attestées par le retour à l'URML de Bretagne du double des grilles de suivi du risque cardio-vasculaire contenu dans le dossier de prévention. Ce forfait sera versé à l'issue du programme, un an après le début des inclusions. De plus, les journées de formation sont indemnisées (environ quarante euros par heure).

Les infirmières se disent *satisfaites* de la rétribution financière qu'on leur octroie « le forfait nous convient bien » (PSL 3). Elles considèrent que la rémunération est « plutôt correcte » (PSL 4), en particulier si elles la comparent à celle apportée à la suite d'un acte de toilette d'un patient, ou de prise en charge d'une personne handicapée en terme de pénibilité.

Certains propos sont cependant *critiques* : les consultations spécialisées que ces professionnels réalisent demandent du temps. Leur investissement supplémentaire nécessiterait selon elles une compensation : « Si on dépassait les six heures, oui on demanderait plus... Pour le temps que l'on consacre, on demanderait plus si on pouvait » (PSL 1 et 2). Ce qui est contraire à

la notion de forfait. En effet, tout dépassement en temps ou en nombre de consultations n'est à priori pas pris en charge par le projet : « on est rétribué pour faire six consultations d'une demi heure... On (n') est pas rémunéré davantage, si on fait plus » (PSL 1 et 2).

Devant ces propos, une certaine distance est de mise vis-à-vis de leur rémunération. Elles se disent satisfaites de leur mode de rémunération mais elles insistent sur l'importance de l'investissement à fournir, ce qui revient à exprimer un certain mécontentement même si elles ne le disent pas franchement. Seule une infirmière va remettre en cause sa participation au réseau en raison de la faiblesse de la rémunération accordée « S'il n'y a pas d'importance pour la rémunération, ça n'aura pas d'importance pour nous non plus » (PSL 5). La question financière est sensible. Parler de l'aspect financier peut paraître tabou ou déplacé dans des métiers de soins. Les réponses seraient-elles différentes si elles étaient recueillies par questionnaire ? Le statut même de l'enquêteur constitue-t-il un frein à la libre expression des paramédicaux sur ce sujet ?

Leurs propos sont emprunts d'une certaine ambiguïté. Elles acceptent cette rémunération mais en sont-elles réellement satisfaites ? Il existe bel et bien un conflit entre la rémunération à l'acte et le forfait. Les infirmières sont-elles prêtes à adopter ce mode de rémunération ? Le fait qu'elles placent les consultations de prévention sur leur temps de repos incite à penser que la rémunération à l'acte est préférée. Les consultations de prévention peuvent-elles se développer si le niveau de rémunération

n'atteint pas celui des actes techniques effectués dans leur pratique courante ? La volonté affichée de participer à des actions de prévention repose-t-elle sur des bases solides ?

Dépassant le débat sur les aspects financiers, les infirmières soulignent que leurs « motivations ne sont pas financières » (PSL 6). Pour elles, l'important n'est pas la rémunération mais le service rendu à une population dont l'infirmière a la charge. « C'est un travail nouveau, on ne compte pas le temps que l'on donne » (PSL 5), « mais de toute façon, ça ne va pas être dirigé par la réflexion de combien ça rapporte, mais par le besoin de la personne » (PSL 4). Les infirmières soulignent bien la distinction qu'elles font entre les actes de leur activité quotidienne (curative) rémunérés à l'acte et le travail de prévention rémunéré au forfait. « On ne peut pas comparer cette rémunération par rapport à nos actes » (PSL 1). Le but affiché des infirmières est donc d'améliorer la santé des patients qu'elles suivent. Mais derrière cette implication, les infirmières souhaitent non pas une reconnaissance financière (appréciée et justifiée) mais une reconnaissance professionnelle surtout. « Mais moi, c'est surtout un peu plus de reconnaissance » (PSL 1).

III- LA FONCTIONNALITÉ DU PROJET.

3.1. L'ORGANISATION TEMPORELLE ET SPATIALE.

3.1.1. Le nombre et la durée des entretiens. La période des consultations.

- Le nombre et la durée.

Les objectifs sont variables. Le nombre de consultation observée est variable ; il passe de un à six en fonction des infirmières. Le temps nécessaire à la réalisation des entretiens a été sous estimé au départ. Une durée moyenne d'une demi-heure était prévue or les entretiens durent environ *une heure*. « Le temps des consultations dépasse le plus souvent une demi-heure, plus souvent le double voire le triple » (PSL 2).

Toutes nos interlocutrices ont insisté sur ce problème et avancé diverses explications. Le dépassement de temps des entretiens est considéré comme normal « on ne compte pas le temps que l'on donne » (PSL 5). Par ailleurs, la première consultation nécessite davantage de temps car c'est un moment consacré à la connaissance du patient, à l'évaluation de son environnement « Le temps de se connaître, de se présenter... » (PSL 3), « on ne se connaît pas du tout » (PSL 4). Les consultations suivantes sont moins longues mais dépassent la plupart la demi-heure. « On a des objectifs, on les cible beaucoup plus vite » (PSL 3). Au cours de ces premiers entretiens, les infirmières réexpliquent le plus souvent le programme de prévention aux patients, précisent les objectifs insuffisamment compris. « Le fait de parler des objectifs tout ça, revoir avec lui le programme, parler des objectifs, savoir ce que l'on peut mettre en place et puis à la fin de l'entretien, il y avait ce dossier à remplir » (PSL 3).

- La période des consultations.

Les infirmières doivent conjuguer à la fois ces consultations de prévention et leur activité libérale au quotidien. Elles ont prévu un moment spécifique pour ces consultations dans leur planning qui est le plus souvent pris sur leur temps de repos. Plusieurs facteurs sont en cause. Ce sont des contraintes d'organisation du cabinet, des contraintes vis-à-vis de leurs collègues et des contraintes d'ordre personnel « On ne peut pas aménager ces consultations sur notre temps de travail. Ce serait trop compliqué. On a notre tournée à faire » (PSL 1).

Ensuite, le moment de la journée est différent selon les infirmières. Certaines ont choisi la fin de journée parce que ce moment leur convient le mieux et parce qu'elles veulent être disponibles pour les patients « pour (leur) liberté d'esprit personnelle » (PSL 6). Elles ne veulent pas être dérangées par les coups de téléphones au cabinet « en fin d'après-midi vers dix-huit heures ou en soirée... Pour être disponible (que) pour ça. Pour ne pas être la montre en main à se dire il faut que je parte parce que j'ai une injection à... » (PSL 3). L'autre raison avancée pour justifier ce choix est la disponibilité des patients eux-mêmes car c'est « une

population relativement jeune et donc encore active pour la plupart » (PSL 6).
Pour d'autres, le moment choisi est le début d'après-midi « les rendez-vous, je les fixe en général l'après-midi » (PSL 4).

3.1.2. Le lieu des consultations.

Les consultations sont réalisées soit au cabinet infirmier soit au domicile des patients. Le plus souvent les patients sont accueillis à leur cabinet. Une infirmière évoque les deux possibilités « je pense que les deux sont bien » (PSL 6). Mais le choix du lieu des consultations est surtout fixé en fonction du patient.

Le cabinet infirmier permettrait d'impliquer le patient dans sa démarche de soin. Si l'un des objectifs fixé pour ces patients est la reprise d'activités physiques, le déplacement au cabinet serait susceptible de les motiver en ce sens « au cabinet pour justement que les gens se déplacent et bougent un peu » (PSL 3), « Je pense que pour des gens qui auraient plus de mal à se motiver, à être régulier » (PSL 6).

