

Collaboration entre médecins généralistes et infirmières lors du suivi des patients diabétiques de type II insulino requérants: situation actuelle et perspectives d'évolution selon les médecins

Matthieu Brodiez

▶ To cite this version:

Matthieu Brodiez. Collaboration entre médecins généralistes et infirmières lors du suivi des patients diabétiques de type II insulino requérants: situation actuelle et perspectives d'évolution selon les médecins. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01060053

HAL Id: dumas-01060053 https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01060053

Submitted on 2 Sep 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers. L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2014 N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLÔME D'ETAT)

PAR

MATTHIEU BRODIEZ NE LE 16 AVRIL 1981 A VERNON

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 17 AVRIL 2014

COLLABORATION ENTRE MEDECINS GENERALISTES ET
INFIRMIERES LORS DU SUIVI DES PATIENTS DIABETIQUES DE
TYPE II INSULINO REQUERANTS : SITUATION ACTUELLE ET
PERSPECTIVES D'EVOLUTION SELON LES MEDECINS

DIRECTEUR DE THESE: MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE FAINSILBER

MEMBRES DU JURY:

MONSIEUR LE PROFESSEUR HERVE LEFEBVRE, PRESIDENT MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE FAINSILBER, JUGE MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN-LOUP HERMIL, JUGE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2013 – 2014 U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN: Professeur Pierre FREGER

ASSESSEURS: Professeur Michel GUERBET

Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY

DOYENS HONORAIRES: Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET - C. THUILLEZ

PROFESSEURS HONORAIRES: MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT - M.BENOZIO- J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION -. DESHAYES - C. FESSARD - J.P FILLASTRE - P.FRIGOT -J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER - Ph. LAURET - M. LE FUR - J.P. LEMERCIER - J.P LEMOINE - MIE MAGARD - MM. B. MAITROT - M. MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P. PASQUIS - H.PIGUET - M.SAMSON - Mme SAMSON-DOLLFUS - J.C. SCHRUB - R.SOYER - B.TARDIF -.TESTART - J.M. THOMINE - C. THUILLEZ - P.TRON - C.WINCKLER - L.M.WOLF

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie		
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie Plastique		
M. Bruno BACHY (Surnombre)	HCN	Chirurgie pédiatrique		
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie		
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire		
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale		
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire		
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (Surnombre)CRMPR Médecine physique et de réadaptation				
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale		
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie		
M. Jean-François CAILLARD (Surnombre)	HCN	Médecine et santé au Travail		
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales		

M. Philippe **CHASSAGNE** HB Médecine interne (Gériatrie)

M. Vincent **COMPERE**HCN Anesthésiologie et réanimation chirurgicale

M. Antoine **CUVELIER** HB Pneumologie

M. Pierre CZERNICHOW
 M. Jean - Nicolas DACHER
 HCH Epidémiologie, économie de la santé
 HCN Radiologie et Imagerie Médicale

M. Stéfan **DARMONI** HCN Informatique Médicale/Techniques de

communication

M. Pierre **DECHELOTTE** HCN Nutrition

Mme Danièle **DEHESDIN (Surnombre)** HCN Oto-Rhino-Laryngologie

M. Jean **DOUCET** HB Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatrie.

M. Bernard **DUBRAY** CB Radiothérapie

M. Philippe **DUCROTTE** HCN Hépato – Gastro - Entérologie

M. Frank **DUJARDIN** M. Fabrice **DUPARC** HCN Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
 HCN Anatomie - Chirurgie Orthopédique et

Traumatologique

M. Bertrand **DUREUIL** HCN Anesthésiologie et réanimation chirurgicale

Mme Hélène **ELTCHANINOFF**HCN Cardiologie
M. Thierry **FREBOURG**UFR Génétique

M. Pierre FREGER
 M. Jean François GEHANNO
 HCN Médecine et Santé au Travail

M. Emmanuel **GERARDIN**Mme Priscille **GERARDIN**M. Michel **GODIN**M. Guillaume **GOURCEROL**M. Philippe **GRISE**HCN Imagerie Médicale

HCN Pédopsychiatrie

HB Néphrologie

HCN Physiologie

HCN Urologie

M. Didier **HANNEQUIN**M. Fabrice **JARDIN**CB Hématologie

M. Luc-Marie JOLYHCN Médecine d'urgenceM. Pascal JOLYHCN Dermato - vénéréologie

M. Jean-Marc **KUHN** HB Endocrinologie et maladies métaboliques

Mme Annie **LAQUERRIERE**M. Vincent **LAUDENBACH**HCN Anatomie cytologie pathologiques
HCN Anesthésie et réanimation chirurgicale

M. Joël **LECHEVALLIER** HCN Chirurgie infantile

M. Hervé **LEFEBVRE** HB Endocrinologie et maladies métaboliques

M. Thierry **LEQUERRE**HB Rhumatologie
M. Eric **LEREBOURS**HCN Nutrition

Mme Anne-Marie **LEROI** HCN Physiologie

M. Hervé LEVESQUE
 HB Médecine interne
 Mme Agnès LIARD-ZMUDA
 HCN Chirurgie Infantile
 M. Pierre Yves LITZLER
 HCN Chirurgie Cardiaque

M. Bertrand MACE HCN Histologie, embryologie, cytogénétique

M. David **MALTETE**HCN Neurologie
M. Christophe **MARGUET**HCN Pédiatrie

Mme Isabelle MARIE HB Médecine Interne

M. Jean-Paul MARIE HCN ORL

M. Loïc MARPEAU HCN Gynécologie - obstétrique

M. Stéphane **MARRET** HCN Pédiatrie

Mme Véronique **MERLE** HCN Epidémiologie

M. Pierre MICHEL HCN Hépato - Gastro - Entérologie

M. Francis **MICHOT** HCN Chirurgie digestive

M. Bruno MIHOUT (Surnombre)
 M. Jean-François MUIR
 M. Marc MURAINE
 HCN Neurologie
 HB Pneumologie
 HCN Ophtalmologie

M. Philippe **MUSETTE** HCN Dermatologie - Vénéréologie

M. Christophe **PEILLON** HCN Chirurgie générale

M. Jean-Marc **PERON** HCN Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale

M. Christian **PFISTER** HCN Urologie

M. Jean-Christophe PLANTIER
 M. Didier PLISSONNIER
 M. Bernard PROUST
 M. François PROUST
 HCN Médecine légale
 HCN Neurochirurgie

Mme Nathalie **RIVES**HCN Biologie et méd. du dévelop. et de la reprod.

M. Jean-Christophe **RICHARD** (Mise en dispo)
HCN Réanimation Médicale, Médecine d'urgence

M. Horace **ROMAN**HCN Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe **SABOURIN**HCN Anatomie – Pathologie

M. Guillaume **SAVOYE**HCN Hépato – Gastro

Mme Céline **SAVOYE – COLLET**HCN Imagerie Médicale

Mme Pascale **SCHNEIDER** HCN Pédiatrie

M. Michel SCOTTEMme Fabienne TAMIONHCN Chirurgie digestiveHCN Thérapeutique

Mme Florence **THIBAUT** HCN Psychiatrie d'adultes

M. Luc THIBERVILLEM. Christian THUILLEZHB Pharmacologie

M. Hervé **TILLY** CB Hématologie et transfusion

M. François **TRON** (Surnombre) UFR Immunologie

M. Jean-Jacques TUECHM. Jean-Pierre VANNIERHCN Pédiatrie génétique

M. Benoît VEBER
 M. Pierre VERA
 HCN Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
 C.B Biophysique et traitement de l'image

M. Eric **VERIN** CRMPR Médecine physique et de réadaptation

M. Eric **VERSPYCK** HCN Gynécologie obstétrique

M. Olivier VITTECOQM. Jacques WEBERHEN Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG** HCN Bactériologie – Virologie

M. Jeremy BELLIEN

Mme Carole BRASSE LAGNEL

M. Gérard BUCHONNET

Mme Mireille CASTANET

Mme Nathalie CHASTAN

HCN Pharmacologie

HCN Hématologie

HCN Pédiatrie

HCN Physiologie

Mme Sophie CLAEYSSENS HCN Biochimie et biologie moléculaire

M. Moïse **COEFFIER** HCN Nutrition

M. Stéphane **DERREY** HCN Neurochirurgie
M. Eric **DURAND** HCN Cardiologie

M. Manuel **ETIENNE**HCN Maladies infectieuses et tropicales

M. Serge **JACQUOT** UFR Immunologie

M. Joël **LADNER** HCN Epidémiologie, économie de la santé

M. Jean-Baptiste LATOUCHE
 M. Thomas MOUREZ
 M. Jean-François MENARD
 UFR Biologie Cellulaire
 HCN Bactériologie
 HCN Biophysique

Mme Muriel QUILLARD HCN Biochimie et Biologie moléculaire

M. Vincent **RICHARD** UFR Pharmacologie

M. Francis **ROUSSEL** HCN Histologie, embryologie, cytogénétique

Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**HCN Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**HCN Anatomie

M. Pierre Hugues VIVIER HCN Imagerie Médicale

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ UFR Anglais

Mme Cristina BADULESCU UFR Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry **BESSON** Chimie Thérapeutique

M. Jean-Jacques BONNET Pharmacologie
 M. Roland CAPRON (PU-PH) Biophysique
 M. Jean COSTENTIN (Professeur émérite) Pharmacologie

Mme Isabelle **DUBUS**M. Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)

Parasitologie

M. Jean Pierre **GOULLE**Toxicologie

M. Michel **GUERBET**Toxicologie

M. Olivier **LAFONT** Chimie organique

Mme Isabelle **LEROUX** Physiologie

M. Paul **MULDER** Sciences du médicament

Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH) Microbiologie

Mme Elisabeth **SEGUIN** Pharmacognosie

M. Rémi **VARIN** (PU-PH) Pharmacie Hospitalière

M Jean-Marie **VAUGEOIS** Pharmacologie
M. Philippe **VERITE** Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile **BARBOT** Chimie Générale et Minérale

Mme Dominique **BOUCHER** Pharmacologie

M. Frédéric **BOUNOURE** Pharmacie Galénique

M. Abdeslam **CHAGRAOUI** Physiologie

M. Jean **CHASTANG** Biomathématiques

Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB Législation pharmaceutique et économie de la santé

Mme Elizabeth CHOSSON Botanique Mme Cécile CORBIERE Biochimie M. Eric **DITTMAR** Biophysique Mme Nathalie **DOURMAP** Pharmacologie Mme Isabelle **DUBUC** Pharmacologie M. Abdelhakim ELOMRI Pharmacognosie M. François ESTOUR Chimie Organique M. Gilles **GARGALA** (MCU-PH) Parasitologie

Mme Najla **GHARBI** Chimie analytique

Mme Marie-Laure **GROULT** Botanique

M. Hervé **HUE**Biophysique et Mathématiques

Mme Laetitia **LE GOFF**Parasitologie Immunologie

Mme Hong **LU** Biologie

Mme Sabine **MENAGER** Chimie organique

Mme Christelle MONTEIL Toxicologie

M. Mohamed **SKIBA**Pharmacie Galénique

Mme Malika **SKIBA**Pharmacie Galénique

Mme Christine **THARASSE**Chimie thérapeutique

M. Frédéric **ZIEGLER** Biochimie

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elizabeth **DE PAOLIS** Anglais

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Imane EL MEOUCHE Bactériologie
 Mme Juliette GAUTIER Galénique
 M. Romy RAZAKANDRAINIBE Parasitologie

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS:

M. Pierre FAINSILBER	UFR	Médecine générale
M. Alain MERCIER	UFR	Médecine générale
M. Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS:

M Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine générale
Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse THUEUX	UFR	Médecine générale
Mme Yveline SERVIN	UFR	Médecine Générale

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre HENRI BECQUEREL CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Mme Cécile **BARBOT** Chimie Générale et Minérale

M. Thierry **BESSON** Chimie thérapeutique

M. Roland **CAPRON** Biophysique

M Jean **CHASTANG** Mathématiques

Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB Législation, Economie de la Santé

Mme Elisabeth **CHOSSON** Botanique

M. Jean-Jacques **BONNET** Pharmacodynamie

Mme Isabelle **DUBUS** Biochimie

M. Loïc **FAVENNEC** Parasitologie

M. Michel **GUERBET** Toxicologie

M. Olivier **LAFONT** Chimie organique

Mme Isabelle **LEROUX-NICOLLET** Physiologie

Mme Martine PESTEL-CARON Microbiologie

Mme Elisabeth **SEGUIN** Pharmacognosie

M. Mohamed **SKIBA** Pharmacie Galénique

M. Philippe **VERITE** Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil **ADRIOUCH** Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)

Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE**Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)

Mme Carine **CLEREN** Neurosciences (Néovasc)

Mme Pascaline **GAILDRAT**Génétique moléculaire humaine(UMR 1079)

M. Antoine **OUVRARD-PASCAUD** Physiologie (Unité Inserm 1076)

Mme Isabelle **TOURNIER** Biochimie (UMR 1079)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei **FETISSOV** Physiologie (Groupe ADEN)

Mme Su **RUAN** Génie Informatique

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury de cette thèse :

A Monsieur le Professeur Hervé LEFEBVRE,
 Professeur et Chef de Service d'Endocrinologie et des maladies métaboliques au CHU de Rouen

Merci de l'attention que vous avez porté à ce travail. Pour l'honneur que vous me faites en présidant cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Pierre Fainsilber
 Professeur associé du département de Médecine Générale, Maître de Stage
 Ambulatoire, Médecin généraliste à Gaillon

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse et merci du temps et de l'énergie que vous y avez consacré. Vos conseils m'ont été précieux. Je vous prie de trouver ici l'expression de ma respectueuse gratitude.

A Monsieur le Professeur Jean-Loup Hermil
 Directeur du département de Médecine Générale, Maître de Stage, Médecin
 Généraliste à Vernon

Un grand merci pour vos actions envers la formation des étudiants en Médecine générale, pour avoir accepté de participer au jugement de ce travail. Soyez assuré de mon respect et de ma reconnaissance.

A mes maîtres de stage,

• Les Docteurs Jacques Basuyau, Jacques Proust, Jean Loup Roblot, Françoise Valla, Daniel Vidal

Chacun à votre manière avez contribué à me conforter dans l'envie d'exercer l'art difficile mais passionnant de la Médecine. Vos connaissances, votre implication dans vos activités et projets, votre confiance pour me laisser découvrir la Médecine auprès de vos patients, et votre patience et vos encouragements m'ont permis de m'assurer que la voie que j'ai choisie était la bonne.

A mes co-thesardes

Jeanne Husson et Valérie Liss

Toute cette période de préparation simultanée de nos thèses nous a bien soudés. On a pu compter chacun les uns sur les autres pour se remotiver lors des moments difficiles. Les réunions, les déjeuners, les longues discussions qui aboutissent à un accord commun sont autant de bons moments qui ont jalonné notre parcours. Je vous en remercie et vous souhaite une excellente carrière médicale.

A ma famille:

• A mes parents, Liliane et Gilles

Votre soutien en toute circonstance et sans faille m'est important. Merci de m'avoir accompagné, de m'avoir aidé à grandir et à prendre les bonnes décisions aux bons moments. J'en suis là aujourd'hui grâce à vous.

A ma chère épouse, Laure

Merci d'être celle que tu es et du bonheur que tu m'apportes au quotidien. Ta patience, ton soutien et ton respect sont restés immuables pendant toute la réalisation de ce travail. La manière dont on parcourt ensemble les aventures de la vie depuis notre première rencontre me confirme qu'on ne s'est pas trompé sur nous-mêmes.

• A notre fille, Faustine

Depuis 22 mois, tu illumines nos vies de tes regards souriants, de ta bonne humeur en toute circonstance et de tes apprentissages. Papa et Maman sont très fiers et t'aiment très fort.

A toi, Petit Bébé

Tu vas très prochainement arriver et agrandir notre famille. Nous avons hâte de savoir qui donne tous ces petits coups de pieds dans le ventre de Maman.

• A mon frère Edouard, et Aude

Nos études et nos chemins personnels nous ont séparés mais le lien du sang reste le plus fort. Aude est à tes côtés pour te soutenir. Continue dans ta voie et tu réussiras.

• A mes grands-parents disparus, Jean-Claude et Ginette Brodiez, Paul et Madeleine Lemaire

Je suis sûr que vous êtes fiers de moi. Vous nous manquez à tous.

• A mon oncle Philippe, Isabelle, mon cousin Benjamin, Camille et Théo

On a vécu tellement de bons moments tous ensemble que je ne saurais par où commencer. Vivement les prochains...

• A mes beaux-parents, Henriette et Christian, mon beau-frère Cyrille, Jennifer, et ma belle-sœur Marie

Votre famille est un modèle. Je vous remercie encore de m'avoir ouvert chaleureusement votre porte, et de votre soutien pour ce travail. Soyez assurés de mon profond respect.

• A tous les membres de nos familles (Les Blot, Les Amory, les Faroux, les Goujard, les Demonchy, Les Brodiez d'Auvergne)

C'est toujours un bonheur de se retrouver et participer aux grands repas familiaux. Merci pour votre joie de vivre et votre union familiale.

A mes amis

• Jean-Charles et Christine, Guillaume et Iulia, Yannick et Camille, Jean-François, Alice, David, Céline, Xavier et Marina, Justine, Greg, Clément, Aurélien, Jean Baptiste, Paolo, Elena.

La Com'51 a existé durant toutes ces années universitaires. Amis fidèles, les chemins de vie de chacun nous ont éloignés mais c'est à chaque fois un réel bonheur de se retrouver. A quand les prochaines retrouvailles ?

Au Docteur Alain Liot

Je te remercie d'être aussi proche de la famille, de nous avoir soutenus lors des moments difficiles et de m'avoir donné cette envie très tôt de faire le même métier que toi. Profite bien de ta retraite méritée en Bretagne.

Aux Docteurs Christian Cavagna, Maryline Cavagna, Jérôme Dieudonné,
 Arnaud Duchez, Marie-Christine Hermenault, Christian Gielen, Philippe Perdrix

Merci de m'avoir fait confiance lors de vos remplacements.

Aux médecins du Groupe Médical Pasteur des Andelys, Docteur Régis Fillon,
 Docteur Yves Laval, Docteur Pol Marie Minebois, Docteur Gilles Thebault, Docteur Mickael Dufossé, Docteur Sophie Giffard.

Je remercie chacun d'entre vous pour votre sens de l'unité, du partage, de la bonne humeur, de votre humanité envers tous vos patients et surtout d'avoir accepté de m'intégrer dans la poursuite de l'aventure que vous avez vous-mêmes construite.

• Au Docteur Régis Fillon, tout particulièrement.

C'est avec beaucoup de respect que je te remercie de m'avoir fait confiance et pris sous ton aile au sein du groupe, il y a déjà 5 ans. Assurer tes remplacements fut pour moi un grand bonheur. Et voilà que tu me proposes de te succéder! Sois assuré de ma profonde reconnaissance et je mettrai un point d'honneur à poursuivre ton travail avec l'ensemble de tes patients qui m'ont adopté progressivement. Ta passion pour la médecine est contagieuse. Partager toutes ces soirées et ces parties de chasse en plaine et au gros sont autant de bons moments qui lient notre amitié. Je te souhaite une bonne retraite auprès de Marie.

UNIVERSITÉ DE ROUEN

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE



SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la prohité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne faui pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis (e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront conflès. Reçu (e) à l'intérieur des maisons, je respecteral les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverut l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionneral pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

l'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dansl'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si l'y manque.»

ABREVIATIONS

- ADO : Antidiabétique Oral
- AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.
- AJD : Association des Jeunes Diabétiques
- ALFEDIAM : Association Française pour l'Etude du Diabète et des Maladies Métaboliques
- ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
- ANCRED : Association Nationale de Coordination des Réseaux Diabète
- ARS : Agence Régionale de Santé
- ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe
- AVC ; Accident Vasculaire Cérébral
- CNOM ; Conseil National de l'Ordre des Médecins
- CSP : Code de Santé Publique
- DES : Diplôme d'études spécialisées
- DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des

Statistiques

- DU : Diplôme Universitaire
- ECG : ElectroCardioGramme
- EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées dépendantes
- ENMR : Expérimentation de Nouveaux Modes de Rémunération
- ENTRED : Echantillon National Témoin Représentatif des personnes

Diabétiques

- ETP : Education Thérapeutique du Patient
- FMC : Formation Médicale Continue
- GMF Groupe de Médecins de Famille
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HBA1C : Hémoglobine glyquée
- HPST : Hôpital Patient Santé Territoire
- IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
- IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
- INVS : Institut de Veille Sanitaire
- IPA : Infirmière de Pratique Avancée
- IRDES : Institut de Recherches et Documentation en Economie de la Santé

- MAREDIA : Maison REgionale du DIAbète

- MG : Médecin Généraliste

- MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

- OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques

- OMS : Organisation Mondiale de la Santé

- PS : Pôle de Santé

- REDIAB : Réseau Diabète

- SFD : Société Francophone du Diabète

- SMS : Small Message Service

- SROS : Schéma régional d'organisation des Soins

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION	.22
II.	CONTEXTE	24
	1. Contexte général	24
	2. Contexte démographique.	26
	3. Repères chronologiques de l'exercice pluriprofessionnel	27
	4. L'exercice pluriprofessionnel à l'étranger	28
	5. Situation actuelle de l'exercice pluriprofessionnel libéral en France	31
	6. Les réseaux et unités transversales hospitalières pour assurer l'éducation	
	thérapeutique du patient diabétique	33
	7. Une expérimentation de pratique coopérative étudiée : ASALEE	34
	8. Place de la télémédecine dans la coopération entre soignants	35
	9. En Haute Normandie	36
Ш.	MATERIEL ET METHODE	38
	1. Type de méthode	38
	2. Type d'entretien	38
	3. Outil	38
	4. Sélection des participants	39
	5. Réalisation des entretiens semi dirigés	40
	6. Retranscription des entretiens semi dirigés	40
	7. Analyse des données	40
	8. Coût	41
IV.	RESULTATS ET ANALYSE DES ENTRETIENS	42
	1. Caractéristiques socio démographiques des MG interrogés	42
	2. Etat des lieux	43
	A. Communication MG-IDE	43
	a. Fréquence des contacts	43
	b. Moyens de communication	44
	c. Motifs des contacts	45
	d. Facilité de contact	46
	B. Les rôles du MG.	47
	a. La prescription	47

		b.	L'éducation thérapeutique	47
		c.	La délégation de tâches	48
		d.	Le recours aux spécialistes	49
	C.	Col	llaboration actuelle MG-IDE	49
		a.	Les éléments facilitant la collaboration MG-IDE	49
		b. c.	Les éléments freinant la collaboration MG-IDE	
	3. Ç	uelle	es sont les évolutions possibles à cette situation ?	54
	A	. Poi	rquoi changer le système actuel?	54
	В.	Qu	elles propositions d'évolution sont évoquées ?	55
	C.	Fre	ins potentiels à cette évolution vers une médecine regroupée	57
	D.	. Qu	elles conditions nécessaires à l'évolution vers une pratique	
		coc	pérative?	60
V.	D	ISCU	SSION	62
	1. I	Discu	ssion de la méthode	62
	2. D)iscus	ssion des résultats	63
	A	. Co	opération ou collaboration ?	63
	В	. Un	e communication inter professionnelle perfectible	65
	C	L'é	ducation thérapeutique pour coopérer ensemble au bénéfice du	
	p	atien	t	66
	Г). La	formation des médecins à l'ETP : un enjeu important pour une	
	C	ollab	oration optimale	68
			regroupement pluri professionnel pour coopérer et maintenir un accè	
			ins de qualité	
			e nouvelle rémunération pour de nouvelles pratiques de coopération.	
			e coopération inter professionnelle avec des objectifs à atteindre	. 12
			jorer la délégation des tâches aux infirmières pour arriver aux	72
		-	ifs	/3
			riger le manque de formation et spécialiser les IDE pour plus de	74
7 T	•		sionnalisme	
/I.			JUSION DGRAPHIE	
		BLIC		/8

I. INTRODUCTION

Le diabète représente la maladie chronique la plus importante avec 2.9 millions de patients dont 92% sont diabétiques de type 2 [1]. La maîtrise des facteurs de risque et le suivi adapté par le médecin traitant assurent le ralentissement de l'évolution de la maladie diabétique, et retardent ainsi le passage à l'insuline. Le diabète est une pathologie complexe associant des troubles de sécrétion qualitative et quantitative d'insuline, et une insulino-résistance par les tissus périphériques. La carence en insuline, détectée par une majoration des critères biologiques malgré un traitement oral maximal bien conduit, est liée à la destruction des ilots Beta des cellules de Langerhans du pancréas [2].