Pour une autre de nos interlocutrices, il s'agit par là de différencier la consultation d'éducation thérapeutique du soin habituel au domicile du patient « si l'on veut différencier la séance dite d'éducation thérapeutique du soin infirmier habituel, ça peut être aussi une manière de marquer les choses » (PSL 6).

Le choix du *domicile* des patients peut présenter un intérêt dans la démarche de soin car il permet de mieux appréhender l'environnement dans lequel ceux-ci évoluent, ce qui permet éventuellement de réaménager le projet de soins. « Je suis allé voir les patients chez eux ... C'est bien d'aller à leur domicile et que cela permettait de percevoir des choses de leur environnement » (PSL 6). Ce lieu peut être simplement choisi dans un souci de simplification de l'organisation du temps de travail du professionnel « il faut choisir un créneau qui ne gêne pas les autres » (PSL 6).

3.1.3. Au total : peu d'impact.

Du point de vue organisationnel, le projet a sur évalué l'importance numérique des consultations de prévention. Les professionnels de soins libéraux ont réalisé sur un an un nombre limité de consultations. Mais surtout, la durée de chaque consultation a été largement sous estimée rendant difficile un réel investissement sur la durée.

Par ailleurs, les infirmières rendent difficilement compte de leur participation au projet Prévarance. Elles considèrent qu'elles n'ont pas assez de recul à ce jour (un an après le démarrage du projet) « On peut difficilement ... faire une mise au point, faire un bilan ; ça démarre vraiment quoi. C'est vraiment le début... On a très peu de cas concrets » (PSL 2).

En effet, actuellement les consultations sont trop peu nombreuses et leur impact sur leur activité est limité. Plusieurs explications ont pu être évoquées pour expliquer cette situation « il y avait plusieurs mois qui se passaient... » (PSL 3). La première étape constitue en soi un frein au recrutement. Le médecin généraliste doit s'impliquer activement dans la recherche des patients à inclure (60 % d'inclusion), ce qui n'est pas forcément évident et dépend avant tout de leurs motivations et donc de leur intérêt pour la démarche « ...au niveau de certains médecins... ça se voit sur le tableau des inclusions. Il y a des médecins qui ont zéro même à ce jour... ça baisse la crédibilité, la valeur du projet ... C'est pour ça, si les médecins ne recrutent pas des gens, nous on n' en aura pas de gens » (PSL 4). Lorsque le patient est inclus dans le programme, la consultation avec l'infirmière relève de sa propre initiative. « Il y avait tout un cheminement qu'il fallait qu'il fasse... Le patient travaille sur ce projet, le digère » (PSL 3). Le temps qui s'écoule entre la consultation du médecin et celle de l'infirmière peut être long et représente vraisemblablement le temps nécessaire au patient pour accepter ses problèmes ou d'accepter l'idée qu'il peut entrer dans une démarche active pour les régler au moins en partie.

Il est sans doute prématuré d'établir un bilan de la participation des infirmières au projet. Cette participation n'a pour le moment que peu de retentissement sur leur activité quotidienne. Il s'ensuit une relative démobilitation : pour rester impliquées dans le projet, il sera nécessaire que leur activité augmente relativement rapidement, faute de quoi les bénéfices attendus des formations seront perdus. « ... les bénéfices de la formation s'estompent avec le temps qui passe. Parce que si vous attendez quelque chose que vous n'utilisez jamais... hein, c'est pour tout le monde pareil » (PSL 4). Il faut souligner que si tous les paramédicaux ont intégré ces consultations dans leur activité quotidienne, celles-ci sont proposées sur des plages horaires non concernées par les activités habituelles. Ainsi, il serait intéressant de voir l'impact de ces consultations à l'avenir quand le projet sera réellement lancé. La question se posera alors de la pérennité de ces consultations. Les infirmières pourront-elles assumer ces consultations ? Y aura-t-il un conflit entre le temps nécessaire pour réaliser ces consultations et leur travail quotidien ? Vont-elles réaménager le fonctionnement de leur cabinet pour intégrer les consultations de prévention à leur activité quotidienne ? Par la suite, il sera possible de dire s'il serait préférable de continuer à inclure dans le projet ces paramédicaux conjuguant ces consultations de prévention et leur travail quotidien ou plutôt de s'orienter vers d'autres professionnels de soins qui travailleraient uniquement dans le cadre du projet. Pour le moment, l'évolution de leur rôle reste flou « On va avoir pas mal de patients à venir et à suivre. Mais pour le moment, on ne sait pas trop à quoi s'attendre, on ne peut pas savoir » (PSL 2).

3.2. LE DOSSIER PATIENT.

3.2.1. Le but.

Le dossier patient a pour but d'être le support d'un projet thérapeutique. Le patient a le dossier patient auprès de lui. Il l'emmène avec lui à chaque consultation auprès d'un professionnel de soin libéral. Il permet de faire le lien entre les différents participants à la démarche : médecins, infirmières, diététiciennes. Cela permet de suivre le patient au cours de sa démarche au travers de synthèse de consultations. « C'est important quand même. Le classeur permet de faire remonter les informations. C'est le compte rendu de la consultation de chacun » (PSL 2). « En tout cas, c'est un outil très important. C'est un guide pour que l'on puisse poser des questions... pour ne pas perdre le fils » (PSL 5).

3.2.2. Les difficultés.

- Compliqué.

Il est clair que les infirmières ont bien compris l'importance du dossier patient dans le projet de soins du patient. Ce type de support est inscrit dans leur culture professionnelle. Les termes de « lien » et de « suivi » sont utilisés pour qualifier le rôle de ce support. Elles ressentent cependant des difficultés pour se l'approprier.

Cet outil de travail leur paraît trop compliqué à remplir et d'une manipulation peu commode. « Le classeur n'est pas un bon outil de travail... Il y a plein de feuilles, il (n') est pas facile à appliquer. Il n'a pas été du tout exploité... D'ailleurs, un de nos collègues, Mr ..., ne l'utilise même pas. » (PSL 2). Le nombre d'items à cocher pour chaque thème de travail est trop important, « parfois trop limitatif, parfois trop ciblé » (PSL 6), gâchant la lisibilité du support. « Tout n'était pas très bien lisible. J'essaye de l'utiliser, mais ça me perturbe » (PSL 2). En général, le remplissage des items leur est apparu déconcertant « il y avait des pages où on ne savait pas ce qu'il fallait mettre ou ne pas mettre » (PSL 7).

Un autre interlocuteur, cherchant à illustrer cette difficulté, nous montre un dossier, n'arrive pas à s'y retrouver, tourne, et retourne ses pages en vain. « Je ne sais même plus où c'était (en me montrant un exemplaire). Je l'avais auparavant auprès de moi. Je l'avais déjà feuilleté » (PSL 3).

Les infirmières ont donc des réticences vis-à-vis de ce support, des difficultés à se l'approprier. Certaines mettent en avant un manque de formation à l'utilisation du dossier. « On n'a pas suffisamment travaillé dessus ensemble sur des cas concrets. Travailler. Travailler ensemble » (PSL 2). La prise en mains initiale s'est faite lors du lancement du projet. « On nous l'a donné le dernier jour. Voilà, il est comme ça » (PSL 2).