La mise sous insuline marque un tournant dans l'évolution de la maladie aux yeux des patients, et est souvent vécu comme un échec. Pour ralentir l'évolution de sa maladie, le patient doit s'impliquer en apprenant à la gérer, à surveiller et à modifier son traitement par insuline au bon moment [3]. Pour aboutir à cette autonomie du patient diabétique sous insuline, la coopération pluridisciplinaire entre médecins, infirmières, et les autres professions paramédicales est primordiale, tout en inscrivant le patient au centre du processus. La coopération entre acteurs de la santé a pour objectifs d'améliorer la qualité de la prise en charge thérapeutique et de l'adaptation des comportements vis-à-vis de la maladie diabétique. En 1996, l'OMS a donné une place majeure à l'éducation thérapeutique dans la démarche de soins [4], ce qui a été confirmé officiellement en France en 2009 dans la loi HPST.

Les objectifs de la prise en charge du diabète, par la loi du 9 Aout 2004, qui sont d'assurer une surveillance conforme aux recommandations pour 80% des diabétiques et de réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète [5], ne sont pas atteints. Les hospitalisations et les prises en charge des complications du diabète ne baissent pas [6].

Pour répondre à ce constat, et à un contexte démographique médical qui se dégrade, les pouvoirs publics ont lancé la création de structures pluridisciplinaires avec plusieurs expérimentations de coopération médecins-infirmières et de Nouveaux Modes de rémunération. Ces nouvelles structures, qui se développent sur tout le territoire, comprennent dans leur cahier des charges la demande de validation de projets coopératifs de santé, autour notamment des maladies chroniques. Depuis les années 60, avec des contextes légèrement différents, plusieurs systèmes de collaboration ont été élaborés, testés, et validés dans plusieurs pays développés. Cela a permis aux autorités françaises de s'en inspirer et de réfléchir sur ces nouveaux systèmes de coopération.

Un changement des comportements des acteurs de la santé et des patients vis à vis du diabète semble nécessaire et est en train de se dessiner.

L'expérimentation ASALEE est la seule étude de pratique coopérative médecin infirmière en France autour des patients diabétiques. Elle révèle un bénéfice chez les patients diabétiques de type 2 notamment sous insuline [7].

Nous pouvons donc partir du principe que la collaboration entre soignants est nécessaire pour obtenir des résultats sur l'amélioration de la prise en charge du patient diabétique sous insuline.

Quelle est donc la place actuelle de cette collaboration dans le suivi du patient diabétique sous insuline du point de vue du médecin? Comment organiser l'avenir de cette coopération pour améliorer la prise en charge globale de cette population de patients?

Pour cela nous étudierons et analyserons les points de vue de huit médecins généralistes, à travers une étude qualitative. Les objectifs principaux de ce travail sont d'établir une synthèse des différents modes de collaboration entre médecins et infirmières pour connaître la situation actuelle de ces pratiques, et de rechercher les déterminants qui permettront qu'une collaboration pourra être rendue efficace, afin d'aboutir à une meilleure gestion du patient diabétique.

Par ailleurs, des études simultanées avec la même méthode sur le point de vue des infirmières et des patients sont réalisés par deux étudiantes en médecine générale de la même université (Jeanne Husson et Valérie Liss). Elles sont en relation constante avec l'enquêteur, afin d'obtenir une vision globale de la coopération entre les médecins et infirmières. Ces thèses font l'objet d'études individuelles, mais des références y seront faites pour appuyer les réflexions de la discussion.

II. CONTEXTE

1. Contexte général

En France, la prévalence du diabète de type 2 est en augmentation, dépassant les prévisions des spécialistes [8]. La maladie est devenue en 2010 la plus fréquente des affections de longue durée. Elle est passée d'une prévalence de 2.6% en 2000, à 4.7% en 2011 [6]. La proportion de patients diabétiques sous insuline est en augmentation et est estimée à environ 24%.

Plusieurs causes contribuent à cette évolution comme la suralimentation, la sédentarité ou l'allongement de la durée de vie de la population générale [1]. Elle est aussi devenue la pathologie chronique la plus lourde en termes de dépenses de santé, lié en partie au fait d'une amélioration des prises en charges pour éviter les complications graves les plus couteuses.

L'INVS [8] révèle que les progrès pour réduire la maladie diabétique sont en marche, avec la forte progression de la prise en charge médicamenteuse du risque cardiovasculaire et la baisse statistique de la mortalité de 10% des personnes traitées pour diabète entre 2001 et 2009. Mais les complications du diabète et le nombre d'hospitalisations ne baissent pas [6]. Il faut donc revoir l'organisation globale de la gestion du diabète sous insuline, notamment à travers une collaboration professionnelle efficace pour rendre le patient plus autonome.

Le diabète est une maladie chronique avec une évolution lente si l'état glycémique est stable. Afin de maintenir cette stabilité, le patient doit être éduqué dès l'initiation d'un traitement antidiabétique. L'éducation thérapeutique, pour maitriser les règles alimentaires, assurer le maintien d'une activité physique, gérer les facteurs de risque cardiovasculaires ou les soins podologiques, est devenue progressivement, une étape incontournable tout au long de la prise en charge de la maladie diabétique. En 1996, l'OMS a intégré l'éducation thérapeutique dans les soins pour les maladies chroniques [9]. En 2007, la HAS a édité plusieurs documents relatifs à l'éducation thérapeutique, dont un guide méthodologique avec les recommandations de mise en œuvre des programmes d'ETP [10]. La collaboration fait partie intégrante des

objectifs de réalisation d'ETP. L'accompagnement du patient dans sa maladie est un autre enjeu de l'ETP. La prise en charge du patient diabétique de type 2 est devenue de manière certaine pluridisciplinaire pour les instances dirigeantes. Mais il n'y a pas d'étude qui prouve que l'éducation thérapeutique, en matière de diabète, est essentielle pour améliorer la prise en charge de cette pathologie, *a contrario* des pathologies comme les lombalgies ou les accidents cardiovasculaires. Elle est plutôt complémentaire de toutes les thérapeutiques déjà existantes. Pour assurer une éducation thérapeutique de qualité, les professionnels médicaux et paramédicaux travaillent au sein de réseaux de santé dédiés au diabète ou d'établissements hospitaliers avec des unités d'ETP.

La mise à l'insuline du diabétique de type 2, non insulino-dépendant, est un problème qui se pose fréquemment. L'ALFEDIAM [11], aujourd'hui devenue SFD, a déterminé précisément les situations qui nécessitent la mise à l'insuline. Il s'agit de l'échec d'une thérapeutique orale maximale bien conduite en dehors des contre-indications, l'existence de critères montrant l'insulino-requérance (perte de poids avec persistance de signes d'hyperglycémie), une contre-indication absolue aux ADO, et les situations aigues nécessitant une insulinothérapie définitive ou transitoire urgente (coma hyperosmolaire, acidocétose, chirurgie lourde, infection sévère, complications aigues vasculaires).

Pour déterminer une prise en charge de la maladie diabétique de qualité, il faut depuis 2004 s'assurer de remplir des critères de surveillance conformes aux recommandations de bonne pratique clinique émises par l'ALFEDIAM, l'AFFSAPS et l'ANAES pour 80 % de la population diabétique [6]. Ces critères de surveillance ne sont atteints que dans 16 à 72% des cas. De plus, l'idée de mesurer la qualité de gestion du diabète à travers les éléments d'éducation thérapeutique n'est pas exprimée dans ces critères, ce qui diminue le sentiment d'efficience de l'éducation thérapeutique par la population médicale.

Lorsque le patient est au stade de l'insulinothérapie, il peut ressentir un sentiment d'échec de son combat contre la maladie malgré les efforts. La relation entre médecins et infirmières doit être encore plus étroite à ce stade pour soulager le patient dans la démarche d'acceptation, de compréhension, et de gestion de la pathologie.

2. Contexte démographique

Connaître le contexte de la démographie médicale et infirmière est nécessaire pour comprendre les évolutions progressives de l'exercice pluridisciplinaire.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a recensé en 2013 [12] une densité médicale moyenne en France de 138.6 médecins généralistes pour 100000 habitants pour un effectif total de 91539 omnipraticiens, soit 46.33% des médecins. Elle représente en Haute Normandie 122.7 médecins pour 100000 habitants, avec une grande disparité entre les départements de l'Eure (101.2/100000) et de la Seine Maritime (132.8/100000). En 2006, la densité médicale s'élevait à 154 généralistes pour 100000 habitants [13], avec 104000 généralistes soit 49% des effectifs. L'Eure est le département qui compte la plus faible densité médicale de France. Ce constat démographique laisse à penser que les efforts pour obtenir une pratique collaborative efficace dans notre région, avec un maillage territorial intéressant, doivent être beaucoup plus important que dans les autres régions. L'implication de tous les acteurs de la santé est nécessaire pour la réussite de ce projet.

L'exercice en groupe est aujourd'hui l'activité majoritaire [14]. Le taux de médecins, exerçant en groupe est en augmentation constante depuis plus de vingt ans. La part des médecins généralistes libéraux déclarant travailler en groupe est passée de 43 % en 1998 à 54 % en 2009. Cette augmentation est particulièrement marquée chez les médecins de moins de 40 ans qui sont près de huit sur dix à travailler en groupe. Un quart de ces médecins exercent en groupe pluridisciplinaire ce qui semble peu mais ce chiffre grandit chaque année. Le terme de regroupement, qui se définit par l'exercice dans un même lieu d'au moins deux professionnels de santé, recouvre des formes variées : monodisciplinaires (médecins d'une même discipline), pluridisciplinaires (médecins de disciplines différentes) et enfin pluriprofessionnelles, qui associent des médecins avec d'autres professionnels de santé, médicaux, paramédicaux, voire d'autres professions comme les secrétaires médicales.

L'évolution prévue de la démographie médicale – une perte de près de 10% des effectifs jusqu'en 2018 [15], puis une réascension jusqu'en 2030 – associée à une progression linéaire de la démographie infirmière libérale, et une population générale vieillissante à l'horizon 2030, (près de 10 % de la population Haut-Normande aura

plus de 80 ans contre moins de 5 % en 2010), pose la question de la prise en charge de cette nouvelle population et de leurs pathologies.

Ceci laisse à penser que l'exercice regroupé pluriprofessionnel est le mode d'exercice vers lequel il est intéressant de tendre sur tous les territoires défavorisés ou non. Il favorise le maintien d'une offre de soins et de services de santé pour les patients en améliorant les conditions d'exercice et le cadre de travail des médecins. L'exercice en maisons de santé pluriprofessionnelles se positionne comme une voie d'avenir en médecine quel que soit le territoire [14] [16].

3. Repères chronologiques de l'exercice pluriprofessionnel

Au début des années 2000, la notion de transferts de tâches des médecins vers les infirmières naissait, pour initialement dégager du temps médical et tenter de répondre au problème de démographie médicale qui se dégradait.

À partir de 2003, dix d'expérimentations de coopération étaient lancées avec l'idée de la délégation de tâches vers les infirmières [17]. Cette délégation portait sur un acte technique, une mission de prévention, ou une participation à la prise en charge des maladies chroniques. L'idée d'infirmière d'hémodialyse avait été lancée en milieu hospitalier, ou celle d'une infirmière clinicienne au sein d'un réseau de prise en charge de maladie chronique en milieu ambulatoire. L'article 131 de la loi du 9 août 2004 relative à la Politique de Santé Publique [18] a donné une première base légale à ces expérimentations, mais a été abrogé le 23 juillet 2009. La loi HPST a pris ensuite le relai.

La loi HPST, inscrite au journal officiel le 22 juillet 2009 [19], définit précisément la coopération entre médecins et infirmières, et plusieurs constats confirment la nécessité de développer cette coopération. L'évolution défavorable de la démographie médicale et les disparités territoriales, le développement des maladies chroniques et des polypathologies dans un contexte d'allongement de la durée de vie de la population, les progrès technologiques qui facilitent le partages de compétences, et la nécessité d'assurer l'efficience des prises en charge malgré les difficultés de financement des dépenses de santé sont les enjeux repérés pour établir une structure

d'offre de soins ambulatoire en coopération avec tous les acteurs de la santé. Pour faciliter l'installation de pratiques coopératives, l'article 51 de la loi HPST permet la mise en place de transferts d'actes ou d'activités de soins au sein de structures pluridisciplinaires ou non, au travers de projets de santé validés par les ARS.

Pour pouvoir assurer en France ce grand changement de cap de l'exercice médical en milieu ambulatoire, les pouvoirs publics ont observé les différentes pratiques collaboratives à l'étranger et leur retentissement sur les territoires.

4. L'exercice pluriprofessionnel à l'étranger

Au sein des pays développés, plusieurs modèles dans le sens du transfert des tâches ont vu le jour.

Le Professeur Berland en 2003 [20] et l'équipe de l'IRDES menée par le Docteur Bourgueil entre 2003 et 2007 [21] ont exploré les différentes évolutions des pratiques collaboratives dans les pays occidentaux et leurs limites.

Au Royaume Uni, le Système National de Santé a pour objectif d'améliorer l'accès aux soins dans un contexte de saturation des médecins généralistes avec une densité médicale forte de 270 médecins pour 100000 habitants [22]. Les infirmières travaillent soit dans des organisations autonomes soit par une collaboration renforcée entre le médecin généraliste et elles dans les cabinets de groupe. L'exercice médical individuel a presque disparu avec moins de 8% de médecins isolés dans le pays. Depuis le début des années 90, plusieurs réformes volontaristes, voire coercitives, incitent les médecins de ville à recruter des infirmières qui réalisent des consultations de premiers recours, du suivi de maladies chroniques, des activités d'éducation et de promotion de la santé. Ces infirmières praticiennes peuvent accomplir des actes médicaux selon des protocoles bien définis et pallient ainsi à la désertification médicale que connait le pays. Elles reçoivent des formations initiales spécifiques, ainsi que des diplômes reconnus, et leurs rôles se sont récemment étendus pour assurer la diversification des services offerts par les groupes de généralistes.

Au Québec, les centres locaux de services communautaires (CLSC), créés dans les années 1970, constituent une première expérience d'organisation multidisciplinaire avec des fonds publics. Les CLSC devaient à l'origine prendre en charge l'ensemble des besoins sociaux et de santé de leur population locale, à partir d'équipes multidisciplinaires, et se retrouvent maintenant à gérer le maintien à domicile des personnes vulnérables [23].

Le système GMF a ensuite été créé en 2000. Les médecins travaillent conjointement, au sein d'une structure privée, avec des infirmières cliniciennes. Elles ont aussi reçu une formation spécifique leur permettant d'assurer des missions habituellement réalisées par le médecin traitant telles que la gestion des facteurs de risques, la prescription des bilans périodiques, l'enseignement d'autotraitement, et le suivi des habitudes de vie [24]. Tout cela est fait pour une optimisation des compétences, une amélioration de la qualité des soins et un gain de temps médical et paramédical [20]. Le modèle GMF a conservé une rétribution à l'acte et séduit un certain nombre de médecins. En 2010, les GMF reçoivent plus du quart des patients québécois. Cependant, les cabinets médicaux privés classiques sont encore très majoritaires et assurent l'ensemble des tâches d'urgence et de prévention.

En Suède et Finlande, les autorités gouvernementales ont pris le parti de généraliser les Centres de Santé sur leurs territoires, basés sur la réunion des personnels médicaux et para médicaux sous un même toit. Leur volonté a été incitée par une pénurie d'offre de soins ambulatoire critique. Seulement 1 médecin sur 4 est un généraliste qui réalise les actes de premier recours en Suède. Les médecins et infirmières ont donc plus de facilité à se contacter dans ces Centres. Les rôles des IDE dans ces pays n'ont pas changé. Le principe d'une coopération interprofessionnelle semble être une des priorités dans ces pays pour assurer une permanence de soin de qualité et une amélioration des conditions d'exercice. Il n'y a pas eu de modification juridique des statuts des infirmières. Mais aujourd'hui ce mode d'organisation basé sur le salariat et financé publiquement, connait des problèmes de recrutement à cause de rémunérations moins attractives qu'en milieu privé.

Aux Pays Bas, pays de forte densité médicale avec plus de 390 médecins pour 100000 habitants, l'offre de soins primaires est articulée autour du médecin généraliste, avec une faible présence des infirmières. En 2005, 57% des médecins

généralistes travaillent en groupe mono ou pluridisciplinaires. Il y a eu une prise de conscience précoce de la pénurie médicale et une certaine réactivité pour y répondre. Mais les infirmières qui travaillent dans ces groupes sont très peu nombreuses, et ce sont plutôt des assistantes médicales qui composent avec le médecin. Elles ont un rôle de secretariat et réalisent des tâches cliniques simples. Aussi, les praticiens sont rémunérés à la capitation, et le système de paiement à l'acte a été stoppé, ne convenant pas à une offre de soins groupés dans ce pays. Les médecins gardent tout de même leur indépendance. Une très faible minorité de centres de santé réunissant médecins et infirmières ont été créés, couvrant moins de 10% du territoire. Il existe donc aux Pays bas une faible coopération entre médecins et infirmières.

En Allemagne, où la sélection des médecins est basée sur des critères non spécifiques aux études de médecine (moyenne obtenue au baccalauréat, le temps d'attente) ou sur des entretiens, il existe une densité médicale moyenne de 353 médecins pour 100000 habitants. Le gouvernement a créé en 2003 des « centres d'activités médicales » qui sont des structures de soins ambulatoires visant à regrouper différents professionnels de santé (médecins, kinésithérapeutes, infirmiers) et donc de favoriser la collaboration interdisciplinaire. Ces centres peuvent passer des contrats sélectifs avec les caisses pour réaliser des programmes de santé, mais ils ne connaissent pas une croissance suffisante pour attester de la pertinence de leurs actions. De plus le rôle de l'infirmière dans ces centres n'est pas étendu bien que le transfert de tâches diverses soit affiché. Il existe donc peu d'engouement de la part du milieu médical et paramédical à cette nouvelle pratique collaborative outre Rhin.

Ces nouveaux modes d'exercice à l'étranger avec notamment le partage des tâches paraissent être une évolution nécessaire aux modes d'exercice actuels afin d'optimiser la prise en charge globale des patients et de répondre à la demande de soins. De plus les regroupements semblent améliorer la permanence des soins, et les conditions de travail des professionnels de la santé. Ce tour d'horizon illustre la variété des configurations d'organisation des soins ambulatoires qui prévaut dans les pays développés. Quant à l'efficacité de ces dispositifs pour améliorer la prise en charge globale du diabète de type 2 sous insuline, aucun étude n'a été recensée.

Au final ce sont les pays de faible densité médicale et paramédicale qui ont le plus favorisé la collaboration alors que les pays où la densité est encore satisfaisante comme l'Allemagne les Pays Bas ou l'Italie sont un peu en retard car n'en ressentent pas le besoin [20].

5. Situation actuelle de l'exercice pluriprofessionnel libéral en France

Les densités médicale et paramédicale sont des paramètres importants pour la prise en compte des capacités de l'exercice pluriprofessionnel à se développer. La France s'inscrit dans une logique quasi identique aux pays Anglosaxons et du Nord de l'Europe, avec une densité médicale qui s'appauvrit progressivement. Ces pays ont déjà pris des dispositions pour remédier aux conséquences de cette situation.

L'exercice regroupé semble être aussi en France une des réponses pertinentes à la pénurie globale des professionnels de santé. Une réflexion de plusieurs années sur l'évolution des soins primaires, et un regard sur les systèmes de soins étangers ont permis de développer et de structurer les coopérations dans une logique d'exercice commun et de réalisation de projets de santé.

Nous citons ici les différents modes d'exercice multidisciplinaires proposés depuis 2007, date de leur introduction dans le Code de la Santé Publique.

• Le cabinet de groupe pluridisciplinaire

Il s'agit un lieu commun d'exercice, et avec une structure juridique commune, qui intègre des médecins et des paramédicaux. Le projet de santé n'est pas forcément l'élément déclencheur de la réunification des personnes, mais plutôt un partage des locaux et des charges financières.

• La maison de santé pluridisciplinaire

La définition des Maisons de Santé est donnée par l'article L. 6323-3: « La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours et peuvent participer à des actions de santé

publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. »

Dans ce cadre, les médecins et infirmières qui adhèrent à ce projet de santé ont des objectifs précis à réaliser et surtout à développer en réunissant et en potentialisant leurs expériences. Une part de leur activité est donc orientée pour réussir à valider le projet de santé qui est le véritable poumon de la maison de santé pluridisciplinaire.

• Le Pôle de Santé Pluridisciplinaire

Le Pôle de Santé est défini selon l'article L 6323-4:

« Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours, le cas échéant de second recours, et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma régional de prévention.

Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médicosociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale. »

Ce cadre d'exercice permet lui aussi de regrouper les compétences autour de projets de santé et surtout de générer des connexions étroites entre toutes les organisations qui composent la trame de la santé dans un territoire donné.

Le Centre de Santé

Il n'existe pas de centre de santé en Haute Normandie. Il n'est donc pas exploré dans cette étude.

Le mode de rémunération, avec la tarification à l'acte, rendait difficile la réalisation de projets de santé. Le législateur a donc créé un Nouveau Mode de Rémunération, propre à ces structures de santé. Le projet de loi de financement de la Sécurité Sociale [25] pour 2008 prévoyait la possibilité d'expérimenter pendant 5 ans ces modalités de rémunération alternatives au paiement à l'acte.

Cette expérimentation autour de ces structures pluridisciplinaires a été mise en œuvre dans six régions (Franche-Comté, Lorraine, Bretagne, Rhône-Alpes, Île-de-France et Bourgogne), auprès de sites volontaires, jusque fin 2012, et prolongé jusqu'au 31 Décembre 2013. Les modules de ce système - Missions coordonnées, nouveaux

services aux patients, coopération entre professionnels de santé - ont permis la prise en compte et la diffusion de prises en charge de premier recours. Cette expérimentation pilote couvre aujourd'hui 151 structures de santé pluridisciplinaires, dont 5 en Haute Normandie (3MSP et 2 PS) [26]. Aucune étude n'a évalué le bénéfice sur le plan de la santé de ces nouvelles structures. Au total, 291 maisons et pôles de santé étaient en fonctionnement en 2013 contre moins de 30 en 2008, dont 246 avec un projet de santé, selon les données de l'Observatoire des maisons et pôles de santé du Ministère de la Santé[27].On dénombre également environ 400 centres de santé polyvalents, dont la majorité est implantée en milieu urbain [28].