D'autres auraient aimé participer à l'élaboration du dossier car elles sont les principales utilisatrices de cet outil « cela aurait été bien qu'on participe à l'élaboration de ce cahier finalement, parce que l'on ne s'y retrouvait pas forcément » (PSL 6).

D'autres soulignent la difficulté qu'il y a à s'approprier un outil lorsque l'on n'a pas ou peu l'occasion de l'utiliser « Il fallait se familiariser avec le classeur et la dernière consultation que j'ai faite, je savais où j'étais » (PSL5).

Les diététiciennes partagent cette opinion. L'une le trouve trop compliqué et son contenu n'est pas forcément adapté à leur pratique quotidienne. Elles auraient souhaité comme les infirmières participer à son élaboration.

- Relation.

Conjuguer un travail d'écoute et de remplissage du questionnaire est une difficulté ressentie. Les professionnels rencontrés ne veulent pas que cette partie administrative vienne perturber leur relation avec le patient. La relation de confiance découlant de ce colloque singulier pourrait disparaître. Ces « démarches administratives » (PSL 4) pourraient nuire à la qualité de l'entretien. Alors, certaines infirmières ont choisi de remplir le dossier pendant la consultation et d'autres préfèrent faire une synthèse à la fin de la consultation. « Parce que je faisais ça comme ça sans vraiment prendre de notes et à la fin de l'entretien, j'ai revu avec le patient pour remplir le dossier » (PSL 3). La synthèse peut se résumer à quelques lignes : « Très motivé car a perdu quatre kilos, déçue parce que machin... Je fais plus une synthèse à la fin » (PSL 1).

- confidentialité.

Ce dossier est en fin de compte une « boîte noire » traitant de l'évolution du patient dans l'acquisition des compétences. Il renferme une multitude de renseignements concernant le patient. On retrouve ses antécédents médicaux, les professionnels de soins qu'il a vu ... Qui peut avoir accès à ces documents ? Ont-ils une valeur quelconque s'il tombe dans les mains de tierces personnes ? Le problème de la confidentialité des données est posé.

Par ailleurs, le patient est dépositaire de son dossier. Il a la possibilité de consulter les résultats des entretiens réalisés avec les professionnels de soins. Le patient acceptera-t-il les remarques faites sur lui ? Ce fait induit des réticences à l'utilisation du dossier de la part des professionnels qui préfèrent s'adresser directement aux autres interlocuteurs pour parler de tel ou tel problème. « Euh...Il y a des choses qu'on a pas envie forcément de parler devant le patient aussi ... besoin d'avoir des relations en direct pour échanger éventuellement des impressions ou des questions sans que ça passe par le classeur » (PSL 6).

3.2.3. Au total.

Les professionnels de soins libéraux ont bien compris les objectifs du dossier patient dans la démarche de soins. En dépit des critiques formulées, il semble que ce classeur puisse à plus ou moins long terme être utile « Mais dans l'ensemble, je trouve qu'il n'est pas trop mal fait... » (PSL 4). Mais, on se rend compte qu'il est peu utilisé. Le dossier patient leur paraît compliqué, d'usage peu commode. Ce support n'est pas réellement maîtrisé par les paramédicaux. Plusieurs doléances ont été exprimées à maintes reprises ; les paramédicaux n'ont pas été consultés pour l'élaboration des questionnaires, les formations à l'utilisation du classeur ont été insuffisantes, la mise en pratique est jugée trop longue. Ce désintérêt pourrait être expliqué aussi par le facteur temps que leur demanderait l'apprentissage de ce dossier patient. Ce temps ne peut être indéfiniment élargi.

Face à ces critiques, on peut penser que le projet n'a pas accordé suffisamment de temps et/ou d'importance à ces professionnels de soins. Ce manque d'intérêt ressenti par les infirmières va alors à l'encontre même du principe de base du projet qui veut leur donner une place prépondérante.

3.3. L'ADHÉSION (PATIENTS, MÉDECINS, PARAMÉDICAUX).

3.3.1. Un contrat moral actif.

Il est rappelé que les médecins établissent un diagnostic éducatif et un projet de soins en accord avec le patient. Le patient et le médecin s'engagent à respecter les termes de ce contrat. C'est un contrat moral thérapeutique qui ne se veut pas coercitif. Mais le contrat n'a pas été signé.

Le projet a pour vocation de rendre autonome le patient. C'est à lui que revient la décision de voir tel ou tel professionnel de soins, de suivre les conseils donnés par les infirmières, ou d'arrêter le suivi. Son engagement va demander une certaine motivation de sa part « c'est au patient de faire la démarche de contacter une infirmière... C'est son choix. Il n'est pas dans l'obligation » (PSL 1), « il faut qu'il soit vraiment motivé pour la suite » (PSL 2).

Certains professionnels soulignent une certaine passivité chez quelques patients. « L'impression qu'il m'a donné en fait quand il est venu, c'est qu'il venait pratiquement avec sa prescription : « je viens voir une infirmière parce que le docteur ma dit de... » (PSL 3). Le patient est ici dans une position passive qui fait ce que le médecin lui dit parce que ce dernier sait ce qui est bon pour lui. « Quand je lui ai demandé s'il connaissait le programme Prévarance, bah il n'avait pas l'air trop au ... Sa motivation n'était pas... » (PSL 3), « il fallait que j'aille vous voir. Donc, je viens vous voir » (PSL 7).

Les paramédicaux regrettent de ne pas participer à cette charte. Elles se sentent mises à

l'écart dans la démarche de soin globale « ... démarche de rentrer dans le réseau, c'est un engagement. C'est un contrat thérapeutique signé avec le médecins, mais pas avec nous » (PSL 1).

3.3.2. Un suivi passif.

Le nombre de consultations de suivi des patients est en général faible. Plusieurs causes ont été avancées notamment la lenteur au démarrage du projet, expliquant le retard des consultations infirmières. Le plus souvent, les infirmières notent un manque d'adhésion des patients au projet de soins qui les concerne même si ces derniers semblent au départ très motivés « ... Ah oui, ils sont très motivés... parce que quand c'est tout frais, ils sont toujours volontaires de plein de choses » (PSL 6). Rapidement la motivation s'essouffle et une relance par les professionnels est nécessaire pour la maintenir. Ce qui s'inscrit en faux par rapport au principe affiché d'autonomie du patient « Il faut toujours un petit peu les relancer quand même. Ils ont l'impression d'avoir fait quelques efforts et bah ils seraient prêts à en rester là » (PSL 2).

Les infirmières sont libres de déterminer la fréquence des consultations de suivi sur l'année en fonction des besoins des patients. Elles font remarquer l'importance de ce rythme : « il faut de la régularité... Un premier rendez-vous, il faut qu'il soit suivi pas trop longtemps après d'au moins un autre... On voit bien que si on laisse l'élastique se détendre, bah effectivement on a moins de prise... Il faut maintenir... ce contact » (PSL 6).

La plupart des infirmières fixent une date pour la prochaine consultation afin d'améliorer l'adhésion des patients au projet. « Pour la soutenir, je lui avance un rendez vous pour dans un mois » (PSL 1).

D'autres infirmières vont relancer leurs patients lors de rencontres fortuites à la suite d'un soin au domicile d'un conjoint ou d'une rencontre en ville.

D'autres s'interrogent sur l'utilisation qui pourrait être faite du téléphone. « Je pense qu'il faut peut-être aussi imaginer d'autres formes que la séance d'éducation... Je pense que le téléphone, c'est un lien » (PSL 6). Le téléphone pourrait être utilisé soit pour relancer les gens, soit pour faire un état des lieux dans leur projet. Ce coaching par téléphone paraît adapté à la situation ; il fait gagner du temps aussi bien aux professionnels qu'aux patients. La limite du téléphone est qu'il ne faut « pas se substituer aux consultations de suivi » (PSL 6) plus traditionnelles.

Au total, les paramédicaux rendent compte de la difficulté à maintenir les patients dans le programme. Elles essayent de pallier ce problème récurrent en suivant avec *régularité le patient*. « C'est du rabâchage, des piqûres de rappel » (PSL 9). Les méthodes utilisées s'inspirent du *coaching*. Mais, les infirmières soulignent aussi l'ambiguïté de cet accompagnement qui s'inscrit contre le principe même d'autonomie du patient. La prise en charge des maladies chroniques accorde actuellement au patient une place de plus en plus importante dans la gestion de sa maladie. Le projet reprend ce principe en affirmant l'autonomie du patient dans sa démarche de

soins. Mais face au manque d'adhésion des patients, les paramédicaux tentent d'y remédier ce qui pose plusieurs questions. Quel degré d'autonomie doit-on accorder au patient ? Jusqu'où le soignant peut-il intervenir ? Le projet doit-il être directif au départ ? Peut-on parler d'autonomie totale, partielle ou progressive ? Quel professionnel de soin serait le plus adapté à cette fonction : les infirmières, les diététiciennes ou les médecins ? Les médecins auraient « un impact (plus important) pour qu'il revienne car l'ordre serait donné par un supérieur (rires) » (PSL 5).

3.3.3. L'adhésion des autres professionnels de soins.

- Les médecins :

Les objectifs d'inclusion fixés initialement ont été respectés. Les médecins, responsables de cette partie de dépistage des patients à haut risque cardio-vasculaire, ont quasiment tous répondu positivement. Une minorité (un ou deux médecins) a rempli de justesse leurs quotas. Les autres ont largement dépassé leurs objectifs. Il faut rappeler que la période initiale d'inclusion a été prolongée de quelques mois (fin 2008).

Malgré l'investissement des médecins dans le dépistage, les infirmières ont été confrontées à des difficultés. Les réunions de formations continues ont été trop axées sur la grille d'inclusion pour les médecins. De plus, elles regrettent que certains dossiers de patient ne contiennent pas de projet thérapeutique. « Le médecin... n'avait pas rempli le classeur » (PSL 6), « il n'y avait pas vraiment (d'objectifs). C'est très bizarre. Le dossier patient n'était pas bien rempli » (PSL 7). L'implication des médecins dans le projet fait l'objet d'une autre étude ; il serait intéressant de compléter cette étude en recueillant les points de vues de chaque intervenant participant au réseau : les infirmières, les médecins, les patients.

DISCUSSION

Les réseaux de santé se développent depuis plusieurs années maintenant. Ils proposent une nouvelle organisation des soins en réponse aux préoccupations actuelles de santé. Ils affichent de nombreux objectifs (32) : améliorer la qualité et la continuité des prises en charge, favoriser la complémentarité entre les professionnels de santé tout en améliorant leur formation, détecter au plus tôt la survenue des complications de certaines maladies chroniques, mettre en place des programmes d'éducation pour la santé, rendre possible une alternative à l'hospitalisation, etc. Ainsi, les réseaux de santé se présentent comme des formes d'organisations nouvelles des soins primaires.

L'étude de ces dix entretiens réalisés auprès des professionnels paramédicaux permet d'établir une certaine réalité du projet Prévarance à un moment donné de son développement. Il semble intéressant de déterminer comment les différents acteurs, en particulier les infirmières et diététiciennes, vivent cette nouvelle organisation des soins et les activités nouvelles qui leur sont proposées. Les infirmières semblent présenter les compétences nécessaires. Toutefois, il existe de nombreux paramètres influençant leur travail ; des *facteurs intrinsèques* à leur profession et des *facteurs extrinsèques* liés aux autres acteurs et au projet Prévarance en lui-même.

I- FACTEURS INTRINSÈQUES À LA PROFESSION INFIRMIÈRE.

1.1. LES MOTIVATION DES INFIRMIÈRES.

Le projet Prévarance réunit un ensemble de professionnels de soins libéraux de spécialités différentes autour du patient. Les professionnels de soins paramédicaux sont *motivés par le thème* en lui-même. Ils sont conscients des nombreuses conséquences que peuvent entraîner les maladies cardio-vasculaires. Ils voient dans cette expérience un moyen de *diversifier* leur activité. Ils y voient une opportunité pour *changer* leurs méthodes de travail afin d'améliorer la prise en charge des patients par des séquences pédagogiques d'éducation *formalisées*.

Ce projet en soi est unique et singulier. Il rejoint une réalité commune à toutes ces nouvelles formes d'organisation de restructuration des soins primaires en France. L'ambition de cette expérimentation est de créer des échanges, des coopérations pour permettre de décroiser les champs d'activité curative préventive et les champs interprofessionnels médecins corps paramédicaux. Le projet se veut être un vecteur du *changement par le partenariat*. Il s'agit là d'une évidence en apparence au vu de l'analyse réalisée auprès des professionnels de soins libéraux paramédicaux, notamment les infirmières, du projet Prévarance.

1.2. UNE RECONNAISSANCE PROFESSIONNELLE.

L'application du projet ne correspond pas forcément à la réalité du terrain. L'investissement des infirmières au projet est inégal. Au-delà de la volonté commune de

l'amélioration de la prise en charge de patients, les infirmières sont animées de revendications bien plus corporatistes. Elles expriment la volonté de diversifier leurs activités par rapport à leur activité quotidienne, de ne pas rester isolées au sein de leur cabinet. Elles espèrent une reconnaissance de leur profession par les autres professionnels de soins notamment par le corps médical. La profession infirmière est peut-être victime de son histoire (12).

Il paraît évident que les intérêts de chaque corps professionnel sont multiples et divergents. Cette *volonté identitaire* constitue un frein au développement des interactions interprofessionnelles. Une relation de confiance entre les différents acteurs doit être établie dès les origines du projet. Chacun doit se sentir compris et respecté par les autres. Une relation d'équité doit s'installer ; ne pas méconnaître les métiers de chacun pour tendre vers une culture commune.

2- FACTEURS EXTRINSÈQUES À LA PROFESSION INFIRMIÈRE.

2.1. LES AUTRES ACTEURS : LES MÉDECINS ET LES PATIENTS.

- Relation prescriptive médecins auxiliaires médicaux.

La relation prescriptive du médecin envers le corps infirmier fait partie de la culture médicale. Les infirmières, comme les autres paramédicaux, travaillent surtout sur prescription médicale, ce qui n'exclue pas une marge d'initiative au contact du patient. C'est à ce moment que la notion de projet de soins infirmiers prend tout son sens. Les paramédicaux acquièrent une nouvelle compétence encadrée avec un raisonnement clinique, un processus décisionnel débouchant sur un acte. Le cas de la consultation infirmière en est la parfaite illustration. Cette logique d'exécution ne peut avoir lieu dans ce projet.