6. Les réseaux et unités transversales hospitalières pour assurer l'éducation thérapeutique du patient diabétique

Selon l'article L. 1161-1 de la loi HPST de 2009: « L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient » et fait donc partie intégrante de la prise en charge globale du patient.

Selon le rapport de l'IGAS en 2012 [6], les patients diabétiques suivis en milieu hospitalier sont les principaux intéressés du système d'éducation thérapeutique. médecins généralistes libéraux, eux, distillent quelques informations, mais ils déplorent leur manque de formation spécifique sur le sujet.

L'éducation thérapeutique pour les patients diabétiques se développe essentiellement au sein de réseaux de santé et d'unités transversales en milieu hospitalier. Leurs objectifs portent essentiellement sur la compréhension de l'impact des mesures hygiéno-diététiques, la maîtrise des variables biologiques, sur la prévention des complications à long terme, et surtout sur la composante psychoémotionnelle qui fait que la maladie est bien acceptée ou non.

Il existe 66 réseaux Diabète fédérés par l'ANCRED [29]. Le réseau REDIAB 62 par exemple dans la Région Pas-De-Calais consiste en la mise en place de binômes, médecin généraliste et infirmier libéral formés, qui ont pour buts l'éducation et le soutien spécifique des patients diabétiques de type 2. Ces intervenants ne participent que quelques heures par semaine aux séances éducatives avec les patients. Les patients

en semblent satisfaits mais là aussi, aucune étude n'a évalué l'intérêt, l'efficacité et l'efficience de ce système d'éducation thérapeutique.

En milieu hospitalier, le patient peut bénéficier d'une hospitalisation de quelques jours pour lui faire prendre conscience des efforts à fournir pour maîtriser globalement la pathologie diabétique. Des réserves sont émises quant à la pertinence sur le long terme de ces stages.

Des réseaux d'associations de patients comme l'association des jeunes diabétiques (AJD) et l'association française des diabétiques (AFD) participent activement à l'éducation thérapeutique du patient diabétique.

Les médecins généralistes libéraux n'ont pas dans leur grande majorité reçu de formation initiale spécifique à propos de l'éducation thérapeutique, elle est donc dévolue à ces réseaux.

La publication des résultats de la deuxième étude ENTRED 2007-2010 [1] montre que l'éducation du patient s'inscrit globalement dans une relation en face à face avec les professionnels. Les patients diabétiques sont peu nombreux à souhaiter bénéficier d'une éducation. Ceux qui en ont bénéficié au sein de ces réseaux disent que les séances ont répondu à leurs attentes et les ont aidés à mieux vivre avec le diabète et souhaitent même pouvoir en bénéficier à nouveau. Les médecins déclarent avoir un rôle à jouer en matière d'éducation, mais le manque de temps, de formation, et de professionnels ou structures relais sont les principaux freins dans la mise en oeuvre d'une éducation de qualité.

7. Une expérimentation de pratique coopérative étudiée : ASALEE

Il n'existe qu'une étude qui évalue le transfert de compétences des médecins vers les infirmières dans le cadre du diabète de type 2 en milieu ambulatoire: l'étude ASALEE [7] dans les Deux Sèvres à partir de trois cabinets de groupe qui se sont portés volontaires en 2004, étendu à vingt cabinets en 2007, regroupant 41 médecins et 8 infirmières. Cette enquête a été menée par le Docteur Bourgueil, médecin de santé publique à l'IRDES.

En médecine générale classique, ce sont classiquement les patients qui doivent faire la démarche d'aller vers les soins. Dans l'expérimentation ASALEE, ce sont les soignants qui vont vers les patients, soit par l'analyse du contenu des dossiers médicaux, soit par les consultations proposées au patient par le médecin. Cette démarche crée donc un changement dans le schéma du parcours de soins. Dans ce dispositif, l'infirmière réalise des consultations d'éducation thérapeutique, prescrit certains examens complémentaires sur avis initial du médecin généraliste.

Le dispositif permet d'avoir une probabilité de maintenir un HbA1C inférieure ou égale à 8%, 1.7 fois plus importante que dans la population témoin. L'impact de la consultation infirmière représente 2.6 fois plus de chance de maintenir cette HbA1C inférieure à 8% à la population témoin. Pour les enquêteurs, le surcout engendré est très faible par rapport aux améliorations de la qualité des soins et du développement de l'éducation thérapeutique du patient diabétique. Cette expérimentation a été considérée efficace et efficiente par les chercheurs, et est une piste fiable pour l'évolution vers une médecine coopérative performante. Selon l'IGAS [6], le travail en équipe proposé par ASALEE est bien adapté à l'organisation actuelle en petits cabinets et aussi en MSP. Le médecin est dans un rôle de coordinateur et de décideur, et l'IDE dans un rôle d'accompagnatrice. Mais posent le problème du statut légal de l'infirmière, et de la rémunération dans cet exercice coopératif.

La HAS [30] a autorisé en Mars 2012 l'expansion du dispositif ASALEE en tant que protocole de coopération, en précisant qu'il est nécessaire pour les structures qui souhaitent en bénéficier, d'apporter des précisions en matière d'indicateurs de suivi du diabète.

8. Place de la télémédecine dans la coopération entre soignants

La télémédecine est une autre pratique médicale coopérative qui met en rapport entre eux, par la voie des nouvelles technologies, soit le patient et un ou plusieurs professionnels de santé, soit plusieurs professionnels de santé.

Elle permet :

- d'établir un diagnostic,
- d'assurer, pour un patient à risque, un suivi dans le cadre de la prévention ou un suivi post thérapeutique,
- de requérir un avis spécialisé,

- de préparer une décision thérapeutique,
- de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes,
- d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

Les objectifs de la télémédecine, sont de réduire au maximum les inégalités d'accès aux soins, notamment pour les usagers en situation d'isolement, de donner une réponse organisationnelle et technique aux patients souffrant de maladies chroniques et/ou de poly-pathologies, et de répondre à la démographie inégale des professionnels de santé.

La télémédecine est encore en développement en France, avec des projets pilotes qui concernent la prise en charge des AVC, la santé des détenus et la permanence des soins en imagerie. Le diabète n'a pas été retenu pour intégrer ces projets pilotes.

9. En Haute Normandie

En complément de ces innovations structurelles immobilières qui se développent sur le territoire Haut-Normand, d'autres pratiques collaboratives existent spécifiquement autour du patient diabétique en ville comme le réseau MAREDIA [31].

Cette association Loi 1901 crée en 2005, au travers d'activités d'accompagnement et de promotion de l'éducation thérapeutique, de l'activité physique, de la mise en lien des différents professionnels de santé susceptibles d'intervenir auprès des patients diabétiques, permet de garantir une prise en charge des patients suivis par cette association sur l'ensemble du territoire Haut Normand.

Les interventions des professionnels se font grâce à des ateliers de groupe dans les grandes agglomérations de l'Eure et de Seine Maritime et se déroulent tout au long de l'année. Le patient diabétique de type 2 qui souhaite entrer dans MAREDIA a des obligations d'inscription annuelle à plusieurs ateliers. Le médecin coordinateur établit le lien entre le réseau, le médecin traitant et les infirmières libérales du patient. Au 31 décembre 2012, 3341 patients diabétiques étaient suivis par MAREDIA mais la prévalence du diabète est supérieure à 4% dans notre région, soit plus de 76000 personnes. Aucune étude sur l'impact de cette association dans l'amélioration des

objectifs de la DRESS sur le diabète n'a été recensée. Un autre rôle plus méconnu de MAREDIA est de proposer des formations pluridisciplinaires aux professionnels de santé.

Dans ces contextes international, national, et régional où l'interprofessionnalité se développe rapidement depuis assez peu de temps et se disperse dans plusieurs directions, il nous parait important de rechercher l'avis des médecins généralistes, qui n'exercent pas dans une structure pluriprofessionnelle, sur les conditions actuelles de leur coopération dans le cadre de la prise en charge des patients diabétiques sous insuline. Avoir leur sentiment sur les éléments à améliorer ou à créer pour une collaboration optimale entre soignants dans la médecine de demain est le deuxième objectif de l'étude.

III. MATERIEL ET METHODE

1. Type de méthode

Nous avons choisi le principe d'une étude qualitative qui est plus appropriée pour répondre à nos questionnements. Elle a permis d'obtenir les différents avis des MG sur le sujet, d'avoir une vision assez précise de la « réalité » sur le terrain et des attentes de chacun pour améliorer la relation médecin infirmière.

A la différence de la méthode quantitative, cette méthode consiste à recueillir des données verbales spontanées permettant une démarche interprétative, qui permet de répondre aux questions « pourquoi » et « comment ». Elle facilite la compréhension du fonctionnement des médecins et des infirmières et de leurs interactions [32].

La méthode qualitative peut être réalisée de deux manières [32]: la méthode par focus group et la méthode semi-dirigée individuelle. Pour des raisons de faisabilité, et de recherche du ressenti de chaque médecin au sein de son territoire, la méthode semi dirigée individuelle a été privilégiée.

2. Type d'entretien

Il a donc été choisi de réaliser des entretiens individuels qui permettaient aux sujets interrogés de s'exprimer avec la plus grande liberté et ouverture d'esprit en répondant à notre sujet [33]. Les discussions ont pu parfois être recadrées vers certains thèmes que l'enquêteur souhaitait voir ressortir lorsque le participant déviait du sujet, et qu'il n'évoquait pas spontanément.

3. Outil

Un guide d'entretien semi structuré avec des questions ouvertes a été réalisé en premier lieu afin de pouvoir aborder tous les thèmes qui sont importants. Ce guide a été étoffé au fur et à mesure des entretiens lorsque des points non mentionnés ont été évoqués par les médecins, les infirmières et les patients des études conjointes, pour

enrichir le recueil des opinions des médecins suivants. Le lecteur trouvera la version finale de ce guide d'entretien en annexe 1.

4. Sélection des participants

La sélection des participants à l'étude s'est réalisée de manière géographique et démographique ce qui a permis de diversifier les données. L'atlas régional de démographie médicale en Haute Normandie, fourni par le CNOM, a permis de délimiter les secteurs démographiques déficitaires ou non. Pour les ARS, les zones déficitaires ont plus d'attrait pour la réalisation de projets communs entre professionnels de santé. Une grande partie des médecins interrogés sont issus de ces zones dites déficitaires. Leur ressenti est essentiel pour notre travail, puisqu'ils sont directement concernés par les nouveaux modes de collaboration.

Puis l'annuaire « Pages jaunes » a permis de déterminer les coordonnées des médecins généralistes de chaque secteur, les coordonnées communes annonçant la présence d'un cabinet seul, d'une structure mono ou pluridisciplinaire.

L'objectif était d'inclure des médecins aux caractéristiques sociodémographiques et professionnelles différentes.

Les médecins généralistes choisis au hasard en fonction de ces critères, ont été contactés initialement par téléphone. Ils ont eu connaissance du sujet abordé avant leur décision de participer, et tous ont reçu l'information que leur entretien serait enregistré et intégralement retranscrit au mot près. Un rendez-vous aux lieu, date et heure qui leur convenaient a été fixé. Dix MG ont été contactés directement, deux ont décliné leur participation à l'étude. L'un ne travaillait pas avec les infirmières de son secteur et craignait ne rien avoir à dire sur le sujet, l'autre déclarait n'avoir pas le temps de recevoir l'enquêteur. Quatre médecins ont refusé le contact simplement par l'intermédiaire de leur secrétaire en justifiant qu'ils ne participent à aucune étude. Au total, 8 médecins généralistes ont accepté d'intégrer l'étude. Chaque entretien a été réalisé au cabinet du médecin participant selon leur souhait.

L'objectif de la sélection est d'obtenir une variance interindividuelle suffisamment large pour aboutir à une multiplicité de points de vue, à travers les cadres suivants :

Un médecin généraliste récemment installé en libéral / un médecin généraliste installé de longue date en libéral

Un médecin généraliste ayant reçu des formations spécifiques sur le diabète / un médecin généraliste sans formation spécifique sur le diabète

Un médecin généraliste exerçant en milieu rural / un médecin généraliste exerçant en milieu urbain

Un médecin généraliste femme / un médecin généraliste homme,

Un médecin généraliste travaillant seul / un médecin généraliste travaillant en groupe

5. Réalisation des entretiens semi dirigés

Les entretiens ont tous été réalisés entre le mois de Juin 2012 et Novembre 2013. Le nombre d'entretiens n'a pas été établi au début de l'étude mais au fur et à mesure de l'avancée des informations recueillies. Chaque entretien était enregistré dans son intégralité à l'aide d'un dictaphone, après avoir obtenu l'autorisation du professionnel interrogé, ainsi qu'un accord oral d'anonymat.

6. Retranscription des entretiens semi dirigés

Chaque entretien a été retranscrit manuellement et le plus fidèlement dans son intégralité sur papier puis sous le logiciel Microsoft Word Office 2010, grâce au logiciel de lecture audio Windows Media Player. Trois lectures audio dans leur intégralité ont permis de réaliser cette retranscription au mot près, dans les jours qui suivaient l'entretien pour ne pas perdre de détails. Les entretiens sont nommés par ordre chronologique de leur réalisation par la formule MG 1 à 8, et sont visibles en Annexe 2.

7. Analyse des données

Après une première lecture avec les enquêteurs des études conjointes, de l'ensemble des entretiens, pour s'imprégner des idées générales, chaque entretien a d'abord été analysé de façon manuscrite en relevant les principaux thèmes émergents. Puis l'analyse des données a été effectuée à l'aide du logiciel de codage N'vivo 10 de QSR

International. Chaque élément de texte (mot, segment de phrase, phrase, paragraphe) de chacun des entretiens a été analysé et regroupé en mots-clés ou nœuds par les trois enquêteurs, tous médecins généralistes. Cette méthode était identique pour les trois enquêtes afin de permettre de classifier les thèmes principaux et secondaires de l'étude, et de définir les réponses au sujet pour chaque enquêteur. Les nœuds, sous nœuds, ont été ensuite comparés à ceux retrouvés dans les études conjointes, et discutés afin de donner plus d'objectivité et de clarté à l'analyse des résultats. Les nœuds communs ont été répertoriés pour appuyer la discussion, de même que ceux qui ne le sont pas. Les résultats négatifs ont autant d'importance que les résultats positifs.

8. Coût

Aucune subvention n'a été requise pour réaliser cette étude. Les seuls couts reviennent donc aux déplacements routiers vers les cabinets des médecins interrogés, à l'achat du Logiciel N Vivo et du matériel informatique, soit environ 500 Euros au total.

IV. RESULTATS ET ANALYSE DES ENTRETIENS

1. Caractéristiques socio démographiques des MG interrogés

Tous les entretiens se sont tenus au sein des cabinets respectifs des MG.

- Répartition par sexe : six hommes et deux femmes
- Age médian de 56.5 ans (s'échelonnant de 30 à 63 ans)
- Tous les MG sont conventionnés en secteur 1
- 3 MG (n°1-4-7) exercent seul. MG 4 a exercé auparavant en cabinet pluridisciplinaire (2 MG et 2 IDE). MG 7 exerce aussi en EHPAD.
- 3 MG exercent au sein de structures mono disciplinaires : MG 2 et 3 travaillent en groupe de deux associés. Le MG 3 est également nutritionniste. MG 5 exerce avec 4 associés.
- MG 6 et 8 exercent en cabinet de groupe pluridisciplinaire mais sont propriétaires de leurs locaux et les louent à d'autres professionnels de santé. Leurs activités ne sont pas du tout mises en rapport et nous verrons qu'il n'existe aucune collaboration dans ces structures.
 - Le groupe du MG 8 : 2 MG, 2 IDE et 2 kinésithérapeutes.
 - Le groupe du MG 6 : 2 MG et 1 dentiste. Il a aussi des vacations en maison de retraite.
- Tous les MG exercent en Haute Normandie : 6 sont en milieu semi rural, 1 en milieu urbain et 1 en milieu rural.
- Tous ont plusieurs IDE dans leur zone d'activité, l'un d'entre eux note également la présence d'une diététicienne et du réseau MAREDIA * à proximité.
- Ils notent leur capacité à gérer le diabète à 3.41/5 en moyenne.
- Tous ces MG ont des patients diabétiques de type II sous insuline.

Les données sociodémographiques sont retranscrites dans le tableau suivant.

Age et sexe	6 hommes, 2 femmes Ages entre 30 et 63 ans. Age médian : 56,5 ans
Type de cabinet	N°1, 4, 7 : seul N°2, 3, 5 : groupe mono disciplinaire N°6, 8 : Cabinet de groupe pluridisciplinaire
Zone d'exercice	N°7 : Milieu rural, N°1, 2, 3, 4, 6, 8 : Milieu semi-rural N°5 : Milieu urbain
Lieu d'exercice	N°1, 2, 3, 4, 6, 7, 8 : Eure N°5 : Seine Maritime
Autres activités	N°3 : Nutritionniste N°6 : Vacations en maison de retraite N°7 : Vacations en EHPAD

2. Etat des lieux

A. Communication MG-IDE

a. Fréquence de contacts

Une grande partie des médecins interrogés ont des contacts rares (moins de 4 fois par an) avec les IDE de leur secteur pour la prise en charge du diabète.

• « 1/trimestre pour le diabète. » (MG 6)

D'autres considèrent que leurs rapports avec les IDE sont fréquents.

• « rapports très réguliers, quotidiens » (MG 7)

Un médecin de cette catégorie note que ces rapports se sont amoindris depuis son changement de structure de soin (passage d'une structure de soins pluri disciplinaire à un cabinet où il exerce maintenant seul).

• « J'ai un réel contact avec les IDE, je les voyais beaucoup plus avant que maintenant. » (MG 4)

Et d'autres disent que leur relation avec les IDE est inexistante dans le cadre du diabète.

• « Les relations avec les IDE ne sont pas mauvaises mais je n'ai aucun rapport dans le cadre du diabète. » (MG 3)

b. Moyens de communication

Le téléphone

Seul un des MG interrogés n'utilise pas le téléphone pour communiquer avec les IDE de sa zone d'activité puisqu'il affirme n'avoir aucun contact quel qu'il soit avec elles.

Le contact direct

Nous nommons « Contact direct » tout contact visuel entre le MG et les IDE.

- 5 MG utilisent ce mode de communication que ce soit directement au domicile du patient lors de la visite, à leur cabinet ou bien à l'extérieur.
 - « Si il y a un problème, elles viennent au cabinet » (MG 3)
 - « elles passent au groupe » (MG 4)
 - « on se voit dans la rue à mon cabinet où elles viennent en entrant sans frapper » (MG 7)

Par contre, un des MG dit n'avoir aucun contact direct, à cause du manque d'initiative des IDE à se déplacer au cabinet du MG.

• « elles ne viennent jamais au bureau. » (MG 1)

On peut déjà à ce stade de l'analyse annoncer que les contacts sont réalisés beaucoup plus souvent à l'initiative des IDE que des MG.

Contact écrit

Les différents moyens de contact écrit mentionnés sont le carnet de liaison, le carnet de glycémie, un courrier laissé au domicile du patient ou bien directement via l'ordonnance.

- « Je leur mets un mot à côté pour qu'elles suivent. » (MG 1)
- « Les informations écrites sur un cahier de liaison me semblent le plus adapté pour transmettre des idées. » (MG 4)

- Utilisation du patient comme intermédiaire

Seulement 2 MG intègrent le patient dans leur relation de communication avec les IDE.

- « J'utilise le plus souvent possible le patient comme moyen de communication, pour transmettre des infos simples qui le concernent, lui et lui seul. » (MG 5)
- « Il y a une relation triangulaire. » (MG 1)

D'autres considèrent à l'inverse que l'utilisation du patient comme intermédiaire n'est pas nécessaire ou est source d'erreur et de déformation des propos.

- « Je n'utilise pas le patient comme moyen de communication puisqu'on n'a pas besoin de lui pour se parler. » (MG 7)
- « Le patient est un mauvais moyen de communication entre les personnes de la santé, les infos sont souvent déformées, modifiées pouvant aboutir parfois à des catastrophes. » (MG 4)

c. Motifs des contacts

Les motifs de contact exposés par les MG par rapport à la prise en charge du diabète sont peu nombreux :

Renouvellement d'ordonnance

Un MG déplore le fait que les IDE prennent contact pour des motifs qu'il considère futiles et qu'elles ne le font pas pour des situations qui le nécessiteraient davantage.

• « Si les IDE appellent, c'est pour des renouvellements d'ordos, et des soucis administratifs, rien de médical. [...] Si une hypo ou hyper se produit, elles ne changent pas les doses mais par contre elles savent appeler pour une ordonnance à refaire. » (MG 5)

- Déséquilibre glycémique

- « Il y a peu de contact pour les doses d'insuline.» (MG 2)
- Complications aigues du diabète
 - « plutôt pour faire une visite en urgence pour un mal perforant infecté,
 ou une glycémie HI » (MG 7)

Autres motifs

A noter que les rapports semblent être plus importants pour d'autres pathologies.

• « Y a des pathologies où on a plus de contacts, de relations, comme les cancers terminaux, que le diabète, avec les morphiniques, antalgiques » (MG 1)

d. Facilité de contact

Les MG s'estiment dans l'ensemble facilement joignables. En revanche, ils n'évoquent pas la disponibilité des IDE et soulignent à nouveau que le contact doit être à l'initiative des IDE.

« Je suis hyper joignable. Je leur en ai déjà parlé, mais pas résultat. »
 (MG 5)

B. Les rôles du MG

a. La prescription

Initiation d'insuline

Deux des MG interrogés n'initient pas le traitement par insuline. Soit ils délèguent aux spécialistes libéraux ou hospitaliers pour une question de sécurité (MG 8), soit c'est à cause d'une faible patientèle diabétique liée à l'installation récente du MG (MG 5). Certain assurent encore l'initiation de l'insulinothérapie (MG 3-6). Les autres n'en parlent pas.

- Rédaction d'un protocole d'adaptation

Plusieurs MG déclarent noter un protocole précis pour l'adaptation des doses d'insuline à l'intention des IDE.

- « J'écris les adaptations de doses avec un protocole et mon raisonnement sur une ordonnance. » (MG 5)
 - Adaptation des doses d'insuline

Plusieurs médecins relatent l'idée qu'adapter eux même les doses d'insuline fait partie de leur activité.

« Je revois donc les doses chaque trimestre à chaque renouvellement. »
 (MG 5)

b. L'éducation thérapeutique

Une partie des MG interrogés assurent que l'éducation thérapeutique fait partie de leur travail.

• « C'est moi qui gère l'éducation thérapeutique, ce n'est pas le patient qui demande une consultation, c'est moi qui lui impose une consultation diététique » (MG 3)

L'un d'entre eux regrette de ne pas faire assez d'éducation, et ne sait pas si ce rôle est aussi assuré par l'IDE.

• « on devrait pouvoir leur expliquer comment manger mieux etc. C'est un grand problème de société. [...] Je ne fais pas d'éducation thérapeutique à proprement parler, les IDE non plus je pense.» (MG 8)

Ce médecin avoue au final être un peu dépourvu d'argument pour justifier son rôle d'éducateur thérapeutique, et laisse donc faire son patient sa propre éducation.