Il existe en effet une problématique d'organisation dans cette dynamique de coopération entre les professionnels de soins libéraux. Les infirmières et diététiciennes n'arrivent pas à se positionner dans le projet. Elles ressentent parfois leur rôle de coordination comme un rôle de triage. Elles réalisent les consultations de prévention dans une stricte logique d'exécution de la prescription médicale. La différence qui se trouve entre un *transfert d'actes* et un *transfert de compétences* introduit la symbolique de hiérarchisation. Cela va à l'encontre même du projet : favoriser des relations égalitaires pour développer les soins centrés sur le patient selon une organisation horizontale.

- l'adhésion des médecins et des patients.

Tout comme les paramédicaux, les médecins sont impliqués de manière inégale dans le projet. Le premier temps médical, c'est-à-dire le recrutement des patients, a rencontré quelques difficultés comme en témoigne l'allongement de la période d'inclusion. Les difficultés vécues lors de cette phase ont retardé la mise en pratique des consultations d'éducation thérapeutique. Il n'est pas possible dans le cadre de ce travail de connaître les motivations de ces professionnels de soins médicaux.

Par la suite, les professionnels de soins libéraux soulignent la difficulté à maintenir les patients dans le programme. La prise en charge des maladies chroniques accorde actuellement au patient une place de plus en plus importante dans la gestion de sa maladie. Le réseau reprend ce principe en affirmant l'autonomie du patient dans sa démarche de soins : de patient, il devient acteur. Mais face au manque d'adhésion de ces derniers, les paramédicaux tentent d'y remédier ce qui pose plusieurs questions : quel degré d'autonomie doit-on accorder au patient ? Peut-on parler d'autonomie totale, partielle ou progressive ? Quel professionnel de soins serait le plus adapté à cette

fonction ? Le projet doit-il être plus directif au départ ? Autant de questions qui nous amènent à nous interroger sur le projet en lui-même.

La rencontre avec d'autres acteurs tels que les patients et les médecins aurait enrichi la discussion. Dans ce contexte, deux autres thèses sont en cours abordant ces deux autres points de vue. A ce jour, il n'a pas été possible de finaliser ces contacts auprès des deux autres confrères.

2.2. LA FONCTIONNALITÉ DU PROJET PRÉVARANCE.

- Les formations.

Le projet réunit un ensemble de *professionnels complémentaires*, formant une équipe au service du patient. Il est donc primordial d'uniformiser les connaissances grâce à des formations initiales et continues afin d'avoir un discours commun.

Selon les professionnels, il semblerait que les formations *initiales* soient insuffisantes à l'appropriation du protocole de prévention notamment celles concernant le dossier de soins patient. De plus, les formations *continues* organisées sous forme de réunions trimestrielles ne répondent pas aux attentes des infirmières et diététiciennes. Elles interviennent peu dans ces échanges. Le travail d'évaluation est essentiellement tourné vers les médecins. Effectivement, durant ces synthèses, les infirmières prennent peu la parole et finalement leur avis est peu pris en compte. Il leur paraît ainsi difficile de faire part de leurs points de vue, de leurs ressentis aux autres praticiens libéraux.

Le projet pourtant, se doit d'être un outil d'échanges constructif, *adaptable*. Des solutions ont été proposées pour rapprocher les médecins et les infirmières par la création d'un poste d'assistance de recherche clinique. Mais, cette démarche ne rencontre pas l'effet escompté puisque le travail de cette ARC s'est axé principalement sur les difficultés rencontrées par les médecins. Les infirmières ont également demandé des formations plus approfondies sur l'éducation thérapeutique. Ces souhaits sont restés sans suite.

Quels éléments peuvent expliquer ce sentiment d'inégalité d'écoute ? En prenant la parole les infirmières et diététiciennes ont-elles peur d'un jugement de valeur ? Les paramédicaux auraient-ils été davantage pris en compte si la coordination avait été attribuée à une infirmière ? Le dossier patient, outil essentiel du travail infirmier illustre bien le manque d'écoute. Elles n'ont pas été consultées lors de son élaboration.

Le projet ne devrait pas *reproduire les clivages et le cloisonnement du système existant*. Il est donc nécessaire d'élaborer de nouvelles façons de travailler. Pourtant il est difficile de changer les rapports sociaux. La coopération n'est pas une association de principe de plusieurs professionnels. Pour être efficace, opérationnelle et réaliser les objectifs escomptés, elle doit favoriser les échanges, l'écoute, le partage des compétences professionnelles. Il faut veiller à la participation de chacun. Il paraît difficile pour les acteurs du projet de modifier leurs pratiques antérieures. Le principe des réunions pluri-professionnelles pourrait-il être repris pour la réalisation des consultations afin d'obtenir une unité de lieu favorisant ainsi les échanges ?

- Libéralisme et rémunération.

Accorder davantage de responsabilité à la médecine de ville dans les soins primaires est une chose. Son application à l'exercice libéral en est une autre. Effectivement, la problématique majeure est que les hospitaliers ont un « autre rapport au temps » (29) par rapport aux professionnels de soins libéraux. Les principes du système libéral prennent le pas sur l'enthousiasme affiché au départ de l'expérience.

L'analyse des différents entretiens montre que les infirmières organisent les consultations spécifiques sur des plages horaires non concernées par leur activité professionnelle « ordinaire ». Elles n'intègrent pas les consultations de prévention à leur activité quotidienne libérale. Elles justifient ce mode de fonctionnement par un manque de temps et une valorisation financière inadéquate. En effet, les infirmières n'ont pas suffisamment de *disponibilité* à accorder à ces consultations du fait de leur emploi du temps libéral. Ce qui renvoie à la problématique de la rémunération. L'implication est fonction de l'importance de la rémunération accordée pour cette nouvelle compétence. Elles perçoivent leur travail dans le projet comme une *charge de travail supplémentaire*. Ces activités ne sont pas rémunérées (réunions) ou insuffisamment rémunérées

(consultations) car elles n'effectuent pas d'actes au sens de l'Assurance maladie. La rémunération forfaitaire leur paraît non adaptée compte tenu de leur implication : réalisation des consultations de prévention, les rencontres interdisciplinaires, la constitution du dossier patient, les informations aux patients...

Ces constats renvoient au profond attachement de ces professionnels aux principes d'une activité libérale et en particulier à la rémunération à l'acte. Leur implication dans le projet peut s'en trouver affectée. Les propositions de rémunérations proposées ne semblent pas rencontrer le succès escompté. La réflexion doit être approfondie sur le mode de rémunération. Faudrait-il envisager un statut salarié avec la création de postes infirmiers dédiés uniquement à ces consultations (mais allant à l'encontre du principe d'une approche populationnelle), développer des incitations financières en prenant en compte le temps consacré au patient, proposer une rémunération pour les staffs de ville... Un recrutement basé sur le volontariat et le bénévolat des libéraux pallierait-il à toutes ces interrogations ?

Il aurait été intéressant de se pencher sur les raisons qui ont amené les infirmières vers un exercice libéral. Une des raisons possibles à cette orientation professionnelle pourrait être le désir de s'affranchir de la relation hiérarchique hospitalière. Ces professionnels s'orientent vers une pratique plus isolée, individuelle, faiblement coordonnée et avec une activité prioritairement curative. La nature même de leur activité fait d'eux des travailleurs indépendants. La question qui se pose par la suite est de savoir si ces professionnels libéraux initialement individualistes vont tendre vers une coopération interprofessionnelle à vocation préventive ? Ne vont-ils pas craindre à un retour vers un système hiérarchisé ? N'est-il pas contradictoire de demander à des professionnels libéraux de participer à une expérience commune en contradiction avec leurs convictions initiales ?

- L'évaluation.

Le principe d'évaluation fait partie intégrante des réseaux de santé comme tout autre structure de soins. L'évaluation est à la fois une condition de financement des réseaux et une démarche qualité permettant l'adaptabilité de la structure pour le bien du patient. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (32) impose la réalisation d'évaluations au terme de chaque période de financement. Les évaluations se présentent sous la forme de rapport d'activité annuel et de rapport d'évaluation triennal.

Les évaluations réalisées en 2007 (41) ont porté sur 10 % des réseaux existants. 70 % d'entre eux ne sont désormais plus financés. Compte tenu de la politique menée sur la maîtrise des dépenses de santé, les fonds publics devront être destinés aux projets les plus viables et répondants aux objectifs.

Il en est de même pour les autres projets de coordination des soins. L'essor des *maisons de santé pluridisciplinaires* devra répondre à des exigences pour pouvoir exister dans le paysage

de l'offre des soins primaires. Pour que les maisons médicales pluridisciplinaires ne soient pas dans l'avenir simplement un rapprochement géographique de professionnels, il faudra qu'elles puissent élaborer un réel projet de santé adapté aux territoires concernés. Pour cela il faudra imaginer et pérenniser une formation, une logistique et des moyens financiers spécifiques.

CONCLUSION

La structuration de l'organisation des soins est inscrite sur l'agenda des politiques publiques. La loi du 13 août 2004 sur la réforme de l'Assurance maladie a modifié l'accès aux soins des usagers. La réforme du médecin traitant et du parcours de soins coordonné a initié la structuration de l'offre. Aujourd'hui, les réseaux tentent de répondre aux préoccupations actuelles des politiques de santé (circulaire DHOS mars 2007) : assurer une prise en charge globale du patient en décloisonnant les professionnels de soins pour garantir au patient la qualité, la sécurité et la continuité des soins, tout en s'appuyant sur la notion de réseau territorial (SROS 3^e génération).

Le projet d'amélioration de la prise en charge des patients à haut risque cardio-vasculaire sur le territoire de Dinan connaît un *enthousiasme initial important* de la part de ses acteurs. Le fait que la grande majorité des médecins généralistes du secteur de Dinan participent à des Groupes de pratiques (Groupes Qualité) a très probablement été un facteur favorisant. Les médecins coordinateurs ont essayé d'insuffler une certaine *dynamique globale* au sein d'un groupe de professionnels de *soins différents et complémentaires*. Cet esprit s'est clairement ressenti lors des réunions trimestrielles et dans ses newsletters. Même si ces rencontres ne sont pas parfaites au vu des résultats de cette étude, l'expérimentation a permis aux acteurs libéraux de se rencontrer, d'échanger leurs opinions, leurs pratiques professionnelles autour d'un même objectif (notamment celles des diététiciennes vis-à-vis des infirmières). De plus, les infirmières ont recherché une certaine reconnaissance de leur profession vis-à-vis des autres professions libérales.

L'organisation en réseau peut constituer une orientation possible de l'offre de soins, « sans pour autant s'y substituer » (6). Il ne doit pas être un système de soins à part entière. Il existe par et pour les professionnels de soins et leur patient. Le projet propose un autre système de communication pour améliorer les connaissances et la coordination des différents professionnels. Mais, ce projet a révélé des dysfonctionnements évidents dans l'organisation même du projet et dans l'implication de ses acteurs. De nombreux facteurs peuvent freiner le développement du projet qu'ils soient liés aux paramédicaux ou inhérents aux autres acteurs de l'expérimentation. Pour répondre aux besoins des patients, l'élaboration du projet doit *s'adapter de façon équitable* aux spécificités des différents professionnels de santé. Le projet doit être *une structure dynamique* pour impliquer les professionnels paramédicaux à cette nouvelle prise en charge. Le projet doit favoriser davantage les coopérations interprofessionnelles : *définir plus clairement les rôles* des infirmières, redéfinir leurs champs d'intervention pour ne pas recréer des cloisonnements, *améliorer les formations, repenser leur rémunération et le dossier patient*.

Le comité de pilotage est probablement conscient de ces problèmes et tentera d'y remédier à l'avenir. Les médecins généralistes et les autres professions paramédicales sont des acteurs essentiels en ce qui concerne les soins primaires. Le projet ne répond pas à toutes les difficultés du système de soins. Il permet de dire que d'autres formes de soins primaires sont envisageables et de rendre compte de l'intégration des différents acteurs. Le volontarisme de quelques professionnels et un objectif commun ne permettent pas eux seuls de faire fonctionner un projet de ce type. Il est nécessaire pour chaque acteur de définir et de comprendre les objectifs pour aboutir à un ajustement de l'offre de soins plus approprié aux besoins des patients au sein d'une structure organisationnelle véritablement horizontale.

Quand à l'efficacité médicale et économique, il est encore trop tôt pour se prononcer. De plus, il existe peu d'éléments sur l'impact des réseaux, ce qui constitue pourtant l'un des principaux motifs initiant la démarche. Le concept de coopération nécessite un échange de ressources, d'informations, de pratiques de meilleure qualité afin de perdurer et recevoir les fonds nécessaires à son développement.

Le réseau est-il une « formidable » opportunité ? Sans doute oui pour franchir une étape culturelle ou résoudre un défaut d'organisation et pour montrer ce que le réseau peut apporter aux professionnels de soins et aux patients, à condition que chaque acteur intervienne en amont, dans son élaboration, en prenant en compte ses problématiques spécifiques pour que le projet soit cohérent et efficace à terme.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1.** La santé en France. Rapport général du Haut Comité de la Santé publique. Paris : La documentation française ; 1994.
- 2.** L'éducation pour la santé : un enjeu de santé publique. Ministère de l'emploi et des solidarités, ministère de la santé ; 28 février 2001.
- 3.** Loi n° 2000-06 du 23 décembre 2000 portant loi de finances pour 2001.
- 4.** J.-F. D'Ivernois, R. Gagnayre. Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique. 2^e édition. Édition Maloine ; 2004. 156 pages.
- 5.** Y. Berland. Mission « Démographie des professionnels de santé 2002 » ; novembre 2002. Rapport n° 2002135.
- 6.** Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux (DDR). Rapport de synthèse. IGAS ; mai 2006. Rapport n° 2006 022.