• *«Et on travaille un peu avec les plus obèses sur le régime, je dis les grandes lignes et… le patient se gère tout seul en fait »*

c. La délégation de tâches

Les MG sont presque tous d'accord pour considérer que les IDE, de manière autonome, exercent une tâche de surveillance (peser, observer), de réalisation des actes techniques (effectuer les glycémies capillaires et les injections d'insuline), d'alerte en cas de problème et d'éducation du patient (règles hygiéno-diététiques, informer).

La délégation actuelle des tâches aux IDE permet :

- D'encadrer l'éducation du patient
 - « (Les Ide) évaluent les capacités des patients à comprendre leur maladie, et surtout enseignent les mesures hygiéno-diététiques et surveillent leur application » (MG 7)
- De gagner du temps médical
 - « Je n'ai pas besoin d'aller régler les Lantus et tous les machins en fonction des glycémies. C'est elles qui font le boulot. » (MG 1)

- D'améliorer la prise en charge globale du patient, d'avoir une meilleure réactivité
 - « surveiller, peser le patient, surveiller ses pieds, et sinon, alerter si quelque chose ne va pas et éventuellement, une fois par semaine, voir l'alimentation et régler la diététique » (MG 2)

d. Le recours aux spécialistes

La majorité des MG adresse régulièrement leurs patients diabétiques aux spécialistes dans le cadre de la surveillance de la maladie ou bien en cas de déséquilibre majeur du diabète

Un MG déplore le manque de retour d'informations de la part de certains spécialistes.

« les néphros, les reins sont tellement bouffés que tu ne les vois plus.
 C'est néphro, la la la. On n'est pas informés » (MG 1)

C. Collaboration actuelle MG/IDE

a. Les éléments facilitant la collaboration MG IDE

- Le type de relation humaine

La majorité des MG interrogés qualifient leur relation avec les IDE de « confraternelle » (MG 1), « cordiale » (MG 1 et 2).

Certains disent qu'une relation de qualité aboutit à une meilleure collaboration ce qui permet une prise en charge du patient diabétique plus réactive et plus complète.

• « On se tutoie. [...] J'ai instauré avec elles cette proximité pour mieux travailler et anticiper les complications aigues du diabète [...] J'arrive à les éduquer avec le temps grâce aux IDE qui font un travail formidable, quotidien, très régulier » (MG 7)

- La confiance entre MG et IDE

La notion de confiance entre les parties semble être une condition nécessaire à une prise en charge conjointe efficace.

• « Et puis, j'ai confiance en elles, c'est important. J'en n'ai jamais ramassé un qui était en hypo. » (MG 1)

Cette confiance permet aux MG de laisser plus d'autonomie et de liberté dans leur travail quotidien aux IDE.

• «J'utilise au maximum les capacités de mes IDE. Elles sont au premier plan dans la démarche de soins. » « Quand je vois les patients sous insuline, je n'ai souvent qu'à contrôler les glycémies et faire le suivi biologique. Tout le reste est sous le contrôle des IDE. Ça se passe comme ça, je leur ai délégué toutes les tâches de surveillance et elles me contactent au moindre problème. » (MG 7)

- La proximité géographique

Les MG et IDE qui travaillent dans le même secteur et qui sont basés au même endroit ont naturellement plus de chance de créer du lien et de coopérer.

- « J'ai un réel contact avec les IDE, je les voyais beaucoup plus avant que maintenant quand on était dans les mêmes locaux » (MG 4)
 - La disponibilité des protagonistes
- « Très réguliers, quotidiens, on se tutoie, on s'appelle, on se voit dans la rue, à mon cabinet où elles viennent en entrent sans frapper» (MG 7)

b. Les éléments freinant la collaboration MG-IDE

- Une qualité de la relation médiocre

Une mauvaise relation, avec pour conséquence une absence de communication, peut aboutir à une moins bonne prise en charge ou à un retard de prise en charge.

• « Que pensez-vous de la qualité de votre relation avec les IDE ? Mauvaise, elles sont chiantes. [...] Selon moi, l'IDE n'est pas bien intégrée dans le schéma de gestion du diabète, parce qu'on ne communique pas, on peste sur elles plus qu'autre chose, elles doivent faire la même chose, et on se retrouve avec des glycémies au plafond trois mois après, parce qu'elles ne disent rien. » (MG 5)

- Le manque de communication

Des médecins déplorent une absence pure et simple de dialogue.

- « La qualité de relation avec IDE n'est pas extraordinaire, pas de conflit, mais aucun dialogue. » (MG 3)
- « l'IDE est libre de faire ce qu'elle veut, puisque on ne s'appelle jamais.» (MG 5)
 - Le manque d'envie de faire du relationnel
- « Je n'ai pas non plus tenté de créer une relation professionnelle quelconque avec les IDE. » (MG 8)
 - Le manque de temps
- « On a tous des agendas pleins à craquer (MG et IDE). La seule volonté des personnes ne suffira pas à créer un vrai réseau de prise en charge globale du diabète. » (MG 3)

• « Là on est tous séparés libéraux, pressés, trop de paperasse, on ne se croise pas sauf quand on se détermine un rdv, ce qui est rare actuellement. » (MG 4)

- La multiplicité des intervenants

- « On a l'ADMR, les IDE libérales, et le problème est que les IDE tournent souvent et qu'il est donc plus difficile de créer un vrai réseau MG IDE solide. » (MG 3)
 - La méconnaissance de la formation et du travail des IDE

Des MG interrogés notent également ne pas connaître parfaitement la formation initiale et continue des IDE. ni ce qu'elles font exactement lors de leurs passages chez le patient.

- « Je ne sais pas si les IDE ont un système de formation. » (MG 3)
- «Il y a un protocole? Non, elles ont l'habitude. Je pense qu'elles sont formées et comme c'est toujours un peu pareil... » (MG 1)
 - La méconnaissance du travail d'ETP des IDE

De même, plusieurs médecins relatent le fait de ne pas savoir précisément les activités des IDE de leur secteur.

- « J'espère qu'elle fait d'elle-même l'éducation du diabète, y compris l'éducation thérapeutique » (MG 6)
 - La formation des IDE jugée insuffisante

Pour les médecins qui connaissent bien leurs IDE, des critiques sont émises quant à la qualité de leur formation.

- « .Ça se passe bien en ce moment, mais ça pourrait être mieux si elles étaient bien formées. » (MG 2)
- « ya beaucoup de trucs à améliorer pour les IDE je trouve vis-à-vis de la gestion des diabétiques, à commencer par adapter les doses, même en m'appelant. Je suis hyper joignable. Je leur en ai déjà parlé, mais pas résultat. Ça vient peut-être de leur formation initiale ou complémentaire en rapport avec cette maladie. » (MG 5)

c. Résultats actuels de la collaboration MG/IDE

- Résultats jugés satisfaisants

Il existe des médecins qui sont satisfaits de la prise en charge actuelle du diabète, et le ressentent à travers une diminution de la gravité des complications. Cette satisfaction vient d'une coopération étroite qui semble efficace.

 « Notre proximité physique et les liens qu'on a tissés tout au long de ces années nous permet de bien gérer le diabète, et d'être au plus près des complications aigues du diabète, et surtout de mieux faire accepter la maladie par les patients. » (MG 7)

- Résultats jugés neutres

D'autres médecins, qui ne collaborent pas, ne voient pas de changement dans la prise en charge du diabète en cas d'activité regroupée.

• « Je ne pense pas que les gens soient mieux soignés si on se voit plus avec l'Ide, ça ne change rien. » (MG 1)

Résultats jugés non satisfaisants

Certains médecins qui ne collaborent pas non plus avec les IDE déplorent ce manque d'interaction.

« Là on sauve les meubles en quelque sorte, et chacun de son côté »
 (MG 4)

3. Quelles sont les évolutions possibles à cette situation ?

A. Pourquoi changer le système actuel?

Même si les MG semblent globalement satisfaits de la prise en charge actuelle des patients diabétiques de type II, la plupart admet qu'il est possible d'améliorer encore cette prise en charge globale du patient diabétique en passant par le regroupement professionnel, ou par leur intégration dans un réseau de santé.

- « Je pense fortement que le diabète pourrait être mieux géré si MG/IDE/Patients marchaient main dans la main. [...] Il est vrai qu'un vrai réseau nous permettrait surement de performer cette prise en charge » (MG 3)
- « La réunion de compétences est la chose la meilleure pour progresser. [...] Le travail d'équipe est le plus rentable pour obtenir des résultats rapides et probants, sur le diabète comme sur les autres pathologies chroniques, où la prévention est un élément important de la prise en charge » (MG 4)

Néanmoins, certains médecins, les plus âgés, ne veulent pas bouleverser leurs habitudes car ils sont satisfaits de leur prise en charge actuelle, sans donner plus de précision sur ces critères qualitatifs de satisfaction.

- « (je) ne vois pas pourquoi on améliorerait cette relation parce que ça se passe bien comme ça. » (MG 1)
- « Je n'ai pas besoin d'améliorer notre collaboration puisque ça me semble, et les IDE aussi, suffisamment efficace comme ça » (MG 7)

B. Quelles propositions d'évolution sont évoquées ?

- L'utilisation de nouveaux moyens de communication

Il a été évoqué une utilisation des messages écrits par téléphone comme rappel des actes à fournir à un instant donné.

• « peut-être qu'on pourrait créer un système de SMS. » (MG 2)

Cependant plusieurs médecins interrogés pensent plutôt que la technologie actuelle permet aisément la communication et la coopération entre acteurs de la santé.

Provoquer le contact avec les IDE

Un système de formation conjointe peut permettre de créer le contact entre les professionnels de santé.

• «à l'avenir, un système de formation entre les MG et les IDE le soir se ferait, et donc les contacts MG IDE. » (MG 3)

Plusieurs MG s'inspirent du système hospitalier en proposant l'organisation de staffs, de réunions multidisciplinaires régulières.

- « On pourrait améliorer ça en se réunissant régulièrement, mais il faut aussi qu'on ait les mêmes idées et une formation ensemble, et savoir pour chaque patient d'où on part. » (MG 5)
- « Une autre solution : nous pourrions prendre par exemple 1/2h par semaine sur notre temps, qui est aussi bien compté que celui des IDE pour aboutir, sans nécessairement avoir de structure immobilière, à une transmission des informations des insulines, et de tous les paramètres qui entourent la prise en charge du diabète. A l'hôpital, les services ont un staff tous les matins. Pourquoi pas nous ? » (MG 4)

Améliorer la formation

Il a été évoqué dans plusieurs entretiens qu'améliorer la formation des médecins et/ou celle des IDE serait utile autour du diabète.

Plusieurs propositions sont faites:

- o Intensifier la formation continue classique des MG
- o Proposer une nouvelle formation hospitalière pour les IDE
- o Créer une formation conjointe MG/IDE.
 - « Pour améliorer la PEC du diabète, il faudrait déjà une FMC locale entre MG, puis former les IDE avec un passage hospitalier, ou par notre biais dans un second temps, ce qui semble plus pratique puisqu'on a les mêmes patients et qu'on est dans le même quartier.» (MG 3)
 - « On pourrait imaginer une formation hospitalière, diabéto d'1 journée ou plus là-dessus, par exemple, et qu'elles gardent leur autonomie, ca leur donnerait peut être plus de compétence sur la surveillance du diabète » (MG 2)
 - Majorer la délégation des tâches vers les IDE
 - « Vu que les IDE ont déjà des possibilités de prescription, je pense qu'on pourrait leur donner un peu plus de liberté, mais le type d'insuline les dosages initiaux doivent rester entre les mains du MG. » (MG 3)
 - Améliorer les structures de soins

Certains MG évoquent la création de maisons où l'offre de soins serait pluridisciplinaire. Ces nouvelles structures pourraient être le lieu d'échanges entre professionnels de santé, et entre professionnels et patients.

- « Les structures de santé ou maisons médicales me semblent être un élément d'approche pour faciliter la concertation des acteurs de santé, car les IDE seront plus facile à croiser » (MG 4)
- « Peut-être qu'avec les maisons médicales qui vont se créer dans un proche avenir, un système de formation entre les MG et les IDE le soir se ferait, et donc les contacts MG IDE. De même que des ateliers réguliers, sur le diabète entre un MG et des diabétiques, avec des IDE » (MG 3)

On note ici que le terme de « maison médicale » est déformé pour le terme de « maison de santé ».

- Proposer de nouveaux modes d'éducation thérapeutique

Un médecin propose la création d'ateliers d'éducation thérapeutique faisant intervenir différents professionnels de santé autour du diabète.

• « la maison de santé pluridisciplinaire ou la maison médicale permettraient de prévenir de manière plus efficace, avec un système d'atelier ou activité ludique.[...] Ce qui semble le plus efficace c'est la dynamique de groupe avec des ateliers réguliers, différents à chaque fois, animés par des IDE, diététicienne, et MG par ex, un peu comme à l'hôpital, mais l'hôpital ne peut pas se charger de tout. » (MG 4)

C. Freins potentiels à cette évolution vers une médecine regroupée

- Le temps insuffisant et une absence de rémunération prévue pour ces réunions et ces formations sont les deux principaux facteurs évoqués limitant l'évolution actuelle de la médecine de ville.
 - « Mais le problème, c'est la rémunération, le temps passé à préparer et organiser ces ateliers, et le personnel qu'il faut trouver » (MG 3)

- « (le) diabète serait surement amélioré mais pas le temps de collaborer
 !!! [...] On n'a pas le temps et les financements pour se former tous
 ensemble. Ce n'est pas non plus la sécu qui ira dans ce sens » (MG 8)
- L'âge des MG en place sur le territoire peut freiner l'ambition de la création de structures pluridisciplinaires.

MG 4, à propos des maisons médicales : « Mais ça ne m'intéresse pas car il ne me reste que 3 ans à faire. »

- Une médecine libérale ouverte mais qui fonctionne avec des critères d'indépendance.
 - « Ce serait intéressant de travailler de concert mais on est dans une activité libérale, donc un peu indépendant quelque part. » (MG 8)
 - Le manque de motivation des acteurs de la santé
 - o pour la participation aux formations
 - « je ne suis pas sûre que des IDE viendraient pour se former à ce sujet.
 » MG 3
 - « mais la formation ne passionne déjà pas les MG, alors... [...] Il suffit de voir les difficultés pour les MG d'instaurer un système de FMC avec le manque d'adhésion des personnes. » (MG 4)
 - o Lié à la satisfaction du MG de sa propre situation.
 - « Je ne vois pas pourquoi on améliorerait cette relation parce que ça se passe bien comme ça. » (MG 1)

Les souvenirs des échecs passés

Cette envie d'évolution de la collaboration, d'amélioration de la formation, n'est pas une notion nouvelle et a déjà parfois été mise en échec ce qui démotive le créateur de l'ancien projet.

- « J'ai tenté d'amorcer quelque chose lors d'une FMC de ville voisine avec des IDE pour améliorer, mais peu d'IDE sont venues, malgré des mails et courriers » (MG 3)
- « J'ai tenté de créer un système de collaboration, ce qui s'apparente à une maison médicale maintenant, il y a une dizaine d'années. »(MG 4)

On note que plusieurs initiatives individuelles de regroupement par des médecins ont été tentées, sans aboutir à la création de structures coopératives. Aucune donnée dans les entretiens avec ces médecins ne permet d'expliquer ces tentatives avortées.

- L'état d'esprit de certains professionnels peu ouvert aux changements
- « c'est surtout l'IDE qu'il faut convaincre, car elles ont leur propre expérience, son niveau sur la prise en charge des problèmes de santé et n'aiment pas forcément qu'on change leurs habitudes. » (MG 4)
 - Craintes vis-à-vis des nouvelles structures de soins

Certains MG disent que la création de ces structures n'a pas toujours comme objectif l'amélioration de la prise en charge des patients. Ils y voient plutôt un avantage financier et une amélioration de la qualité de travail des praticiens de ces structures, sans réelle visée sur la santé de la population.

 « La maison médicale actuellement qui va se créer dans notre petite ville, ne présente pas dans son dossier ce système de réunion, débriefing etc., Mais je ne suis pas sûr du tout du tout qu'on aboutisse à ça à terme. C'est surtout pour avoir un toit commun, entre gens d'horizons différents, et l'appât d'un faible loyer attire !» (MG 4)

D. Quelles conditions nécessaires à l'évolution vers une pratique coopérative ?

- Faire preuve de motivation

• « Mais il est nécessaire que vous soyez volontaires pour vous investir là-dedans. Car la source de notre activité est bien d'essayer d'obtenir l'amélioration la plus probante de la qualité de vie des malades » (MG3)

A noter que ce médecin emploie le pronom « vous », sous entendant qu'il appartient aux plus jeunes générations de se lancer dans cette nouvelle pratique.

- Se rendre disponible

• « on devrait se rendre plus disponible, ne serait-ce que 15 min régulièrement, après par exemple la tournée du matin des IDE.»(MG 4)

- Etablir des rapports confraternels

• « Il ne faut par contre pas voir les IDE comme des « salariés », mais plutôt comme des collaboratrices avec lesquelles on échangerait les infos au quotidien » (MG 4)

Développer l'esprit d'équipe

- « Je ne vois que des avantages de ce système, mais il faut que les professionnels qui y entrent soient dans un système de discours commun, avec la même philosophie. »« Si on veut créer un système de collaboration, on doit parler l'une seule voix. » (MG 4)
- Créer une relation de confiance entre MG et infirmiers
 - « J'espère qu'elles fonctionneront avec un échange régulier entre les acteurs de santé, et relation de confiance s'installe. » (MG 6)
- Respecter mutuellement les rôles et les compétences de l'autre
 - « attention de ne pas tomber dans la facilité et dans la familiarité, qui pourraient porter préjudice à vos positions respectives dans la structure. » (MG 4)

A travers l'ensemble de ces données issues de l'analyse sémantique de nos huit entretiens, il est possible d'apporter des éléments de réponse à notre interrogation. Puis en les couplant ces données aux résultats d'analyses de mes consoeurs Jeanne Husson et Valérie Liss à propos des ressentis des infirmières et des patients, une discussion globale sur la qualité de prise en charge coopérative actuelle et future du patient diabétique peut être instaurée.

V. DISCUSSION

1. Discussion de la méthode

La méthode utilisée pour cette étude est basée sur des entretiens semi-dirigés, à partir d'un échantillon de médecins non représentatif de la population médicale. L'objectif est plutôt d'obtenir une diversité des horizons et des opinions que d'être statistiquement représentatif. La saturation des données lors de la réalisation de cette enquête qualitative, malgré l'échantillon de faible importance, est *a priori* acquise dans cette étude, puisque plusieurs idées et notions ont été répétées par les médecins interrogés.

Le manque d'expérience de l'enquêteur pour la réalisation d'études qualitatives, représente un biais limitant l'ensemble de ce travail. Pour compléter ses bases acquises lors des enseignements théoriques sur la recherche qualitative, il a été rendu nécessaire de réaliser une lecture complémentaire de la littérature pour cerner les rouages techniques de cette méthode [34] [35].

Les thèmes inscrits dans le guide d'entretien, après une recherche sur le sujet dans la littérature, sont la trame de fond de notre travail. Lors des entretiens, les questions ont dû parfois être reformulées pour être comprises, décomposées, voire orientées du fait d'un trop grand nombre de réflexions qui pouvaient s'articuler ensemble lors des réponses. Ces questions ont été retravaillées entre chaque entretien de façon à assurer une plus grande précision dans les réponses. Aussi les idées vers lesquelles souhaitait tendre l'enquêteur ont pu être repérées par les médecins interrogés. Les réponses exprimées ont parfois été ressenties comme associées aux attentes de l'enquêteur, créant parfois des contradictions dans le discours de certains.

L'analyse des données est une étape majeure dans l'avancée de l'étude qualitative. Elle peut être une étape difficile pour un enquêteur, bien qu'il y ait eu le soutien d'un logiciel informatique performant. Si le contexte et la phrase exprimée sont mal compris, il en ressort une retranscription et un codage imparfaits avec une analyse qui

va manquer de fiabilité. Ces étapes ont donc été réalisées très précocément à la suite de chaque entretien pour éviter ce biais d'interprétation.

L'analyse commune des données des entretiens, avec les enquêteurs de l'étude sur les patients et les IDE, a permis de générer des débats autour des codages litigieux et d'augmenter la pertinence de l'analyse des données recueillies et des codages. Ceci permet d'augmenter la puissance générale de ces recherches.

Tous les enquêtés de cette étude, sauf un, exercent leur activité dans le département de l'Eure, département le plus sinistré en terme de démographie médicale. Et aucun n'exerce en structure de soins pluridisciplinaire, au sens du Code de la Santé Publique de 2007, afin de ne pas créer de biais dans les réponses des médecins sur cette métamorphose du paysage médical. Leur avis est donc très intéressant sur la situation actuelle et prochaine de la coopération médecin infirmière.

Ce travail, couplé à celui de Jeanne Husson et de Valérie Liss sur le même thème à propos des IDE et des patients, permet d'obtenir au final une idée assez réelle des modalités de collaboration entre soignants autour du patient diabétique sous insuline et de déterminer certaines pistes, qui ne sont pas exhaustives, pour l'améliorer.

2. Discussion des résultats

A. Coopération ou collaboration?

Attachons nous d'abord à définir ces termes essentiels dans notre travail, puisque les médecins interrogés se servent de ces deux mots pour parler de leur relation avec les infirmières.

On retrouve plus souvent dans les publications le terme de coopération, qui semble synonyme au terme de collaboration selon le Larousse [36]. Il existe une nuance assez fine. Collaborer est défini par « le fait de travailler de concert avec un autre, de l'aider dans ses fonctions, de participer avec un ou plusieurs autres à une œuvre commune ». Ceci sous-entend un rapport d'égal à égal avec le collaborateur qui présente les mêmes fonctions. Or les fonctions et rôles des médecins et des infirmières, bien qu'exerçant dans le même domaine et ayant les mêmes objectifs, sont différents.

La coopération représente l'optimisation des compétences de chacun dans le cadre d'un intérêt commun autour d'un projet de santé clair pour assurer une meilleure cohérence et une qualité de prise en charge de la maladie plus fiables. La coopération peut sous-entendre une hiérarchisation des rôles, puisqu'il est nécessaire d'organiser et de coordonner les professionnels de santé [37] dans le cadre de la maîtrise du diabète. Cette notion de coopération est au centre de débats de santé publique pour faire évoluer la médecine libérale encore individualiste et paternaliste vers une médecine regroupée pluri professionnelle où le patient joue un rôle central. L'article L. 6121-1 du Code de Santé Publique traduit la volonté des pouvoirs publics à générer ces débats: « le SROS vise à susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations ». Le terme de coopération semble plus approprié aux relations entre les médecins et infirmières, qui grâce à leurs compétences différentes mais complémentaires, parviennent à gérer le suivi des pathologies chroniques comme le diabète.