7. O. Piquet, A. Tréhony. Les indicateurs de mortalité prématurée en Bretagne et dans les départements bretons. ORSB ; septembre 2006.
8. Quelles dépenses de prévention en France. La Revue Prescrire ; février 2008. Tome 28 N° 292 page 145.
9. Article L. 4311-1 du Code de la santé publique. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004.
10. A. Huron. La profession infirmière. Mise à jour le 12 février 2007. Disponible : <http://www.infirmiers.com>.
11. A. Billaut, P. Breuil-Genier, M. Collet, D. Sicart. Les évolutions démographiques des professions de santé. Données sociales, la société française. Édition 2006, p : 555-566.
12. F. Midy. Les infirmières : image d'une profession. CREDES ; juin 2002.
13. Y. Bourgueil, A. Marek, J. Mousquès. La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens en Ontario et au Québec. IRDES n°95 ; juin 2005.
14. Arrêté du 13 décembre 2004 relatif à la coopération entre professionnels de santé. Journal officiel de la République française n°10 du 13 janvier 2005. Texte n°20.
15. Sibbald B., 2000, Inter-disciplinary working in British primary care teams: a threat to the cost-effectiveness of care ? Critical Public Health, vol 10, n°4, pp339-451.
16. F. Midy. Efficacité et efficience du partage des compétences dans le secteur des soins primaires. Revue de la littérature 1970-2002. CREDES n° 65 ; mars 2003.
17. Y. Berland. Mission « coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences. Rapport d'étape ; octobre 2003.
18. Article 131 n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
19. Y. Berland, Y. Bourgueil. Rapport : « cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professionnels de santé ». ONDPS ; juin 2006.
20. Arrêté du 30 mars 2006 modifiant et complétant l'arrêté du 13 décembre 2004 relatif à la coopération entre professionnels de santé. Journal officiel de la République française n° 83 du 7 avril 2006. Texte n°10.
21. ASALEE. Rapport d'étape ; 31 décembre 2006. Disponible : <http://www.sfsp.info/sfsp/agenda/documents/diaposprevention2/Asalee.ppt> HYPERLINK
["http://www.sfsp.info/sfsp/agenda/documents/diaposprevention2/Asalee.ppt"](http://www.sfsp.info/sfsp/agenda/documents/diaposprevention2/Asalee.ppt)
www.sfsp.info/sfsp/agenda/documents/diaposprevention2/Asalee.ppt

22. Y. Bourgueil, P. Le Fur, J. Mousquès, E. Ylmaz. L'intervention d'une infirmière de santé publique en cabinet de médecine générale pour le suivi des patients diabétiques de type 2. Évaluation médico-économique de l'expérimentation ASALEÉ. IRDES ; 2008.
23. Programme d'actions, de prise en charge et de prévention du diabète de type 2, 2002-2005. Ministère délégué à la santé ; novembre 2001.
24. Programme national nutrition-santé : PNNS 2001-2005. Ministère de l'emploi et de la solidarité, secrétariat d'état à la santé et aux handicapés ; janvier 2001.
25. Programme national nutrition-santé : PNNS 2006-2010. Ministère de la santé et des solidarités ; septembre 2006.
26. Programme national de réduction des risques cardio-vasculaires. Ministère de l'emploi et de la solidarité, ministère délégué à la santé ; 2002-2005.
27. D. Chaperon. Bilan de la mise en œuvre du SROS 1999-2004. Prise en charge des pathologies cardiovasculaires. SROS 3^{ème} génération. ARH de Bretagne ; octobre 2004.
28. Rapport OMS Europe. Éducation thérapeutique du patient. Mai 1998.
29. G. Levasseur, F-X Schweyer. Créer et piloter un réseau de santé. Éditions ENSP ; décembre 2002.
30. Article 29 de l'ordonnance N° 96-346 du 24 avril 1996.
31. Articles 22 et 25 de la loi N° 98-1994 du 23 décembre 1998 relative au financement de la Sécurité sociale pour 1999.
32. La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
33. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
34. Rich M.W., Beckham V., Wittenberg C., Leven C.L., Freedland K.E., Carney R.M.. A Multidisciplinary Intervention to Prevent the Readmission of Elderly Patients with Congestive Heart Failure. NEJM 333(18): 1190-1195.
35. A. Deccache, E. Lavendhomme. Information et éducation du patient, des fondements aux méthodes. Bruxelles : De Boeck Université ; 1989.
36. La consultation de prévention cardio-vasculaire en médecine générale. « Baromètres des pratiques en médecine libérale ». URMLB.

37. Décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L. 6321-1 du code de la santé publique.

38. Décret n° 2007-973 du 15 mai 2007 relative au financement de la Sécurité sociale pour 2007.

39. G. Hamonic. Rapport d'évaluation relative à l'implication des médecins généralistes dans le projet Prévarance ; Dinan. Mai 2008.

40. L. Albarello, F. Digneffe, J. Hiernaux, C. Matoy, D. Ruquoy, P. de Saint-Georges. Pratiques et méthodes de recherche en sciences sociales. Paris : Armand Colin ; 1995.

41. Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins. Rapport d'activité 2007. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative.

AUTRES RÉFÉRENCES CONSULTÉES

- 1.** A. Lacroix, J.P. Assal. L'éducation thérapeutique des patients. Nouvelles approches de la maladie chronique. Éditions Vigot, 1998, 205 pages.
- 2.** P. Gibelin. L'éducation thérapeutique, applications aux maladies cardio-vasculaires. Éditions Flammarion, 85 pages.
- 3.** D. Simon, P.-Y. Traynard, F. Bourdillon, A. Grimaldi. Éducation thérapeutique. Prévention et maladies chroniques. Édition Masson, 2007, 269 pages.
- 4.** G. Levasseur. Introduction aux méthodes de recherche. Université de Rennes 1, faculté de médecine, département de médecine générale. Année 2006, 2007, 77 pages.
- 5.** F-X Schweyer, G. Levasseur, G. Gardin. Les non adhérents aux réseaux de santé. Synthèse du rapport de janvier 2005 remis à Cap réseau et au FAQSV concernant une étude sur la non adhésion des professionnels aux réseaux. Rennes ; novembre 2005.
- 6.** Micheline Wenner. Comment et pourquoi devient-on infirmière ? Édition révisée, éditions Seli Arslan, 2004.

SIGLES

ALD : Affection Longue Durée

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

ASALEÉ : Action Santé Libérale En Équipe

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CES : Centre d'Examen de Santé

CHU : Centre Hospitalier et Universitaire

CMP : Consultation Médicale de Prévention

DRDR : Dotation Régionale de Développement des Réseaux

FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins en médecine de Ville

FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

FRCV : Facteur de Risque Cardio-Vasculaire

HAS : Haute Autorité de Santé

HbA1c : Hémoglobine A1c

HTA : Hypertension Artérielle

IADE : Infirmière Anesthésiste Diplômée d'État

IBODE : Infirmière de Bloc Opératoire Diplômée d'État

IDE : Infirmière Diplômée d'État

IDSP : Infirmière Déléguée à la Santé Publique

IFSI : Instituts de Formation en Soins Infirmiers

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IRC : Insuffisance Rénale Chronique

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

MSA : Mutualité Sociale Agricole

NHS : National Health Service

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNNS : Programme National Nutrition et Santé

PRSP : Programme Régional de Santé Publique.

PSL : Professionnels de Soins Libéraux

SIDA : Syndrome d'Immuno-Déficiences Acquises

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

ANNEXES

Annexe 1 : extrait du décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L. 6321-1 du code de santé publique.

Art. D. 766-1-1. - Les réseaux de santé définis à l'article L. 6321-1 peuvent bénéficier de subventions de l'État et des collectivités territoriales ainsi que des financements de l'Assurance maladie, notamment de la dotation nationale de développement des réseaux en application des articles L. 162-43 à L. 162-46 du code de la Sécurité sociale, sous réserve de satisfaire aux conditions définies par les articles D. 766-1-2 à D. 766-1-6 du présent code.

Art. D. 766-1-2. - Les réseaux de santé répondent à un besoin de santé de la population, dans une aire géographique définie, prenant en compte l'environnement sanitaire et social. En fonction de leur objet, les réseaux mettent en œuvre des actions de prévention, d'éducation, de soin et de suivi sanitaire et social.

Chaque réseau définit son objet et les moyens nécessaires à sa réalisation. Il rappelle et fait connaître les principes éthiques dans le respect desquels ses actions seront mises en œuvre. Il met en place une démarche d'amélioration de la qualité des pratiques, s'appuyant notamment sur des référentiels, des protocoles de prise en charge et des actions de formation destinées aux professionnels et intervenants du réseau, notamment bénévoles, avec l'objectif d'une prise en charge globale de la personne.

Art. D. 766-1-4. - L'amélioration de la qualité du service rendu à l'utilisateur au sein du réseau implique une coordination organisée entre les membres du réseau pour assurer la continuité et la globalité des interventions, pluri-professionnelles et, le cas échéant, interprofessionnelles.

Une charte, dite « charte du réseau », définit les engagements des personnes physiques et des personnes morales, notamment les associations, intervenant à titre professionnel ou bénévole.

Art. D. 766-1-6. - Les réseaux qui sollicitent les financements mentionnés à l'article D. 766-1-1 présentent à l'appui de leur demande un dossier comprenant les documents prévus aux articles D. 766-1-3 à D. 766-1-5, ainsi qu'un plan de financement. Les financements acquis ou demandés, l'ensemble des moyens en personnels, en locaux ou en matériel mis à leur disposition et valorisés, y sont énumérés. Les documents comptables correspondants sont annexés, ainsi que les accords passés entre les membres du réseau et des tiers, le cas échéant.

Art. D. 766-1-7.- Chaque année, avant le 31 mars, les promoteurs du réseau transmettent aux représentants des organismes qui leur ont accordé les financements mentionnés à l'article D. 766-1-1 un rapport d'activité relatif à l'année précédente comportant les éléments d'évaluation ainsi qu'un bilan financier et les documents comptables s'y rapportant.

Tous les trois ans, ainsi que, le cas échéant, au terme du projet, un rapport d'évaluation est réalisé permettant d'apprécier :

- 1° Le niveau d'atteinte des objectifs ;
- 2° La qualité de la prise en charge des usagers (processus et résultats) ;
- 3° La participation et la satisfaction des usagers et des professionnels du réseau ;
- 4° L'organisation et le fonctionnement du réseau ;
- 5° Les coûts afférents au réseau ;
- 6° L'impact du réseau sur son environnement ;
- 7° L'impact du réseau sur les pratiques professionnelles.

**Annexe 2 : Analyse du risque cardio-vasculaire global auprès de la population cible
(hommes de 50 à 54 ans inclus et les femmes de 60 à 64 ans inclus) résidant dans la région
de Dinan.**

Facteurs de risque :

- *Antécédents familiaux* d'infarctus du myocarde ou de mort subite chez les parents ou la fratrie (avant 55 ans chez les hommes et avant 65 ans chez les femmes)
- *Antécédents familiaux* d'accident vasculaire cérébral avant 45 ans.
- *Tabagisme* actuel ou arrêté depuis moins de trois ans.
- *Hypertension artérielle* permanente traitée ou non.
- *Diabète de type 2* traité ou non.
- *HDL-cholestérol* < 0,40 g/l quelque soit le sexe.
- *Microalbuminurie* > 30 mg/24 heures.
- *Âge* : homme de 50 ans ou plus, femme de 60 ans ou plus.

Facteur protecteur :

- *HDL-cholestérol* > 0,6 g/l.

Autres facteurs à prendre en compte :

- *Obésité abdominale* (périmètre abdominale > 102 cm chez l'homme et 88 cm chez la femme) ou *obésité* (IMC \geq 30 kg/m²)
- *Sédentarité* (absence d'activité physique régulière, soit environ trente minutes, trois fois par semaine).
- *Consommation excessive d'alcool* (plus de trois verres de vin/jour chez l'homme et deux verres/jour chez la femme).
- *Aspects psychosociaux*.

**Annexe 3 : Dépistage du risque cardio-vasculaire : fiche médecin généraliste.
(Dossier de prévention. Programme Prévarance)**

Annexe 4 : fiche alimentation.
(Dossier de prévention. Programme Prévarance)

Annexe 5 : Guide d'entretien.

Je réalise ma thèse de médecine générale. Cette thèse est en rapport avec le projet de prévention cardio-vasculaire Prévarance. Je rencontre donc les professionnels de soins paramédicaux pour recueillir leur expérience.

Je réalise des entretiens ouverts pour comprendre comment les professionnels de soins paramédicaux abordent ce nouveau mode de prise en charge.

J'enregistre les entretiens pour pouvoir analyser les différents points de vue. Dans tous les cas, les entretiens restent anonymes et je suis tenu au secret professionnel. Vous pouvez vous sentir complètement libres. Il vous sera possible de lire cette thèse si vous le désirez.

- 1- Pouvez-vous me parler de vos motivations à entrer dans ce projet ?
- 2- Pouvez-vous me dire si vous avez rencontré des difficultés ?
- 3- A votre avis dans ce type de travail existe-t-il des différences avec ce que vous faites habituellement ?
- 4- Pouvez-vous me parler du dernier patient que vous avez pris en charge ? Comment cela s'est-il passé ?

Renseignements administratifs :

- Nom :
- Prénom :
- Âge :
- Sexe :
- Localité d'exercice professionnelle :
- Coursus professionnel :

RÉSUMÉ

Nom-Prénom : Tourtier Jonathan.

Date de soutenance de la thèse : 19 mai 2009.

Titre de la thèse : implication des professionnels de soins libéraux (infirmières, diététiciennes) dans une expérimentation de prévention cardio-vasculaire sur le territoire de Dinan.

Problématique : Les maladies cardio-vasculaires constituent un réel enjeu de santé publique. Les nouvelles réglementations de structuration du système de soins développent les réseaux de santé. Ils proposent une nouvelle organisation de soins centrée sur le patient en favorisant le décroisement entre les professionnels de soins sur un territoire donné. Comment ces professionnels paramédicaux perçoivent-ils leur rôle au sein de cette organisation ?

Méthodologie : Enquête qualitative par entretiens semi-directifs (N=10) réalisés auprès d'infirmières et diététiciennes libérales adhérentes au projet Prévarance.

Résultats : Les infirmières et diététiciennes semblent occuper une place prépondérante dans la coordination des soins du patient. Ces professionnels sont animés d'un enthousiasme initial important. Ces auxiliaires médicaux perçoivent leur adhésion comme une source d'échanges de pratiques, un moyen de diversifier leurs activités.

Mais, il existe de nombreux freins au développement de cette expérimentation liés aux différents acteurs et au projet lui-même. La volonté identitaire des professionnels peut nuire à l'intérêt général du projet. Il paraît difficile de changer les cultures de travail actuel (relation prescriptive, cloisonnement, libéralisme) pour évoluer vers un partenariat formalisé. Le projet doit prendre en compte tous ces dysfonctionnements et s'adapter aux besoins de ces acteurs.

Discussion : Prévarance a pour but de créer des coopérations entre les professionnels de soins libéraux pour améliorer la prise en charge de la population cible. Les infirmières peuvent collaborer avec le médecin traitant dans cette démarche. Elles possèdent les compétences nécessaires. Mais, leur reconnaissance professionnelle doit reposer sur une redéfinition de leurs actes, une formation adaptée et une valorisation financière adéquates.

Mots clés : Prévention primaire, maladies cardio-vasculaires, programme de soins organisés, gestion maladie, relations professionnels de santé-patient, infirmiers infirmières.
Primary Prevention, Cardiovascular Diseases, Managed Care Programs, Disease Management, Professional-patient Relations, Nurses.