Dans notre étude, on trouve une médecine plutôt individualiste que ce soit en ville ou à la campagne où la coopération n'est pas du tout prédominante. Les médecins se disent en relation plus ou moins étroite, avec les infirmières pour la gestion des patients diabétiques sous insuline. Ceci leur permet d'annoncer leur satisfaction quant la qualité de la maîtrise du diabète. La très faible fréquence des contacts et les multiples motifs non médicaux cités peuvent mettre en doute cette satisfaction. Dans l'étude sur les infirmières, celles-ci ont plus de retenue quant à la qualité de la relation avec les médecins. Elles annoncent plutôt une relation unilatérale et dirigiste avec un impact assez négatif sur la qualité de la prise en charge du patient diabétique sous insuline, mais pas sur ses objectifs biologiques. On ne peut pas affirmer qu'il existe aujourd'hui une collaboration ou une coopération efficace en milieu ambulatoire.

Les médecins interrogés voient d'un bon œil l'évolution de la médecine regroupée avec les paramédicaux. Elle devrait générer une forme de coopération pluri disciplinaire, et de parvenir à l'autonomie du patient diabétique. Le bénéfice du patient, la rationalisation des moyens et le maintien d'un accès aux soins satisfaisant malgré la démographie médicale sont les trois objectifs à remplir selon une étude de l'HAS sur les pratiques médicales coopératives actuelles [38] pour assurer une coopération efficace. Ces objectifs seront développés tout au long de cette discussion.

B. Une communication inter professionnelle perfectible

La communication entre MG et IDE est la base de la coopération pour réaliser des projets communs. Selon les médecins, les moyens utilisés actuellement pour communiquer semblent suffisants, la plupart des contacts se faisant par téléphone. Ils n'utilisent pas ou très peu les patients pour communiquer avec les infirmières du fait notamment du risque d'incompréhension et de déformation des informations à transmettre. Cette exclusion du patient, aussi retrouvée dans l'étude sur les infirmières, peut s'expliquer par l'âge souvent avancé et le degré important de dépendance de ces patients qui génèrent ces risques. Selon l'étude sur point de vue du patient, cette relation interprofessionnelle est supposée mais jamais avérée. La relation soignantsoigné présente donc un caractère paternaliste qui est encore d'actualité et contraste avec l'évolution d'une médecine moderne pour laquelle il est recherché une relation d'égal à égal entre patients et soignants. Cette relation verticale impose au patient une confiance totale, envers ses soignants [39]. L'étude ENTRED [40] révèle que deux tiers des patients qui ont bénéficié d'entretiens approfondis avec un médecin sont satisfaits de ce principe, ce qui confirme l'intérêt général des patients pour mieux maîtriser leur pathologie et un rééquilibrage de la relation soignant soigné.

Dans notre étude, les médecins sont globalement satisfaits de leur communication avec les IDE mais trois éléments contredisent ce sentiment, confirmés par l'étude sur les infirmières: Des contacts de courte durée sans discussion approfondie des problèmes du patient, l'unilatéralité des contacts de l'IDE vers le MG, et la faible fréquence des contacts. Tous les médecins ne ressentent pas le besoin de contacter les infirmières. Ils ne voient pas forcément dans cette démarche le bénéfice qu'ils pourraient tirer de leurs expériences et des informations qu'elles possèdent sur le patient. Ça ne s'apparente pas à un manque de considération du travail des infirmières mais plutôt à des modes d'exercices et des activités différentes pour lesquelles les chemins des médecins et infirmières ne se croisent pas, alors qu'ils traitent les mêmes patients.

Notre étude fait ressortir que les motifs des contacts entre professionnels sont de l'ordre de la rédaction des papiers administratifs et des renouvellements d'ordonnances d'insulines, mais peu pour des prises en charge urgentes des complications aigues du diabète ou d'adaptation des doses d'insuline. Les médecins s'en désolent, et souhaitent que les infirmières viennent plus au contact. Dans l'étude

de Jeanne Husson, on ne retrouve pas la notion du suivi global du patient diabétique à l'origine des contacts, mais aussi beaucoup d'ordonnances à refaire. Elles confirment que les médecins ne les appellent pas, et qu'elles doivent régulièrement les démarcher pour obtenir des informations. Elles affirment aussi suivre le protocole noté par le médecin, mais agissent surtout en fonction de leur propre expérience des situations qu'elles rencontrent. Elles demandent parfois l'aval des MG oralement pour réaliser les actes qui nécessitent un changement dans la prise en charge. Il existe donc un souhait de mieux communiquer de la part des médecins et des IDE.

On retrouve dans l'étude une fréquence très faible de contacts, de l'ordre de 1 appel par trimestre. Cette faible fréquence est justifiée pour les médecins par le manque de temps global, par l'autonomie et l'expérience des IDE pour la gestion du quotidien, et par cette hiérarchisation inconsciente qui entraine pour les IDE une peur de déranger le médecin. Cela nourrit l'idée du manque de discussion ressenti par les infirmières, le caractère unilatéral des contacts, et la hiérarchisation des soins primaires. Les médecins évoquent même que les contacts sont plus réguliers pour d'autres problèmes comme la gestion de la douleur de pathologies chroniques.

Le contexte local rendu difficile à cause de la démographie médicale qui s'affaiblit, la progression du nombre d'infirmières, la confiance et l'envie de communiquer entre partenaires de la santé sont des critères importants pour créer un regroupement de professionnels qui ont les mêmes objectifs.

C. L'éducation thérapeutique pour coopérer ensemble au bénéfice du patient

Dans notre étude, bien que les médecins déclarent avoir un rôle important dans l'ETP de leurs patients diabétiques, ils décrivent leur formation comme insuffisante pour obtenir des résultats fiables. Les médecins se basent essentiellement sur leur expérience du diabète pour transmettre des informations d'éducation thérapeutique dans leurs consultations. Ils ne savent pas si les IDE sont formées à l'éducation thérapeutique et si elles en font. Ils pensent que l'ETP peut être un moyen de bien maîtriser le diabète, pour les patients les plus réceptifs à cette forme d'enseignement. Ils envoient donc leurs patients en stage hospitalier par défaut et par manque de temps à consacrer à l'ETP.

Le manque de temps dans les consultations est le frein majeur à la réalisation d'une ETP de qualité au sein du cabinet. Pour pallier à ce problème, le service de diabétologie local est le principal recours pour réaliser l'ETP. Un seul médecin évoque le réseau régional d'éducation thérapeutique MAREDIA, mais n'y adresse pas ses patients. On retrouve chez certains médecins des tentatives de coopération avec des infirmières qui ont échouées à cause d'un manque de volonté collective ou des projets trop ambitieux. Ces médecins sont convaincus de l'intérêt à porter à la collaboration pour améliorer la prise en charge des patients diabétiques. Personne ne parle des autres structures d'ETP comme l'Association Française des Diabétiques ou du programme national SOPHIA lancé en 2008 par l'Assurance Maladie. La méconnaissance de l'offre de soins en termes d'éducation thérapeutique semble être un autre frein aux difficultés d'implantation de l'ETP en ville. L'attente du développement des structures de santé pluri professionnelles dans le paysage médical de proximité est majeure pour y enseigner l'ETP. Le médecin attend une transformation de ses compétences cliniques, relationnelles et une plus grande multi professionnalité dans sa pratique de 1'ETP [41].

L'éducation thérapeutique est une notion nouvelle reconnue officiellement par l'OMS en 1996 [9]. Elle « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ». Les objectifs de l'éducation thérapeutique pour le patient sont de développer la maîtrise de sa situation de santé, une meilleure connaissance de la maladie et des traitements, et les compétences d'auto-soins et d'adaptation à la maladie. La loi HPST de 2009 [19] a reconnu l'ETP comme un élément à part entière des soins du patient diabétique. Selon la HAS [42], l'éducation thérapeutique est indispensable à la prise en charge des patients diabétiques de type 2. Mais elle reste restreinte en milieu ambulatoire, et surtout n'est pas ciblée sur les patients qui en ont le plus besoin puisqu'elle accueille tous les patients. Ceux qui souhaitent avoir des connaissances pointues sur leur maladie maîtrisent déjà bien leur diabète et ne sont pas les meilleurs candidats à l'ETP. Il serait intéressant de recruter les patients, dont le diabète n'est pas dans les normes, mais qui veulent des informations. L'ETP n'aura aucune influence sur les patients qui sont dans le déni de leur maladie.

Plusieurs revues de la littérature avec des méta-analyses entre 2000 et 2008 [43] [44] ont été réalisées pour avoir un regard critique sur les bénéfices de l'ETP vis-à-vis du diabète. Elles révèlent que l'éducation thérapeutique peut s'inspirer du modèle

Desease Management. Le Desease Management se définit comme une prise en charge moderne et pluriprofessionnelle des pathologies chroniques et coûteuses, mise en place aux Etats Unis au milieu des années 90, y compris le diabète. L'intérêt de développer les capacités des patients à prendre eux-mêmes en charge leur pathologie était mis en avant parallèlement à une remise en cause du rôle des professionnels. Cette forme d'ETP induit un effet positif immédiat sur les critères biologiques et de suivi du diabète, mais on retrouve une diminution de cet impact sur le long terme et une diminution des dépenses globales de la maladie. Les indices d'amélioration de la qualité de vie sont retrouvés dans ces études. Ce système semble donc efficace.

En 2009, 72% des médecins déclarent se sentir efficaces dans l'ETP des diabétiques [45]. Dans notre étude, plusieurs médecins se sentent compétents grâce à leur expérience, mais beaucoup évoquent leur manque de formation et le manque de temps à consacrer à l'éducation des patients. Ils ne savent pas si les infirmières exercent cette éducation. Il semble possible selon eux de combler ces lacunes grâce aux nouvelles structures de santé qui émergent.

D. La formation des médecins à l'ETP: un enjeu important pour une collaboration optimale

On retrouve fréquemment ce manque de formation dans les études et un manque de temps médical pour assurer l'éducation thérapeutique. Une enquête dans l'Indre et le Loiret [46], deux départements aussi sous médicalisés, sur les pratiques d'ETP révèle que les médecins passent moins de une heure par an et par patient diabétique pour 75% d'entre eux à l'ETP. Notre étude rapporte la proposition que tous les professionnels de santé qui exerceront en maison pluridisciplinaire soient formés ensemble et au préalable à l'éducation thérapeutique du patient diabétique avec un diplôme universitaire pour garantir aux patients et aux ARS un certain niveau de connaissances et de capacités à articuler ce projet de santé autour du patient diabétique.

Le Ministère de la Santé souhaite depuis Aout 2010 que les médecins qui exercent en milieu pluridisciplinaire aient une expérience dans les programmes d'ETP [47]. L'ETP est maintenant intégrée dans les cycles universitaires. Les Instances Régionales d'Education et Promotion de la Santé [48] sous couvert du Ministère de la Santé

proposent une formation de 40 heures d'enseignements théoriques et pratiques pour organiser et dispenser l'ETP à tous les professionnels qui souhaitent se former. La délivrance d'un certificat d'acquisition des compétences permet de s'assurer de la qualification de l'intervenant. Certaines universités ont ouvert un DU d'éducation thérapeutique, ou un Master d'éducation thérapeutique accessible en formation initiale ou continue, comme à l'Université de Rouen en 1 an pour répondre à cette demande de formation. La formation est un gage de qualité qui incitera les patients à adhérer aux programmes d'ETP proposés, d'autant plus si les formateurs font partie de l'entourage médical du patient. Beaucoup d'énergie est donc entreprise pour la formation à l'ETP.

Dans le travail de mémoire de DES de cette année qui n'a pas été publié, la formation par FMC, l'autoformation et l'expérience personnelle sont les principales ressources des médecins pour réaliser l'éducation thérapeutique. Elle est souvent faite de manière informelle au sein des cabinets. Il n'y a pas de consultation dédiée à l'ETP dans cet échantillon et les médecins attendent beaucoup de l'implantation des structures pluridisciplinaires qui participeront à une éducation thérapeutique de qualité et surtout de proximité. La seule contrainte au développement de l'ETP vient de la population diabétique à atteindre. Une grande part des médecins souhaitent qu'elle soit dispensée à tous les diabétiques pour que tous aient la même vision de la maladie afin de maitriser leur vie avec le diabète au quotidien, et limiter l'incidence des complications aigues et chroniques qui augmentent le nombre et la durée d'hospitalisation.

E. Le regroupement pluri professionnel pour coopérer et maintenir un accès aux soins de qualité

Dans notre étude il est fait mention d'une proposition de concertation pluri professionnelle sous forme de réunions régulières, pour tenter d'améliorer cette relation quasi inexistante, à l'image de staff hospitaliers, en attendant les structures pluridiscplinaires. La mise en place d'un tel dispositif demande beaucoup de temps, et de volonté de la part des acteurs de la santé qui ne souhaitent pas forcément s'investir plus qu'ils ne le font déjà pour un bénéfice sur le patient incertain. L'absence de rémunération de cette activité supplémentaire est aussi un frein majeur.

L'activité en groupe des MG libéraux en France est en constante augmentation depuis plus de 20 ans et est passée de 43% en 1998 à 54% en 2009. Cette augmentation est

surtout marquée chez les médecins les plus jeunes, de moins de 40 ans [12]. Seul 1/4 des MG qui exercent au sein de groupes le font dans des structures pluriprofessionnelles [49], ce qui correspond à l'émergence récente de l'activité de coopération. Cet engouement récent est lié à l'adhésion de ces médecins pour une médecine pluridisciplinaire, moderne et de proximité qui permet de pallier à un contexte démographique malade.

Dans notre analyse, les médecins perçoivent les structures de soins pluri professionnelles comme un élément facilitant la communication et la collaboration. Plusieurs termes sont employés pour évoquer les structures de soins pluridisciplinaires: « maisons médicales, maisons de santé, structures médicalisées, centre de soins pluridisciplinaires » rendant compte d'une certaine confusion.

Les définitions de ces différentes structures de soins ont longtemps été floues et contradictoires mais ont évolué avec leur inscription dans la loi de financement de la Sécurité Sociale du 19 Décembre 2007 [50]. Elles ont été ensuite modifiées dans l'article 39 de la loi HPST [19], et dans l'article 2 de la loi complémentaire du 10 Aout 2011 [51]. Le cadre juridique a été adapté pour aboutir à la Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires ce qui facilite l'implantation de ces nouveaux lieux médicaux. Les maisons de santé, les centres de santé, et les pôles de santé sont des structures qui ont une approche globale de la santé, avec des projets de prévention et de santé publique à proposer obligatoirement, qui sont étudiés et validés par l'ARS. Ces regroupements pluri professionnels, que souhaitent les pouvoirs publics pour répondre aux inégalités territoriales, ont pour objectifs pour chaque professionnel de coordonner ses actions de prévention, d'améliorer sa qualité de vie personnelle, d'avoir une plus grande souplesse dans l'organisation du travail, et une diminution de la sensation d'isolement. Le patient peut y avoir des soins plus personnalisés, moins de contraintes d'accès à ses soins et une plus grande offre de soins en termes de présence horaire. La maison médicale est un entité bien différente, qui n'intègre que des médecins travaillant indépendamment ou pas, sans projet de santé commun clairement affiché.

Les médecins interrogés sont favorables à ce nouveau type d'exercice coopératif. Ils ne sont pas toujours prêts à changer de structure surtout lorsqu'ils sont en fin de carrière. Ils ne veulent pas modifier leurs habitudes de travail, et craignent une revue à la baisse de leur rémunération avec la forfaitisation des activités. Les plus jeunes, plus habitués à l'exercice pluri professionnel lors de leurs études d'internat sont plutôt enclins à

travailler dans ces nouvelles structures. Dans une étude analysant les projets et les motivations des médecins face à leur exercice professionnel, 93 % des étudiants considèrent que la création des maisons de santé dans les zones sous-médicalisées constitue une mesure convaincante pour attirer les professionnels de santé [52]. Ca ne signifie pas qu'ils souhaitent s'y installer, mais il s'agit d'un chiffre encourageant qui laisse à penser que ces structures attireront les jeunes médecins. Dans un rapport d'information de Monsieur Juilhard au Senat [53], la coopération entre les professionnels de santé est renforcée par la proposition de pluridisciplinarité d'une maison de santé, ce qui est en accord avec nos résultats.

On peut donc s'attendre à ce que le nombre de projets pluri professionnels explose dans les années à venir dans tous les territoires, de faible ou forte densité médicale. En 2009, 81 structures de santé pluridisciplinaires étaient recensées [54]. Les maisons de santé étaient plus nombreuses dans l'Est et les centres de santé étaient concentrés sur une vingtaine de départements du Grand Ouest. On peut imaginer, au vu de la vitesse de leur développement sur le territoire depuis 2009, avec plus de 400 projets créés et en cours d'examen d'ici fin 2014, que cette réorganisation de l'exercice médical coopératif sera mise en place en quelques années. Il faut aussi évaluer les sites pluridisciplinaires déjà implantés, qui utilisent les nouveaux modes de rémunération et appliquent leur plan de santé, pour analyser leur valeur ajoutée dans le paysage médical [28] car il n'y a pas d'étude sur le long terme de l'efficience de ces sites sur les pathologies chroniques.

F. Une nouvelle rémunération pour de nouvelles pratiques de coopération

Les médecins interrogés, qui ne sont pas dans des structures pluridisciplinaires, se plaignent de l'absence de rémunération spécifique en cas de réalisation de séances d'éducation thérapeutique au cabinet. Ils déclarent ne pas avoir le temps nécessaire à cette activité devenue essentielle depuis ces dernières années, et on visualise que les messages transmis sont mal organisés, et fondés essentiellement sur des formations insuffisantes lors de soirées de formation continue.

La France est un des derniers pays à utiliser la tarification à l'acte, qui se prête mal à cette nouvelle pratique. Le paiement à l'acte est étroitement associé à l'image du médecin de ville. Ce n'est pas forcément le cas dans d'autres pays, où la coopération,

le salariat et le paiement au forfait existent depuis longtemps. La Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2008 a ouvert la possibilité d'expérimenter de nouveaux modes de rémunération des médecins dans les sites pluridisciplinaires pour une période de 5 ans. Cette expérimentation a été prolongée jusque fin 2014. Il existe trois forfaits identifiés pour les missions coordonnées, les nouveaux services aux patients intégrant l'éducation thérapeutique, et la coopération entre professionnels de santé. Ces forfaits sont organisés en modules [28]. Les deux premiers modules ont été mis en place en Janvier 2010 en plusieurs vagues d'inclusions, et le troisième en 2012. Les nouvelles maisons de santé, de même que celles déjà existantes, intègrent l'expérimentation lorsqu'elles proposent aux ARS un contrat de santé pérenne qui comprend au moins un module et qu'il est accepté. Ces structures, avec la forfaitisation des actes, doivent permettre de dégager du temps à la formation des professionnels, de créer des ateliers de prévention, des consultations dédiées d'éducation pour les patients, et d'améliorer la qualité de prise en charge globale du diabète notamment. L'évaluation de l'expérimentation de ces nouveaux modes de rémunération menée par l'IRDES entre 2010 et 2013 [28] est attendue et n'a pas encore été révélée.

Cependant il semble difficile de généraliser ce mode de rémunération à tous les médecins. Les médecins qui exerceront individuellement ou en groupe mono disciplinaire ne devraient pas voir leurs modalités de rémunérations changer. Les proportions actuelles de cette population de médecins devraient diminuer au profit des activités en structures pluridisciplinaires, plus adaptée à la démographie et aux choix des médecins plus jeunes.

G. Une coopération inter professionnelle avec des objectifs à atteindre

Dans notre étude, les MG sont globalement satisfaits de la collaboration actuelle et beaucoup citent pour preuve les taux moyens d'HbA1c de leur patientèle. D'autres ont un jugement plus mitigé voire agressif envers elles. Selon l'étude de Jeanne Husson, les IDE disent également être satisfaites de leur collaboration avec les médecins et se basent essentiellement sur l'absence de survenue de complications aigues et sur les résultats des glycémies capillaires. Dans l'étude de Valérie Liss, les patients disent

également être satisfaits mais n'en n'expliquent pas les raisons. Les professionnels de santé mesurent donc la qualité de leur collaboration à leur satisfaction de l'équilibre biologique de leurs patients diabétiques. Les résultats biologiques sont la finalité du travail commun entre médecin, infirmière et patient.

La DREES a mis en place en 2005 une surveillance à travers des indicateurs de suivi [5]. Ces indicateurs sont : au moins 3 hémoglobines glyquées par an, ECG, consultation d'ophtalmologie, bilan lipidique micro albuminurie et créatininémie annuels, avec leurs valeurs. L'objectif de ce suivi rapproché est d'assurer une surveillance conforme aux recommandations pour au moins 80% des patients diabétiques et surtout de réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète. Certains de ces indicateurs sont évoqués dans notre étude. Cet objectif de 80% fixé pour 2008 n'était pas rempli en 2011 [6] et le nombre d'hospitalisations avec pour motif une complication du diabète ne baisse pas. Ce taux pourrait probablement être atteint plus facilement, pour les médecins n'exerçant pas en structure pluridisciplinaire, s'ils ne restreignaient pas la coopération MG-IDE à l'adaptation des doses d'insuline comme on le retrouve dans nos résultats. Une plus grande amplitude de tâches déléguées aux infirmières, ainsi qu'une spécialisation des infirmières libérales pourraient faciliter le suivi dans ce secteur, et améliorer la prévention du diabète.

H. Majorer la délégation des tâches aux infirmières pour arriver aux objectifs

Dans nos analyses, les MG disent mal connaître les compétences des IDE, mais souhaitent pour la plupart que les infirmières aient plus de liberté dans les actes qu'elles réalisent. Les compétences des IDE comportent dans le cadre du diabéte la surveillance, le dépistage, l'éducation, les actes techniques, le suivi de l'efficacité et de la tolérance des traitements, et l'alerte en cas de l'altération aiguë de l'état général du patient. Nous retrouvons toutes ces notions dans nos entretiens. Dans l'étude sur les patients, ceux-ci voient en l'IDE un rôle technique d'adaptation et d'injection des doses d'insuline, de conseil diététique et ont surtout une confiance importante en elles et leur travail.

Pour adapter les doses, la rédaction d'un protocole explicite avec les objectifs glycémiques pour autoriser l'IDE à changer la dose initialement prescrite est nécessaire. On se rend compte que ce protocole écrit n'est pas toujours fait. Les médecins affirment que les IDE doivent souvent dispenser leur acte en fonction de leur expérience personnelle, au nom du principe de confiance mutuelle. L'IDE libérale exerce ses compétences au maximum de ce que la loi l'y autorise pour prendre en charge ses patients diabétiques. Il existe donc un gain de temps médical très relatif, au détriment du patient et avec certains risques pour l'IDE. Elles dépassent parfois leurs fonctions en changeant d'elles-mêmes les doses d'insuline quand il n'y a pas de protocole médical au domicile du patient. Il s'agit d'un indicateur qui laisse à penser qu'une majoration des rôles des infirmières est nécessaire. Un remaniement juridique de leurs compétences, avec des formations spécifiques, pour mieux encadrer leurs activités pourrait s'avérer utile.

L'expérimentation ASALEE depuis 2004 dans les Deux Sèvres qui a testé la coopération médecin infirmière autour du diabète en élargissant notamment les rôles des infirmières a été concluante. L'IRDES en 2008 [21] a révélé l'efficacité et l'efficience de cette expérimentation, à travers une amélioration du taux de suivi des examens complémentaires, de la qualité globale des soins, et une amélioration du taux d'hémoglobine glyquée, sans majoration du cout pour l'Assurance Maladie. C'est la seule expérimentation de coopération autour du patient diabétique ayant révélé des résultats aussi bons

Il semble donc important de repérer les éléments nécessaires pour assurer les activités non inscrites au code d'exercice des infirmières, et de les modifier. La confiance ne suffit pas pour couvrir l'étendue des activités borderline des infirmières.

Corriger le manque de formation et spécialiser les IDE pour plus de professionnalisme.

Plusieurs médecins évoquent un manque de formation des IDE. Cela tient en partie à la durée de leur cursus qui est court (3 ans) comparé au cursus médical (9 ans), et au contenu des enseignements. Elles renforcent leurs connaissances au fil des années avec l'expérience sur le terrain. Des formations type DU ou DIU existent depuis 2002 dans les universités parisiennes [55] pour spécialiser les IDE, de même que le diplôme

VAE. Ces formations pourraient intéresser des IDE qui souhaiteraient se spécialiser, pour créer de nouveaux statuts et intégrer des structures pluridisciplinaires. Depuis 2009 les IDE peuvent après leur formation initiale intégrer un master en sciences infirmières en 2 ans. Ce dernier permet à l'infirmière d'exercer dans le champ de la Pratique Avancée (IPA). Cette nouvelle pratique vise à créer des compétences spécifiques notamment en matière de collaboration avec les médecins [56]. Les limites de toutes ces possibilités de formation viennent de l'absence de reconnaissance du diplôme en lui-même, financière, et du manque d'ouverture de postes dédiés à cette activité infirmière [55].

La spécialisation des IDE dans le diabète notamment pourrait permettre de substituer certaines tâches des MG aux IDE et de répondre au surcroit d'activité des médecins depuis quelques années. Cela a déjà été mis en place dans plusieurs pays comme les Etats-Unis et le Canada depuis les années 1960 [24], en créant un statut d'« infirmière clinicienne », obtenu à l'issue d'une formation spécifique. Ce statut leur permet d'assurer des activités du médecin traitant telles que la gestion des facteurs de risques, la prescription des bilans biologiques et l'éducation thérapeutique, selon des protocoles prédéfinis par le médecin coordonnateur. Les études portant sur ces expériences montrent une amélioration de la qualité des soins et un possible gain de temps médical [55] ainsi qu'une réponse à la désertification médicale [24]. Plusieurs pays de l'OCDE ont créé des postes d'infirmières spécialisées après des formations spécifiques. L'étude de leur efficacité est démontrée puisque l'amélioration de l'accès aux soins est retrouvée ainsi que l'efficience des soins [57]. S'inspirer des expérimentations des pays étrangers pour réaliser des activités infirmières spécialisées semble être une piste intéressante pour l'amélioration de la collaboration entre les professionnels de santé.

VI. CONCLUSION

La collaboration actuelle entre médecins et infirmières est quasi inexistante. Elle est basée sur quelques contacts téléphoniques et des informations rapides sur le carnet de glycémies.

L'exercice pluri-professionnel permet une bonne coordination des soins pour les patients diabétiques. Il représente une réponse à la désertification médicale, en offrant aux patients une présence médicale et paramédicale de proximité et une continuité dans l'accès aux soins qui restent de qualité. Le regroupement des médecins généralistes avec d'autres professionnels connaît un intérêt croissant. Les nouvelles structures, à travers des projets de santé globaux validés par les ARS et un nouveau système de rémunération, ont été pensées pour répondre à ces difficultés et se développent rapidement. Il n'existe pas d'étude qui évalue l'impact de cette stratégie sur la maîtrise du diabète. ASALEE est la seule expérimentation positive qui évalue la qualité des soins des patients diabétiques, en se basant sur des critères biologiques et subjectifs de qualité de vie, grâce à une réorganisation des rôles des soignants avec de nouvelles tâches déléguées aux IDE.

Les médecins voient d'un bon œil le développement sur le territoire de ces structures, mais peu ont le souhait de changer immédiatement leur mode d'exercice individuel, pour une activité pluriprofessionnelle. Les patients devraient retrouver dans ces nouveaux sites une plus grande efficacité dans la prise en charge globale de leur diabète. Les professionnels dégageront plus de temps médical pour des formations et pour leur vie personnelle. Les difficultés seront dans le financement de toutes ces nouvelles structures de santé et dans le maillage territorial qui devra être homogène.

Beaucoup de pays ont adopté cette nouvelle forme du paysage médical, et une satisfaction globale en ressort. Mais il y a des obstacles culturels, en particulier la conviction bien ancrée chez les médecins qu'ils collaborent réellement avec les infirmières, alors que celles-ci se sentent toujours aussi peu écoutées, voire peu respectées.

Accueillir les nouveaux médecins formés à cette collaboration et à l'ETP, certainement plus motivés à intégrer ces structures que leurs ainés, semble être la voie ouverte par les pouvoirs publics pour maîtriser l'expansion des pathologies chroniques comme le diabète.

L'éducation thérapeutique tient une place majeure dans les soins du patient diabétique. Elle doit reposer sur une coopération performante entre médecins et infirmières, avec les autres acteurs de la santé. L'ETP au sens propre n'est pas aujourd'hui correctement réalisée dans les cabinets, mais les médecins donnent des informations pour orienter le patient. Il est nécessaire qu'une formation soit réalisée pour ceux qui souhaitent se lancer dans l'aventure de la coopération, ainsi qu'une formation continue tout au long de leur carrière.

Pour les médecins qui ne souhaitent pas de formation dans la coopération, il est envisageable de les inciter à envoyer leurs patients vers les réseaux et associations, en attendant que les MSP tissent un maillage fort dans le paysage ambulatoire. On pourrait même imaginer que ces MSP s'organisent en réseaux pour augmenter leur puissance en termes de qualité de soins.

Le cadre juridique des professionnels, principalement des infirmières doit être modifié, pour élargir leurs compétences. Ces nouvelles compétences acquises doivent être reconnues, et les rémunérations adaptées.

Modifier la coopération médecin infirmière requiert beaucoup d'énergie pour une mise en place qui devra se faire dans des délais assez courts. Les expériences réussies de coopérations menées depuis une dizaine d'années, notamment le projet ASALEE, justifient qu'une évolution structurelle des métiers de la santé est aujourd'hui souhaitable et réalisable.

Il n'y a probablement pas de schéma idéal de collaboration pour répondre à une prise en charge optimale du diabète. Les médecins ont conscience que la démographie, la croissance de la maladie, et l'envie des patients d'être acteurs de leur santé, représentent des urgences qui nécessitent d'être prises en charge rapidement.

Il serait intéressant de réaliser une étude nationale au sein des structures pluridisciplinaires existantes pour évaluer l'efficience et le retentissement de leurs projets sur la santé des patients. Une étude de la collaboration entre soignants au sein de ces structures permettrait d'évaluer les bénéfices que chacun en reçoit, médecins, patients et paramédicaux.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] HAS, Question/réponses, Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2. 2013 : 2
- [2] Professeur HALIMI S., Faculté de Médecine de Grenoble. Le diabète de type 2 ou diabète non insulinodépendant (223b). 2003, mise à jour Février 2005 : 4. Consultable sur http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/1/12
- [3] Lasserre A, Assal J.P, Renforcer les compétences des médecins dans la prise en charge des patients chroniques, revue médicale Suisse (2353). Consultable sur http://titan.medhyg.ch/mh/formation/print.php3?sid=21505
- [4] LABALETTE C., BUTTET P., MARCHAND A-C. L'éducation thérapeutique du patient dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire de 3ème génération 2006-2011 : 5. Consultable sur http://www.inpes.sante.fr/professionnels-sante/pdf/SROS_ETP.pdf
- [5] Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités, Indicateurs de suivi de l'atteinte des 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, 2005 : 277
- [6] A. Morel, Dr G. Lecoq, D. Jourdan Menninger, Inspection générale des Affaires Sociales. RM 2012-033P, Evaluation de la prise en charge du diabète, tome 1, 2012:31
- [7] Yann Bourgueil, Philippe Le Fur, Julien Mousquès, Engin Yilmaz, IRDES. La coopération entre médecins généralistes et infirmières pour le suivi des patients diabétiques de type 2. Evaluation médico-économique de l'expérimentation ASALEE, (544). 2008 : 81

- [8] Pauline Ricci, Pierre-Olivier Blotière, Alain Weill, Dominique Simon, Philippe Tuppin, Philippe Ricordeau, Hubert Allemand, INVS, Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2009 en France ? Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 2010 :7. Consultable sur http://www.invs.sante.fr/beh/2010/42 43/BEH 42 43.pdf
- [9] Organisation Mondiale de la Santé. Bureau Régional pour l'Europe. Education thérapeutique du patient. Programmes de formation continue pour les professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. 1998 : 19. Consultable sur http://www.se-for.com/medias/OMS-chroniques-1998.pdf
- [10] HAS-INPES. Guide méthodologique pour la structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques, 2007 :3. Consultable sur http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_601290/structuration-dun-programme-deducationtherapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques
- [11] J.M. Brun, G. Cathelineau, B. Charbonnel, P. Drouin, V. Durlach, P. Fontaine, P.J. Guillausseau, S. Halimi, P. Vexiau, B. Vialettes, ALFEDIAM, Mise à l'insuline du diabetique Non Insulino-Dependant 1995. Consultable sur http://www.alfediam.org/membres/recommandations/alfediam-insulin-dnid.asp
- [12] Dr Patrick Romestaing, Gwenaëlle Le Breton-Lerouvillois, Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er Janvier 2013. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2013: 154.
- [13] Conseil National de l'ordre des Médecins, Démographie médicale française Situation au 1er janvier 2006. 2006: 31,34. Consultable sur http://www.snjmg.org/doc pdf/CO demographie 2006.pdf
- [14] François Baudier, Yann Bourgueil, Isabelle Evrard, Arnaud Gautier, Philippe Le Fur, Julien Mousquès, IRDES, Question d'Economie de la Santé n°157, La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. 2010. Consultable sur http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes157.pdf

- [15] Muriel Barlet, Laurent Fauvet, François Guillaumat-Tailliet, Lucile Olier, INSEE, Quelles perspectives pour la démographie médicale? : 68. Consultable sur http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ref/fsr10g.PDF
- [16] Hervé Maurey, sénateur, Rapport d'information en conclusion des travaux du groupe de travail sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire, Senat. 2013. Consultable sur http://www.senat.fr/rap/r12-335/r12-3351.pdf
- [17] Élise Anger, Virginie Gimbert, Mathilde Reynaudi, Sylvain Lemoine, Centre d'analyse stratégique. Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? (volet 1), Les coopérations entre professionnels de santé. La Note d'analyse. (254), 2011 : 2. Consultable sur http://www.leciss.org/sites/default/files/111205-cooperations-professionnels-Centre-analyse-strategique-254.pdf
- [18] Article 131 de la loi du 9 août 2004 relative à la Politique de Santé Publique. 2004. Consultable sur www.legifrance.org
- [19] loi Hôpital, Patients Santé territoires, 22 juin 2009. Consultable sur http://www.sante.gouv.fr/la-loi-hopital-patients-sante-et-territoires.html
- [20] Professeur Yvon BERLAND, coopération des professions de santé : le transfert de taches et de compétences. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. 2003 : 7-12, consultable sur <u>www.ladocumentationfrancaise.fr</u>
- [21] Fabienne Midy, IRDES, Efficacité et efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières, Revue de la littérature 1970-2002, Question d'économie de la santé n°65. 2003 : 1-4
- [22] Présentation de Mlle Phillippa Hentsch: Etat des lieux de la formation et de la pratique médicales au Royaume-Uni en 2012. Conseil Européen de l'Ordre des Médecins à Bruxelles. 2012. consultable sur http://www.ceom-ecmo.eu

- [23] Yann Bourgueil, Anna Marek, Julien Mousquès, IRDES, La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens en Ontario et au Québec, Question d'économie de la santé n°95. 2005.
- [24] Mylène Leclerc, Julie Wortman, La collaboration en GMF pour le meilleur et non le pire! Le médecin du Quebec. 2010, 45 (9): 62. Consultable sur http://lemedecinduquebec.org/Media/108230/061-065MmesLeclerc_Wortman.pdf
- [25] ASSEMBLÉE NATIONALE, projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, présenté par Mr Eric Woerth, Document mis en distribution le 15 octobre 2007. Consultable sur http://www.assemblee-nationale.fr/13/projets/pl0284.asp
- [26] ARS, liste des sites expérimentateurs, consultable sur http://www.ars.sante.fr/Liste-des-sites-experimentateu.103735.0.html
- [27] Guillaume Chevillard, Julien Mousquès, Véronique Lucas-Gabrielli, Yann Bourgueil, Stéphane Rican, Gérard Salem, IRDES, Maisons et pôles de santé : places et impacts dans les dynamiques territoriales d'offre de soins en France, Document de travail n°57. 2013 : 28. Consultable sur http://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/057-maisons-et-poles-de-sante-places-et-impacts-dans-les-dynamiques-territoriales-d-offre-de-soins-en-france.pdf
- [28] Anissa Afrite, Yann Bourgueil, Fabien Daniel, Julien Mousquès, Pierre-Emmanuel Couralet, Guillaume Chevillard, IRDES. L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins : Objectifs et méthode de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération, Questions d'économie de la santé n° 189. 2013 : 1-4.
- [29] ANCRED, Carte des réseaux. Document consultable sur http://www.ancred.fr/les-reseaux.html

- [30] Professeur J.L Harousseau, HAS, Avis n° 2012.0006/AC/SEVAM du 22 mars 2012 relatif au protocole de coopération n°010 « ASALEE : travail en équipe infirmier(e)s déléguées à la santé populationnelle et médecins généralistes pour l'amélioration de la qualité des soins et l'allocation optimisée de la disponibilité des «professionnels de santé » sur le territoire concerné». 2012, 1-3. Document consultable sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-08/decision-pc010-s2.pdf
- [31] MAREDIA, site internet consultable sur www.maredia.fr
- [32] Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L. et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone, Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008 (84): 142-145
- [33] E. Pasquier, mémoire de médecin générale, « Comment préparer et réaliser un entretien semi dirigé dans un travail de recherche en Médecine Générale. » Faculté Lyon Nord. 2004 : 7-9
- [34] Magali Ayache, Hervé Dumez, Le codage dans la recherche qualitative une nouvelle perspective, Le Libellio d'AEGIS. 2011, 7, (2): 33-46
- [35] Jean-Claude Andreani, Françoise Conchon, méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives : état de l'art en marketing, Institut INSEMMA : 2-23
- [36] Larousse. Définition du terme «collaborer». 2014. Consultable sur www.larousse.fr
- [37] Association Outils-Réseaux, site Internet. 2014. Consultable sur http://outils-reseaux.org/ContenuCooperationCollaboration
- [38] HAS, Les pratiques actuelles de coopération : analyse des témoignages des professionnels de santé. 2007 : 29

- [39] Alain Brémond, Jérôme Goffette, Nora Moumjid-Ferdjaoui, La relation médecin-patient : entre obéir, consentir et s'accorder, Collège Lyonnais des généralistes enseignants : 2-3. Document Consultable sur http://clge.fr/IMG/pdf/RelationMedPatient.pdf
- [40] INPES, Étude ENTRED auprès des personnes diabétiques et de leurs médecins: résultats sur l'information et l'éducation des patients. 2012 : 41 Consultable sur www.inpes.sante.fr/etudes/pdf/rapport-entred.pdf
- [41] Actualités pratiques pharmaceutiques, 10 questions au Pr Rémi Gagnayre, Le moniteur hospitalier. 2008, (213): 3
- [42] HAS. Recommandation de bonne pratique, Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2, 2013 :8.
- [43] Bruno Detournay, Valérie Donio, Awa N'Dir, CemkaEval, revue de la littérature sur l'evaluation des dispositifs d'accompagnement des patients diabétiques, Etude réalisée pour la CNAMTS. 2008: 16-49. Consultable sur http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Revue Litterature 2008.pdf
- [44] HAS, Service évaluation économique et santé publique, L'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques, analyse économique et organisationnelle, rapport d'orientation. 2008 : 44-46, consultable sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_dorientation_analyse_economique et organisationnelle.pdf
- [45] INPES, Baromètre santé médecins généralistes, 2009, actualisé le 23 Juin 2011, consultable sur www.inpes.sante.fr/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/pdf/prevention-EPS-ETP
- [46] O. BOURIT, E. DRAHI, Education thérapeutique du diabétique en médecine générale : une enquête dans les départements de l'Indre et le Loiret, résumé. 2007, 3, (5). Consultable sur http://www.jle.com/fr/revues/medecine/med/e-docs/00/04/2F/AC/article.md?type=text.html

- [47] Arrêté du 2 Aout 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient, Journal Officiel n°0178. 2010 (30): 14397 consultable sur www.legifrance.gouv.fr
- [48] IREPS de Haute Normandie, Catalogue des formations. 2014 : 18. Consultable sur http://www.ireps-hn.org/
- [49] Gautier A., Baromètre santé médecins généralistes 2009, Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé. 2011 : 225. Consultable sur www.inpes.sante.fr/Barometres/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/pdf/prevention-EPS-ETP
- [50] Loi de financement de la Sécurité Sociale, article L.6323-3 du code de la Santé publique, 19 Décembre 2007. Consultable sur www.legifrance.fr
- [51] Loi n° 2011-940 du 10 août 2011, Journal Officiel de la République Française, texte 2, 2011. Consultable sur http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=2011081 1&numTexte=2&pageDebut=13754&pageFin=13763
- [52] Sondage BVA pour le Conseil National de l'Ordre, attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel, conseil national de l'ordre des médecins. 2007:26. Consultable sur http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/enquetebvaattentesdesmedecins.pdf
- [53] Propos de Mr Jean-Marc Juilhard, Comptes rendus de la commission des affaires sociales, Rapport d'information. 2007. Consultable sur <u>www.senat.fr</u>
- [54] Juilhard J.-M, Crochemore B, Touba A, Vallancien G, Chambaud L, Schaetzel F, Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement, IGAS. 2010:14. Document consultable sur http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000029/0000.pdf

- [55] HAS, Délégation, transferts, nouveaux métiers...Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé? en collaboration avec l'ONDPS. 2008: 26, 28-30
- [56] Florence AMBROSINO, Infirmier(e) de pratique avancée : de quoi parle-t-on? 2014. Consultable sur http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/competences-infirmier-de-pratique-avancee-de-quoi-parle-t-on.html
- [57] M. Delamaire, G. Lafortune, Les pratiques infirmières avancées : une description et une évaluation des expériences dans 12 pays développés, OCDE, direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales, Document de travail sur la santé n°54. 2010 : 4. Consultable sur

http://search.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf

ANNEXE N°1: Guide d'entretien modifié

1/Questionnaire sociodémographique

- Age, sexe, secteur d'activité, type de cabinet, type d'exercice, Importance des diabétiques dans son activité, son niveau de formation sur le diabète ? Combien d'IDE autour de lui et quelle proximité géographique ?

2/Questionnaire collaboration avec les IDE?

- Qualité de ses rapports avec les IDE, en général ? Degré de confiance ? Ressenti actuel de l'intégration de l'IDE dans la démarche de soins. Pourquoi ?
- En quoi l'IDE fait-elle partie de son arsenal thérapeutique ? Comment et à quel niveau est-elle située dans le schéma de suivi ? En quoi l'IDE participe au protocole de gestion des diabétiques ?
- Comment se font les contacts avec les IDE ? Par quels biais? Fréquence des contacts?
- Ecrivez-vous des ordonnances de consignes pour les IDE ? bien rédigées selon lui ? (objectifs glycémiques, protocole d'insuline etc.)
- Motifs les plus fréquents de communications ? Ce genre de contacts suffit-il pour gérer au mieux le diabète ?
- Quel sont les problèmes rencontrés avec les IDE vis-à-vis du diabète ?
- Quels objectifs recherchés dans cette collaboration avec les IDE vis à vis des diabétiques ? (temps médical etc?)
- Quels est le rôle d'une IDE dans la PEC des diabétiques (éducation thérapeutique, surveillance poids, IMC, EI des médicaments)
- Une autre pathologie qui nécessite plus de communication avec les IDE
- Comment L'IDE est tenue au courant si changement de traitement ?
- Comment est organisée l'éducation thérapeutique ?

3/Avenir

- Les Ide pourraient-elles si la loi l'autoriserait et si elles étaient formées et encadrées, réaliser certains actes pour vous alléger le travail ? pourquoi ?comment verriez-vous cette évolution ?
- le médecin se voit-il dans une structure pluridisciplinaire ?pourquoi ?

- Quelles sont ses propositions pour améliorer, si vous en voyez le besoin, cette coopération médecin IDE ? (création d'un réseau local? maison médicale ?réunions etc ?)
- Si la coopération médecin/IDE était idéale, pensez-vous que cela pourrait améliorer la prise en charge globale des diabétiques ?pourquoi ?
- Une collaboration MG/IDE encadrée et fonctionnelle permettrait elle d'améliorer la qualité du suivi des diabétiques ?

4/ Patient

- Identifier des problèmes avec les patients
- Comment le patient est intégré dans la gestion de sa maladie diabétique sous insuline, l'autonomise t on assez ? Au centre de sa maladie ?
- Au bout de combien de temps il a compris sa maladie ? Ses connaissances sont vérifiées par qui ?
- un moyen de communication entre l'IDE et vous ? oui/non : pourquoi ?
- utilisé comme moyen de communication ?
- qui connait le mieux le diabète dans cette relation à 3? Pourquoi ?

ANNEXE 2: ENTRETIENS RETRANSCRITS

Entretien n°1

Bonjour Docteur, Je suis donc comme je vous l'ai expliqué au téléphone, en train de préparer ma thèse en médecine générale à propos de la collaboration médecin infirmière en ville autour du patient diabétique sous insuline. Je vous remercie de m'accorder votre temps pour répondre à mes questions. Tout d'abord pourriez-vous vous décrire ?

Bien sûr, j'ai 53 ans, je suis un homme, exerçant en milieu semi rural, je travaille seul, je n'ai pas de confrère dans le village. J'ai environ 100 diabétiques à gérer.

Comment estimez-vous votre niveau de formation sur le diabète?

Mon niveau de formation sur le diabète ? Hum...On va dire moyen, je suis capable de gérer quand il n'y a pas trop de déséquilibre. Sinon, j'envoie au spécialiste assez facilement. Je suis des formations à travers des soirées FMC mais je n'écoute pas toujours correctement (rires).

Combien d'IDE travaillent autour de vous ?

Environ 4-5 dans un rayon de 10km. On peut dire que j'ai une relation confraternelle avec elles. C'est pas des copines et c'est pas des inconnues, J'ai leur numéro de portable et voilà... Faut faire ci faut faire ca, mais je n'irai pas manger avec elles le samedi soir, vous voyez.

Que pensez-vous des IDE ?

Moi, j'attends d'elles une facilité de travail. Je n'ai pas besoin d'aller régler les lantus et tous les machins en fonction des glycémies. C'est elles qui font le boulot. S'il y a des pépins, elles m'appellent.

Il y a vraiment des contacts entre vous ?

Oh oui, pas tous les jours mais yen a. Ou bien les patients disent en consultation « Tiens c'est l'IDE qui demande que je passe pour un pied un peu bizarre ou un diabète qui s'échappe un peu ». Elles me le font aussi savoir.

Si une insuline est démarrée, en quoi l'IDE peut vous aider?

Elle adapte les doses, il y a des carnets de glycémie, avec les glycémies à jeun, du matin et du soir, elle monte ou descend de 2 en 2. Moi je refais le point de temps en temps car je vois ces carnets et les hémoglobines glyquées tous les 3 mois. Elles adaptent les doses.

Y a t'il un protocole?

Non, elles ont l'habitude. Je pense qu'elles sont formées, et comme c'est toujours un peu pareil... Et puis, bon, j'ai confiance en elles. C'est important! J'en n'ai jamais ramassé un qui était en hypo.

Quelle est la fréquence de vos contacts ?

2/an par IDE environ

Et les motifs?

Essentiellement des renouvellements d'ordonnance et des mises au point. Je n'ai pas trop de problème de surdosage... Parce qu'elles surveillent, et elles ne surveillent pas que l'insuline. Moi je vois les carnets des glycémies et la prise de sang. Elles passent un coup de fil. et puis on se connait un peu. Il y a aussi l'entourage du patient, le cousin, l'enfant qui alerte.

Comment pourrait-on améliorer cette relation?

Pour moi je ne vois pas pourquoi on améliorerait cette relation parce que ca se passe bien comme ca. Et puis faut avoir le temps pour les voir! Moi, j'ai pas le temps! Il n'y a pas de réunion organisée entre nous, et puis elles bossent de 8 à 20h! Ça me parait vachement difficile de créer des réunions. On s'appelle au téléphone et puis c'est tout.

Pour vous, l'IDE est-elle actuellement bien intégrée dans le système de soins ?

Complètement ! Les IDE sont des routières ici. La plus jeune a 55 ans, elles sont autonomes. .. Non non, aucun pépin sur le relationnel, entente cordiale. Elles ont l'habitude.

Les connaissances des patients sont vérifiées par qui ?

Par moi ! On voit de tout. II y en a qui viennent avec leur ordinateur, ou clé USB, avec leurs glycémies intégrées dans un logiciel. Et d'autres sont complétement à l'ouest. Mais je ne vais pas leur poser la question du repas de la veille ou si ils ont fait des écarts. Les patients sont quand même assez autonomes, surtout les jeunes 30naires. Les vieux se laissent plutôt un peu aller. Car dès qu'on parle avec l'Ide, c'est pour ceux où il y a de l'insuline ou quand on a des problèmes de médicaments.

D'accord, et le patient est-il un moyen de communication entre vous 2?

Il ya une relation triangulaire... Souvent y a un petit mot. Moi j'ai l'habitude d'écrire un mot à l'ide sur ce petit bouquin que les patients gardent chez eux. J'écris mon examen clinique, ce qui change ou pas. Quant aux IDE, elles écrivent sur le carnet de glycémie et les remarques quotidiennes. Ce que me dit le patient fait partie de l'interrogatoire, mais ce n'est pas très fiable, ils mélangent souvent tout. Je vous donne un exemple pas plus tard que ce matin : « je suis en pleine forme docteur, j'ai pris des kgs » mais en fait c'est des gros poteaux.

Ah oui, et donc pour vous, qui connait le mieux le diabète?

C'est moi, elles font bien leur boulot mais la gestion et les décisions, c'est moi. Les règles hygiéno diététiques, elles sont au courant, et elles donnent de bons conseils. Je les laisse faire. Ou elles me préviennent par teléphone. Ca fait 25 ans que je les côtoie, ca se passe bien. Yen avait une que je n'aimais pas trop, mais elle est partie.

Quels sont les autres moyens de communiquer ensemble?

Elles ne viennent jamais au bureau. On ne se voit jamais. On ne se parle pas par le net non plus. Que le téléphone !!

Pour la rédaction des ordonnances, comment ca se passe ?

Je leur mets un mot à côté pour qu'elles suivent. Mais c'est elles qui gèrent. Je leur fais un petit protocole.

Si la communication IDE/médecin était optimale, qu'est ce qui se passerait ?

Ca n'améliorerait absolument pas la PEC du diabète, ca fonctionne très bien comme ca. Je ne vois pas ce que je pourrais faire de plus. A part le coté sympathie ou quand elles sont mignonnes...(sourires). Non vraiment, Je ne sais pas quoi faire de plus. Si j'avais le temps d'aller voir les gens avec l'IDE je le ferais! Je ne pense pas que les gens soient mieux soignés si on se voit plus avec l'Ide. ça ne change rien. Ya des pathologies ou on a plus de contact, de relation, comme les cancers terminaux avec les morphiniques, antalgiques, que le diabète. A partir du moment où les diabétiques peuvent être encore gérés en ville, on les suit mais pas de façon étroite, car ya quand même peu de diabètes complètement pourris. T'en a qui finissent par t'échapper quand ils sont en phase terminale, en dialyse, on ne les voit plus, les reins sont tellement bouffés que tu ne les vois plus. C'est néphro, la la la. On n'est pas informés. Heureusement ce n'est pas souvent, mais bon. C'est pas très sympa que les spé t'oublient un peu, c'est dur à digérer car tu le gères pendant longtemps et puis t'es oublié du jour au lendemain...

Merci de votre disponibilité. Je vous tiendrai au courant si vous le voulez des résultats de la thèse.

Oh, oui volontiers. Merci de votre visite!

Entretien 2

Bonjour Docteur, Je suis donc comme je vous l'ai expliqué au téléphone, en train de préparer ma thèse en médecine générale à propos de la collaboration médecin infirmière en ville autour du patient diabétique sous insuline. Je vous remercie de m'accorder votre temps pour répondre à mes questions.

Tout d'abord pourriez-vous vous décrire?

Oui, je suis un médecin généraliste masculin de 56 ans, vivant en milieu semi rural, associé à 1

médecin.

Quel niveau sur le diabète pensez-vous avoir ?

Je dirais 3-4 sur une échelle de 5.

Combien y a-t-il d'IDE et de diabétique autour de vous ?

10 IDE sur un rayon de 4 km autour de mon cabinet. J'ai 12 type2, 4 type1 dans ma patientèle qui sont

sous insuline, gérés par les IDE. J'ai regardé dans mon ordinateur avant que vous arriviez.

Comment qualifieriez vos rapports avec les IDE ?

Hum...Cordiaux. Il n'y a pas de conflit... Au niveau de l'investissement que je peux avoir auprès

d'elles, pour les guider, là c'est beaucoup moins bien. Sinon on n'a pas de difficulté pour s'avoir, l'un l'autre. On ne communique pas beaucoup vis-à-vis des doses d'insulines, vous savez... En général, je

leur fais un tableau pour les doses de glycémie et des insulines, mais je ne sais pas si elles s'y réfèrent.

C'est rare qu'elles appellent en disant « il a 3g, qu'est-ce que je fais ?».

Et les patients?

C'est aussi vrai pour les patients. Ils sont assez autonomes. Mais il y a aussi ceux qui restent avec des

glycémies élevées, et n'appellent pas. Ca ne leur vient pas à l'idée de décrocher le tel. Pourtant je leur

dis de m'appeler si besoin ou de passer et je regarde leur carnet, mais c'est rare. Avec les IDE c'est un

peu pareil, elles se débrouillent surement. Mais dans l'ensemble ca se passe bien. Si il y a un problème, c'est au niveau du patient, celui qui refuse tout, le régime, quoi que fasse l'ide ca n'ira pas de toute

façon.

Si une insuline est débutée, à quel niveau se situe l'IDE. ?

Au premier plan. Elles gèrent seules. Quand je dois démarrer un ttt, ce qui est rare, je fais un tableau.

Quel type de contact entretenez-vous avec elles?

On se parle au téléphone, ou directement au cabinet. Il y a peu de contact pour les doses d'insuline. J'ai

plus de contact avec elles pour les pansements, ou PEC d'ulcère.

De quoi parlez-vous?

91

Ce sont essentiellement des renouvellements d'ordonnance, pas de problème vis-à-vis du diabète en soi. C'est même surprenant, car on a moins de soucis avec les insulines, qu'avec les anticoagulants par ex. Mais bon parfois on a quelques surprises, on se dit que si les patients et les IDE avaient appelé plus tôt on aurait pu éviter les hyper ou hypos, ou les montées brutales d'hémoglobine glyquées. Je n'ai qu'1 patiente type1 que je ne vois pas du tout, elle gère tout entièrement d'elle-même et n'a jamais rencontré le moindre souci. Même les IDE, j'ai remarqué, sont relativement stables dans leurs doses. Elles ne changent pas souvent les doses, alors que parfois elles devraient. Elles doivent temporiser et se dire « on verra si ça sera mieux demain », ou je ne sais quoi, mais on se rend compte que même les gens gérés par l'ide, n'ont pas eu de modification de doses alors que ça aurait pu ou du se faire.

C'est du à quoi?

Je ne sais pas. Mais dans l'ensemble dans ma patientèle, ca se passe pas mal.

Si la collaboration entre vous était plus étroite, ça permettrait d'améliorer la gestion du diabète?

Je ne sais pas mais il faut certainement que les gens décrochent leur tel plus souvent et soient aussi plus a l'écoute de leur maladie, ou peut-être qu'on pourrait créer un système de SMS. C'est le téléphone aujourd'hui qui est le plus pertinent.

Quelle est la fréquence de vos rapports par téléphone, puisque vous communiquez le plus par ce moyen ? :

2/an. Car Les IDE quoi qu'on dise sont autonomes!

Qui connait mieux le diabète entre le patient, l'IDE et vous?

Sans me vanter, je connais mieux (sourire), si j'avais à gérer les doses je pense que je ferais mieux. Car quelquefois, ce qui manque aux IDE, chez les patients à plusieurs insulines c'est qu'elles ont régler la doses en fonction des glycémies. Mais si la glycémie du soir est haute, il faut agir sur l'insuline du matin ou du midi, et souvent les IDE ont du mal à intégrer cette notion. Et les patients aussi! Les Ide et les patients sont capables d'augmenter les doses du soir, et on se retrouve en hypo le lendemain. C'est surement lié à un problème de formation. Ceci étant, dans l'ensemble, en général, ça se passe bien. Mais je revendique quand même être le meilleur, (rire)!

Les IDE pourraient-elles avoir plus de liberté dans cette PEC de diabète ?

Si elles sont formées oui, à partir du moment où elles ne changent pas le type d'insuline, pour changer les doses. Donner tous les conseils de diététique. Quand elles voient le patient, elles le pèsent 1/sem. Yen a 1 qui m'a appelé pour une variation de poids importante, elle m'a appelé, et ça c'est bien. On pourrait imaginer une formation hospitalière, diabéto d'1 journée ou plus là-dessus, par exemple, et qu'elles gardent leur autonomie, ça leur donnerait peut être plus de compétence sur la surveillance du diabète. Mais faire des FMC, avec des médecins de ville, ce ne doit pas être la meilleure des formations. Je pense qu'elles doivent avoir des formations paramédicales, non ? Chez les médecins, il peut aussi y avoir des niveaux inégaux, et on n'est pas forcément les mieux placés pour faire un truc synthétique.

Une formation en diabéto, ça pourrait les aider à manipuler les insulines et avoir des réflexes qu'elles n'ont pas actuellement.

Le patient est-il un outil de communication entre l'IDE et vous ?

Non, je ne passe pas par le patient. On communique par les ordonnances, ou par un courrier que je laisse chez le patient. Il y a vite des déformations.

Pour vous, quels seraient les objectifs de l'Ide si vous collaboriez de façon plus étroite?

Ce que je leur demanderais : Régler les doses d'insuline, surveiller peser le patient surveiller ses pieds, et sinon, alerter si quelque chose ne va pas... Et éventuellement, 1 fois par semaine, voir l'alimentation et régler la diététique. Tout ça passe par une grande autonomie de l'IDE, ce qui est le cas actuellement. Ça se passe bien en ce moment, mais ça pourrait être mieux si elles étaient bien formées. Mais bon il n'y a pas de catastrophe majeure.

Le diabète pourrait-il être mieux géré?

Pour moi, ça passe par la formation des IDE et des médecins!

Merci de votre disponibilité. Je vous tiendrai au courant si vous le voulez des résultats de la thèse.

Très bien. Merci à vous.

Entretien 3

Bonjour Docteur, Je suis donc comme je vous l'ai expliqué au téléphone, en train de préparer ma thèse en médecine générale à propos de la collaboration médecin infirmière en ville autour du patient diabétique sous insuline. Je vous remercie de m'accorder votre temps pour répondre à mes questions. Pouvez vous vous décrire ?

Je suis une femme, j'ai 57ans, je travaille en secteur semi rural et je suis en groupe,

Combien de diabétiques avez-vous dans votre patientele?

une centaine de diabétiques, dont 12 environ sous insuline.

Combien d'IDE travaillent autour de vous ?

L'ADMR possède 5 IDE et il y a 5 libérales

Quel est votre niveau de maitrise du diabète sur une échelle de 5 ?

Je pense avoir un niveau de diabète... 3 sur 5 peut être, mais je fais des formations continue par FMC

Comment qualifiez-vous votre relation avec les IDE?

J'entretiens une relation avec les IDE qui n'est pas extraordinaire. Il n'y a pas de conflit, mais aucun dialogue. Les patients se gèrent eux même, surtout les jeunes. Les relations avec les IDE ne sont pas mauvaises mais aucun rapport dans le cadre du diabète. Si elles rencontrent un problème, elles viennent au cabinet, mais c'est très rare. Sinon c'est le carnet de liaison qui fait le lien. Je répète Aucun dialogue ! Il y a quelques années j'ai tenté d'amorcer quelque chose lors d'une FMC de ville voisine avec des IDE pour améliorer notre système de collaboration, mais peu d'IDE sont venues, malgré des mails et courriers. Il n'y a pas de formation médicale dans mon quartier, mais je ne suis pas sure que des IDE viendraient pour se former à ce sujet. Par exemple, je soigne un couple d'infirmiers à la retraite, ils me disaient qu'ils étaient quasiment les seuls à se former régulièrement pour des pansements par exemple. Je connais des jeunes IDE fraichement installées, qui ne font pas les ordos de renouvellement de pansement par ex, alors qu'elles peuvent. Pour le diabète c'est pareil, elles font à leur sauce et je vois quand il y a un problème. On dirait que la formation en ville ne concerne pas les jeunes. Il y a BCP à faire pour créer un système de collaboration !

Où est placée l'IDE dans un démarrage d'insuline?

Quand je démarre un traitement par insuline, le donne les gros conseils et les traitements, et je demande à l'IDE de venir tous les jours pendant 1 mois, elle est essentielle dans le démarrage de la gestion des insulines, la technique de piqure des dextros, les horaires, etc. C'est moi qui gère l'éducation thérapeutique, ce n'est pas le patient qui demande une consultation, c'est moi qui lui impose une consultation diététique, puisque je suis nutritionniste. A côté de moi, il y a une diététicienne d'un réseau (MAREDIA) mais je ne lui envoie pas de patients pour des raisons relationnelles et éthiques, mais j'ai

des patients qui y sont allés mais sans résultat probant. C'est plus facile pour ceux chez qui je découvre le diabète. Automatiquement je fais une consultation spéciale nutrition. Je fais ensuite un suivi régulier, mensuel, mais ils n'adhèrent pas forcément quand on ne parle que de nutrition lors de la consultation. Je vois que ce n'est pas facile pour moi, car je reste le médecin a leurs yeux, mais pas forcément nutritionniste, et les gens ne comprennent pas que c'est plus efficace que de parler de nutrition les 3 dernières minutes de la consultation. Car l'éducation thérapeutique est un élément important dans la PEC du diabète. Je vois qu'ils perdent du poids ou pas, mais c'est certain que l'HBA1C est améliorée à travers l'éducation thérapeutique.

Si le diabète se complique un peu je les envoie assez facilement chez le médecin diabétologue de l'hôpital voisin. C'est très important qu'un service de diabéto/médecine interne soit à proximité.

Que pourrait-on faire pour améliorer la prise en charge des diabétiques sous insuline?

Pour améliorer la PEC du diabète, il faudrait déjà une FMC locale entre médecins, puis former les IDE avec un passage hospitalier, ou par notre biais dans un second temps, ce qui semble plus pratique puisqu'on a les mêmes patients et qu'on est dans le même quartier.

On a l'ADMR, et le problème est que les IDE tournent souvent et qu'il est donc plus difficile de créer un vrai réseau médecin IDE solide. Je pense que les IDE sont assez bien formées pour gérer les insulines et tout ce qui entoure un diabétique, mais, il est vrai qu'un vrai réseau nous permettrait surement de performer cette prise en charge. Aussi, vu que les IDE ont déjà des possibilités de prescription, je pense qu'on pourrait leur donner un peu plus de liberté, mais le type d'insuline les dosages initiaux doivent rester entre les mains du médecin.

Mais bon... Je pense fortement que le diabète pourrait être mieux géré si médecins/IDE/Patients marchaient main dans la main.

Peut-être qu'avec les maisons médicales qui vont se créer dans un proche avenir, un système de formation entre les médecins et les IDE le soir se ferait, et donc les contacts médecins IDE. De même que des ateliers réguliers, sur le diabète entre un médecin et des diabétiques, avec des IDE. Mais le problème, c'est la rémunération, le temps passé à préparer et organiser ces ateliers, et le personnel qu'il faut trouver. On a tous des agendas pleins a craquer(médecins et IDE). La seule volonté des personnes ne suffira pas à créer un vrai réseau de prise en charge globale du diabète. Le diabète est maintenant une maladie tellement connue, qui touche tellement de monde, que la population diabétique est très sensibilisée, mais il reste quand même des électrons libres, pour qui l'intérêt de se soigner correctement n'entre pas dans leur schéma de vie.

Pensez vous que les IDE se forment en dehors de leur formation initiale?

Je ne sais pas si les IDE ont un système de formation.

Qui connait le mieux le diabète selon vous ?

C'est le patient diabétique qui connait le mieux la maladie! Surtout les jeunes, avec le Net, les associations de diabétiques. Et maintenant ils sont beaucoup plus intéressés que les plus anciens, sur la maladie, les complications etc. Au final je pense que c'est lui, le patient qui connait le mieux. L'Ide est effectrice, mais le diabétique vit avec la maladie tous les jours.

Merci de votre disponibilité. Je vous tiendrai au courant si vous le voulez des résultats de la thèse.

Si vous voulez. Merci à vous!

Entretien n°4

Bonjour Docteur, Je suis donc comme je vous l'ai expliqué au téléphone, en train de préparer ma thèse en médecine générale à propos de la collaboration médecin infirmière en ville autour du patient diabétique sous insuline. Je vous remercie de m'accorder votre temps pour répondre à mes questions. Pouvez vous vous décrire.

Bien sûr, je suis âgé de 57 ans, exerce mon activité en milieu semi rural, je suis seul, mais j'étais en cabinet pluridisciplinaire jusqu'à il y a une dizaine d'années. On s'est séparés avec les IDE et mon associé pour des raisons personnelles propres à mon ex associé. Votre thèse a pour sujet le diabète, je pense donc avoir plus de 100 diabétiques, dont une trentaine sous insuline, dans ma patientèle.

Quel est selon vous votre niveau de formation sur le diabète sur une échelle de 5?

Je dirais entre 3 et4 sur 5,

Combien d'IDE tournent autour de vous ?

Il y a 7 IDE divisées en 2 groupes.

Faites-vous des formations complémentaires ?

Je pratique des FMC régulièrement, au moins 1 par an sur le diabète.

Quel type de contact entretenez-vous avec les IDE?

J'ai un réel contact avec les IDE, je les voyais beaucoup plus avant que maintenant quand on était dans les mêmes locaux. Quand elles sont embêtées, elles passent au groupe, elles m'appellent, on se transmet des infos chez le patient de vive voix, ou grâce au carnet de liaison. Elles n'ont pas beaucoup de temps, nous non plus d'ailleurs. Elles se débrouillent pas trop mal vis-à-vis de la PEC du diabète.

Et qu'en est-il de la qualité de vos rapports?

On peut se contacter par tel facilement. On pourrait vraiment avoir plus de contact. La réunion de compétences est la chose la meilleure pour progresser. Là on sauve les meubles en quelque sorte, et maintenant chacun de son côté. J'ai la chance d'avoir pu travailler avec elles auparavant, ca facilite les contacts.

Ya til eu des tentatives de collaboration MG/IDE dans votre zone pour améliorer la PEC du diabète?

J'ai tenté de créer un système de collaboration, ce qui s'apparente à une maison médicale maintenant, il y a une dizaine d'années, avec le laboratoire qui fabrique Lantus. On n'était que 3 médecins intéressés, et juste quelques IDE. Il n'y avait pas de volonté ferme à ce moment-là pour améliorer la PEC du diabète, problème de rentabilité, de temps. Mais il y a qqch à faire dans cette prise en charge du diabète. Les structures de santé ou maisons médicales me semblent être un élément d'approche pour faciliter la concertation des acteurs de santé, car les IDE seront plus faciles à croiser. Là on est tous séparés

libéraux, pressés, trop de paperasse, on ne se croise pas sauf quand on se détermine un rdv, ce qui est rare actuellement.

Comment faire, alors?

Il faut prendre le temps de se voir.

Il faut des réunions, et on devrait se rendre plus disponible, ne serait-ce que 15 min régulièrement, après par exemple la tournée du matin des IDE. Mais on est limités par le temps et par la motivation des uns et des autres.

La maison médicale actuellement qui va se créer dans notre petite ville, ne présente pas dans son dossier ce système de réunion, débriefing etc., Mais je ne suis pas sûr du tout du tout qu'on aboutisse à ça à terme. C'est surtout pour avoir un toit commun, entre gens d'horizons différents, et l'appât d'un faible loyer attire!

Mais ça ne m'intéresse pas car il ne me reste que 3 ans à faire, et les murs dans lequel je suis m'appartiennent.

J'ai travaillé en milieu hospitalier, l'avenir de la médecine de ville se rapprochera de ce système, avec des travaux en commun. Je pense que vous les jeunes, avez raison de travailler en équipe.

Les IDE sont-elles compétentes dans le domaine de la diabétologie ?

Je pense que oui, mais si on veut créer un système de collaboration, on doit parler l'une seule voix.

Je vois tout à fait bien les médecins généralistes libéraux pratiquer la formation des IDE. Il ne faut par contre pas voir les IDE comme des « salariés », mais plutôt comme des collaboratrices avec lesquelles on échangerait les infos au quotidien. Pour ça, on a besoin de structures adaptées et les maisons médicales, en milieu plutôt désert médicalement, semble correspondre aux attentes. Le problème réside surtout dans la disponibilité et la qualité de l'échange entre protagonistes.

Si les réunions existaient, les acteurs de santé auraient une vision globale des choses, et l'avis de chacun est aussi important qu'un avis collectif, ce qui aboutit forcément a une meilleure qualité de PEC, puisque nous parlons du même sujet avec les mêmes mots, avec des expériences différentes. C'est le patient, au centre de sa maladie, qui s'en ressentira d'autant mieux.

Les infirmières connaissent bien le diabète mais je pense qu'une association étroite nous permettrait de performer encore plus. Une autre solution : nous pourrions prendre par exemple 1/2h par semaine sur notre temps, qui est aussi bien compté que celui des IDE pour aboutir, sans nécessairement avoir de structure mobilière, à une transmission des informations des insulines, et de tous les paramètres qui entourent la prise en charge du diabète. A l'hôpital, les services ont un staff tous les matins. Pourquoi pas nous ?

Mais bon, nous sommes des médecins et IDE libéraux qui sommes parfois plus attirés par l'argent que par la formation des patients et des IDE. Il suffit de voir les difficultés pour les MG d'instaurer un système de FMC avec le manque d'adhésion des personnes. Autrement dit, ça risque d'être très difficile de générer des ateliers, des soirées thème ou autre avec des gens qui feront ça pour la gloire sur la base du volontariat. Peut-être qu'avec l'aide de ces structures médicalisées, vous pourriez faire qqch dans ce sens. Mais il est nécessaire que vous soyez volontaires pour vous investir là-dedans. Car la source de notre activité est bien d'essayer d'obtenir l'amélioration la plus probante de la qualité de vie des malades.

Le diabète est la maladie qui va couter le plus cher à l'assurance maladie. J'en découvre 2/mois en ce moment. Les gens sont de plus en plus gros, fument encore, sont de plus en plus sédentaires, précaires, et mangent donc plus mal, ce qui crée plus de pathologies chroniques. Le diabète est la conséquence de tout ça et la maison de santé pluridisciplinaire ou maison médicale permettrait de prévenir de manière plus efficace, avec un système d'atelier ou activité ludique.

Je ne vois que des avantages de ce système, mais il faut que les professionnels qui y entrent soient dans un système de discours commun, avec la même philosophie. C'est comme dans un groupe politique ; Il y a les grandes idées, et certains ont parfois un sentiment un peu contradictoire, mais ils n'élèvent pas la voix .Il faudrait en 1er temps qu'un staff hebdomadaire par exemple soit instauré avec TOUS les protagonistes, mais la formation ne passionne déjà pas les MG, alors....

Les connaissances du patient sont vérifiées par qui selon toi ?

Je pense que les connaissances du patient ne sont pas vérifiées actuellement. Les médecins et les IDE ont un rôle de prévention mais, le temps passé à cette activité est ridicule par rapport au temps réellement nécessaire pour faire une prévention efficace. On pourrait leur envoyer des courriers, ou leur poser par mail des questions simples sur ses connaissances pour évaluer, mais il risque d'y avoir un biais puisque tout le monde ne répondra pas, ou à coté ou autre. Ce qui semble le plus efficace c'est la dynamique de groupe avec des ateliers réguliers, différents à chaque fois, animés par des IDE, diététicienne, et médecins par ex, un peu comme à l'hôpital, mais l'hôpital ne peut pas se charger de tout

On a besoin de fonctionner comme en milieu hospitalier, mais je répète on est pressés par le temps, la masse de paperasse considérable, et l'argent nous fait mettre des œillères qui nous empêchent actuellement d''établir correctement un réseau performant. Le travail d'équipe est le plus rentable pour obtenir des résultats rapides et probants, sur le diabète comme sur les autres pathologies chroniques, où la prévention est un élément important de la prise en charge.

L'amélioration de la PEC du diabète, insulines comprises, passe par cette collaboration étroite entre professionnels de Santé qui actuellement n'est pas du tout au point, comme pour le reste des pathologies chroniques, en ville. J'espère qu'avec le système de maison médicale, de centre de soins pluridisciplinaire, on pourra aller dans ce sens, faire de l'éducation thérapeutique a proprement parler, de la prévention etc. .

Il me semblerait judicieux, si une collaboration médecin IDE était optimale dans un centre de santé comme une maison médicale, que des séances obligatoires collectives, soient mises en place, sur le thème de la connaissance de la maladie, par ex, ou quelles RHD peuvent être apportées pour améliorer le diabète. Car l'insuline ne concerne qu'une petite proportion des diabétiques, et que le diabète se gère surtout en amont, après avoir repéré les populations à risque

Que se passe t'il si vous démarrez un schéma ou modifiez une insuline?

Si je change un traitement ou un pansement d'escarre à un diabétique par exemple, celui-ci adhère très facilement mais c'est surtout l'IDE qu'il faut convaincre, car elles ont leur propre expérience, son niveau sur la PEC des problèmes de santé et n'aiment pas forcément qu'on change leurs habitudes. Ce n'est pas facile de leur imposer les choses, alors que si on collaborait étroitement, on en parlerait, on définirait les éléments de PEC et on performerait certainement dans ces problèmes qui trainent souvent par manque de communication entre nous. Par exemple, si on change tous les 15 jours de marque de pansement, c'est sûr qu'on n'arrivera pas à guérir.

Les libéraux, médecins comme IDE sont trop individualistes, mais on ne va pas pouvoir en changer facilement les mentalités surtout pour les plus âgés. Vous, les jeunes, vous êtes habitués à bosser en groupe, en concertation. Vous avez donc un rôle très important dans le changement de la médecine de ville et dans la PEC globale des maladies, avec une vision de rapprochement, et un esprit dynamique de groupe. Mais c'est aussi un compromis dans vos vies professionnelles de medecins et IDE, car rapprocher les idées, qui ne sont pas forcément les memes entre chaque collaborateur, n'est pas une mince affaire, mais c'est un projet très intéressant et un vrai challenge. Vous pourrez vous contacter très facilement, mais attention de ne pas tomber dans la facilité et dans la familiarité, qui porraient porter préjudice à vos positions respectives dans la structure.

Le patient est il un moyen de communication entre vous ?

Le patient est un mauvais moyen de communication entre les personnes de la santé, les infos sont souvent déformées, modifiées pouvant aboutir a parfois des catastrophes. Les informations écrites sur un cahier de liaison me semble le plus adapté pour transmettre des idées.

Merci d'avoir répondu et pour votre disponibilité. Je vous tiendrai au courant si vous le voulez des résultats de la thèse.

Ah pourquoi pas, j'aimerai bien savoir ce que vous pourrez dire sur le sujet.

Entretien 5

Bonjour Docteur, Je suis donc comme je vous l'ai expliqué au téléphone, en train de préparer ma thèse en médecine générale à propos de la collaboration médecin infirmière en ville autour du patient diabétique sous insuline. Je vous remercie de m'accorder votre temps pour répondre à mes questions. Pouvez-vous vous décrire ?

Oui, je suis donc un homme de 30 ans, qui travaille en ville dans un cabinet de groupe avec 4 autres MG. Voilà

Combien avez-vous de diabétiques dans votre patientèle ?

20 diabétiques environ et 5 sous insuline

Quel niveau pensez-vous avoir sur le diabète sur une échelle de 5 ?

Boah! 4 sur 5, j'ai fait un semestre en diabétologie durant mon internat à Rouen, et je fais des FMC de temps en temps.

Combien d'IDE avez-vous autour de vous ?

Hmmm...Une douzaine.

Comment décririez-vous globalement vos relations avec les IDE?

Mes relations? Pfff mauvaises, elles sont chiantes.

Ah bon??

Oui oui...

Bon, quelle est la fréquence de vos contacts?

Globalement environ 3 appels par an en tout et pour tout. Pour le diabète, aucun.

Avez-vous déjà initialisé depuis vote installation des insulines?

Non, c'est sûr, c'est peut-être pour ça qu'on ne s'appelle pas... Mais bon, j'ai eu l'occasion de manipuler les insulines lors de mon stage.

Comment se passe la gestion des insulines pour vos patients?

Si une hypo ou une hyperglycémie se produit, Les Ide ne changent pas les doses d'insuline. Mais par contre elles savent appeler pour une ordonnance à refaire... Je revois donc les doses chaque trimestre à chaque renouvellement.

Pourquoi elles ne changent pas?

J'en sais rien. Je les laisse pourtant faire, mais rien ne se passe. Y en a qui ne veulent pas changer car elles veulent l'accord du médecin. Mais elles ne m'appellent pas! Aussi je n'ai pas beaucoup d'insulinodépendant. Je répète, le faible nombre d'appel vient peut-être de là, mais j'ai quelques problèmes d'insuline avec 2 ou 3 diabétiques, certes peu coopérants, mais les IDE qui passent chez eux n'anticipent pas, et je les retrouve avec une majoration de l'HbA1C ou l'apparition d'une complication. Donc je les envoie à l'hôpital en diabétologie quand ils en ont envie...(sourire) Ya beaucoup de trucs a améliorer pour les IDE, je trouve vis-à-vis de la gestion des diabétiques, à commencer par adapter les doses, même en m'appelant. Je suis hyper joignable. Le pire, c'est que je leur en ai déjà parlé, mais bon, pas de résultat. Ça vient peut-être de leur formation initiale ou complémentaire en rapport avec cette maladie.

Si vous aviez une insulinothérapie à démarrer, à quel niveau placez-vous l'IDE?

Je lui demande de passer dès le départ pour adapter les doses, faire les dextros tous les jours, plus ou moins longtemps en fonction de l'âge et du QI du patient. Ce qui est diététique, c'est moi qui gèrerais ca. Les dextros, manipulation des injections et technique, etc..., c'est plus le rôle de l'IDE, et l'adaptation des doses, on peut gérer ca ensemble avec l'IDE. J'écrirais les adaptations de doses avec un protocole et mon raisonnement sur une ordonnance, ce que je fais déjà, mais l'IDE est libre de faire ce qu'elle veut, puisque on ne s'appelle jamais. L'IDE a aussi le rôle d'éducation diététique au quotidien, mais les grandes lignes, c'est moi qui leur donne. Mais bon...Selon moi, l'IDE n'est pas bien intégrée dans le schéma de gestion du diabète, parce qu'on ne communique pas, on peste sur elles plus qu'autre chose, elles doivent faire la même chose, et on se retrouve avec des glycémies au plafond 3 mois après, parce qu'elles ne disent rien.

Que faites pour gérer l'éducation thérapeutique des diabétiques ?

Pour l'éducation thérapeutique j'ai tendance à envoyer voir les gens chez le nutritionniste, et il y a quelques bonnes surprises, vis-à-vis du poids et donc on gagne quelques dixièmes de HbA1C et de glycémie.

Comment améliorer la collaboration MG/IDE dans cette démarche ?

On pourrait améliorer ça en se réunissant régulièrement, mais il faut aussi qu'on ait les mêmes idées et une formation ensemble, et savoir pour chaque patient d'où on part. Je pense qu'il y a au départ un problème de connaissance scientifique de la maladie, et des « on dit » qui modifient leur gestion des problèmes quand elles sont en face. Je me demande si elles ont une formation continue comme nous... ca pourrait se créer, non?

Comment communiquez-vous alors?

J'écris sur le carnet de suivi la démarche à suivre et sur une ordonnance la plus complète, lisible et claire, mais c'est assez compliqué de gérer les insulines conjointement quand on n'a pas le même état d'esprit. Le patient peut aussi être pour moi parfois un moyen de communication entre nous deux.

Quels sont les motifs d'appels actuellement?

Si les IDE appellent, c'est pour des renouvellements d'ordos, et des soucis administratifs, rien de médical. On est totalement indépendants et je trouve cette situation assez dommage. On a un peu plus de contacts pour les cancéreux par exemple... Pour les INR c'est moi qui gère tout, j'appelle les patients et tout se passe bien.

Si vous communiquiez plus, pourriez-vous améliorer la gestion des insulines ?

Si on avait un contact étroit, on pourrait améliorer la PEC des insulines, puisqu'on aurait un discours commun et un fil conducteur. Mais il faut aussi compter sur la motivation des patients et leurs efforts par rapport à leur maladie.

Comment voyez-vous le patient dans cette gestion?

Le patient ? Je ne le sens pas trop autonome. Plus on fait passer l'IDE, moins il est autonome, et moins il se sent au contact de sa maladie. L'ide passe, elle fait le dextro, elle fait l'injection, et elle repart. Le patient n'a rien compris à l'acte qui vient de se faire. Et c'est tous les jours pareil. Soit à l'inverse, il comprend immédiatement la PEC du diabète (thérapeutique, prévention, complications possibles etc), et l'IDE ne passe que à l'initiation du traitement. Mais c'est souvent cause perdue surtout pour les plus âgés, même au prix d'heures d'explications.

En fait, j'utilise le plus souvent possible le patient comme intermédiaire, pour transmettre des informations simples qui le concernent, lui et lui seul. C'est lui qui choisit, son médecin, comme l'IDE. Mais il n'a pas choisi sa maladie. J'essaie de mettre le patient au centre de sa maladie, mais il y a souvent des soucis de compréhension. Soit ils comprennent de suite leur maladie, c'est le cas des plus jeunes diabétiques, soit ils ne pigent jamais, à cause de leur niveau d'éducation, soit une forme de déni, et là, on doit faire passer l'IDE 2 ou 3 fois par jour, à vie, même si la famille est présente et accompagnatrice.

Qui connait le mieux le diabète?

C'est moi qui connais le mieux le diabète

En cas de renouvellement d'insuline, que demandez-vous aux IDE qui passent à domicile ?

Je demande comme objectifs à l'IDE : une glycémie correcte, de venir à heure fixe, d'adapter les doses , l'hygiène alimentaire (quand elles voient un paquet de Mars sur la table), et surtout d'apprendre aux patients qu'ils peuvent se passer d'elle.

Et aux patients?

J'explique régulièrement toutes les complications du diabète, je leur donne tous les bilans a faire, mais il y a une différence entre ce qui est demandé et ce qui est fait. Les bio, ils aiment bien, j'ai mes 4 HbA1C par an, par exemple, car c'est concret et ils ont des résultats sur papier, mais l'ophtalmo et le

cardio sont beaucoup plus difficiles à avoir chaque année, car ils comprennent mal pourquoi et aussi la pénurie des rdv spécialiste.

Pensez-vous que la collaboration MG/IDE est essentielle pour améliorer le diabète ?

Si on ne passe pas notre temps entre le patient et l'IDE, oui, et on gagnerait surement en compréhension de la maladie, et on limiterait surement les complications et les sanctions chirurgicales. Le temps est compté, le nombre de diabétiques n'est pas forcément la majorité de mes consultations, pourquoi pas nous réunir de temps en temps avec les IDE. Mais le problème principal est la disponibilité des MG et je pense aussi des IDE. Mais globalement, avec le système actuel, il n'y a pas de grosse tempête sur la gestion et prise en charge globale des patients diabétiques.

Merci de votre disponibilité. Je vous tiendrai au courant si vous le voulez des résultats de la thèse.

Ok, merci.

Entretien 6

Bonjour Docteur, Je suis donc comme je vous l'ai expliqué au téléphone, en train de préparer ma thèse

en médecine générale à propos de la collaboration médecin infirmière en ville autour du patient

diabétique sous insuline. Je vous remercie de m'accorder votre temps pour répondre à mes questions.

Tout d'abord pourriez-vous vous décrire?

Je suis une jeune installée depuis 6 mois en succession, dans une petite ville semi rurale, j'ai 30 ans, et

le me suis posée dans une maison médicale qui regroupe au total deux MG et 1 dentiste, je m'occupe

d'une maison de retraite, j'ai en tout une centaine de diabétiques, dont 1/3 d'insuline.

Votre niveau sur le diabète, vous l'estimez à combien sur une échelle de 5 ?

On va dire 4 sur 5 parce que je sors des études.

Combien d'IDE travaillent autour de vous ?

En ville 3, et il y a les IDE de la résidence

Que pensez-vous de la PEC générale des diabétiques sous insuline ?

Ils sont globalement bien équilibrés. Ceux qui st très mal équilibrés, c'est ceux qui refusent la semaine diabétique (en milieu hospitalier, accord avec les MG du secteur.), ceux dont l'éducation générale est

limitée. Ceux qui sont suivis par un IDE à domicile sont assez bien équilibrés, avec une HbA1C maxi 7.

Quel est selon vous le niveau de formation des Ide sur le diabète?

Les IDE avec qui je travaille, celles qui ont une formation de base sont moyennement formées, mais il y

en a qui ont une formation complémentaire, type DU, et qui sont beaucoup plus à l'aise.

Avez-vous déjà démarré un traitement par insuline ?

Oui

En quoi l'IDE fait partie de votre arsenal thérapeutique ?

Elle est indispensable, car le diabétique a peur de la mise sous insuline, il ne comprend pas l'intérêt de

cette insuline, et ne connait strictement rien de la gestion des dosages même si on lui explique. En

général, c'est une personne âgée qui ne comprend rien à l'adaptation des doses. Déjà l'IDE a parfois du

mal à faire les doses... Ca le décharge et le soulage, et surtout il voit une IDE régulièrement qui est une

personne de confiance et ça allège la difficulté d'acceptabilité de la maladie. Quand intellectuellement,

le patient peut faire ses insulines, je le laisse faire, mais c'est peu fréquent.

Quels types de contacts avez-vous avec les IDE?

J'ai des contacts avec les IDE par téléphone quand elles rencontrent un problème , ou on se voit parfois

au détour d'une rue ou dans mon bureau. Même quand on s'appelle l'un l'autre, je leur demande si le

105

patient X ou Y va bien, y compris pour les insulines. Mais la majorité de nos appels ne concernent pas le diabète.

Quelle est la fréquence de vos appels : 1/trimestre pour le diabète. Mais on s'appelle mutuellement plus regulièrement, pour d'autres problèmes, ça tisse les liens et ça facilite les relations.

Avez-vous des soucis vis-à-vis des insulines ?

Non, Jamais.

Pour vous, en quoi consiste le travail de l'IDE dans le diabète?

Son travail est multiple, elle fait les gestes techniques, et rabache les bons conseils au patient pour qu'il sache qu'on met l'insuline parce qu'on ne peut plus faire autrement, mais je vois dans les consultations que ce n'est pas toujours facile. Pourtant je ne suis installée que depuis peu...J'espère que l'IDE fait d'elle-même l'éducation du diabète, y compris l'éducation thérapeutique, mais j'essaie de faire passer les gens a la semaine diabétique. Puis c'est l'hôpital qui revoit en alternance le patient avec moi, tous les 3 mois. C'est plus pratique pour suivre le patient et il est mieux encadré. Si j'ai un carnet de diabétique mauvais, je leur transmets les infos par ce carnet, je note les doses a adapter. Sauf avec 1 IDE avec qui je travaille régulièrement, il a fait une formation diabéto hospitalière, et ne me dérange jamais pour un problème diabéto.

Et le patient?

Le patient? Il comprend rarement sa maladie: Il lui faut 3 ans au moins pour que ça rentre. Il fait qu'il intègre sa maladie, puis il accepte sa maladie, et qu'il fasse ensuite ses consultations cardio/ophtalmo. Le 1er problème c'est de leur faire comprendre qu'il faut passer à l'insuline, j'en ai1 qui a 12%, i Rénale chronique, qui refuse la semaine diabétique, il passe par moi trimestriellement, mais voit le néphro, et diabéto tous les 15j 3 sem. L'autre problème c'est l'adaptation des doses en fonction des glycémies. Moi, j'ai décidé de ne faire que la glycémie a jeun le matin et les IDE adaptent en fonction, car j'ai eu des patients qui n'ont pas eu leur lantus car une glycémie dans la journée était basse. Comme ça je suis tranquille. Ils ont leur lantus le soir, et leur dextro à jeun le matin.

Qui connait mieux le diabète?

Je dirais, tout dépend des patients. Les jeunes connaissent très bien leur maladie, sont bien éduqués, on leur donne beaucoup de moyens pour qu'ils puissent s'informer. Au total : c'est le médecin qui connait le mieux, puis le patient, puis l'IDE.

D'après vous, le diabète serait-il mieux équilibré si MG et IDE collaboraient plus ?

Si notre collaboration était optimale, on n'améliorerait pas l'HbA1C car si le patient ne veut pas se faire piquer, il refusera tjrs !! Mais on pourrait améliorer la compréhension de la maladie. Les IDE doivent absolument prendre une part plus importante dans la PEC du diabète. La coopération MG IDE est à parfaire. Surtout au niveau de l'éducation globale du patient. C'est vrai que je ne suis pas déçue par les

IDE, ça se passe plutôt en bonne intelligence. J'attends de voir ce que vont donner les nouvelles maisons médicales. J'espère qu'elles fonctionneront avec un échange régulier entre les acteurs de santé, et qu'une relation de confiance s'installera dès les premiers jours d'activité entre les patients et nous.

Merci de votre disponibilité. Je vous tiendrai au courant si vous le voulez des résultats de la thèse.

Entretien 7

Bonjour Docteur, Je suis donc comme je vous l'ai expliqué au téléphone, en train de préparer ma thèse en médecine générale à propos de la collaboration médecin infirmière en ville autour du patient diabétique sous insuline. Je vous remercie de m'accorder votre temps pour répondre à mes questions. Tout d'abord pourriez-vous vous décrire ?

Bien sur, je suis un vieux médecin de 63 ans installé seul à mon domicile depuis au moins 35 ans, dans un tout petit village, avec 2 IDE associées à 200m de mon cabinet, Je fais 2 matinées par semaine en EHPAD, fais mes visites le matin, avec quelques consultations en fin de matinée et consultations sur rendez-vous l'après-midi...Et je suis maitre de stage pour les internes.

Quel est selon vous votre niveau sur le diabète sur une échelle de 5 ?

Ouh là, mon niveau ?... Allez, on va dire 3/5. Je ne fais pas de formation spécifique sur le diabète...

Quelle relation entretenez-vous avec les 2 IDE du village?

J'ai avec ces IDE une excellente relation.

Que pensez-vous de la qualité globale de prise en charge de vos patients sous insuline ?

Je pense que mes patients sous insuline sont globalement bien pris en charge. Ils ont en moyenne, je dirais, une HbA1C inférieure à 8 pour la très grande majorité d'entre eux. J'arrive à les éduquer avec le temps grâce aux IDE qui font un travail formidable, quotidien, très régulier. L'une d'elles ayant fait une formation en service de diabétologie, elles modifient donc les doses très facilement en se contactant l'une l'autre. Quand je vois les patients sous insuline, je n'ai souvent qu'à contrôler les glycémies et faire le suivi biologique. Tout le reste est sous le contrôle des IDE. Ça se passe comme ça ici ! Je leur ai délégué toutes les taches de surveillance et elles me contactent au moindre problème.

En cas d'initiation de traitement par insuline, que faites-vous?

C'est simple, j'utilise au maximum les capacités de mes IDE. Elles sont au 1er plan dans la démarche de soins. Je demande aux patients de les contacter (ils les connaissent bien, ca fait plus de 20 ans qu'elles sont dans le village), et elles font quotidiennement pour une durée indéterminée le dextro, l'injection ou les injections d'insuline, évaluent les capacités des patients à comprendre leur maladie, et surtout enseignent les mesures hygiéno-diététiques et surveillent leur application. Les injections sont donc beaucoup plus tolérées puisque les patients sont à domicile, et elles sont faites par des gens de confiance. C'est important, la confiance entre les soignants et soignés... Je note quand même sur le carnet de glycémie les objectifs à atteindre et les dosages d'insuline qui me paraissent les plus appropriés mais c'est leur évaluation au jour le jour qui détermine si le dosage prescrit est le bon. En fait mon boulot est plutôt simple par rapport à elles.

Comment se font vos contacts?

Là aussi, c'est très simple. Ils sont très réguliers, quotidiens, on se tutoie, on s'appelle, on se voit dans la rue à mon cabinet où elles viennent en entrent sans frapper. J'ai instauré avec elles cette proximité pour mieux travailler et anticiper entre autres les complications aigues du diabète, mais je travaille de cette manière avec elles pour toutes les pathologies. Le diabète ne m'a pas poussé à évoluer dans ce sens.

Quels sont les motifs les plus fréquents par rapport au diabète quand vous vous rencontrez ?

On n'a pas de problème dans les changements simples des doses d'insuline car elles sont parfaitement au courant là-dessus. Non, c'est plutôt pour faire une visite en urgence pour un mal perforant infecté par exemple, ou pour me demander mon avis sur ma conduite à tenir si la glycémie est Hi.

Notre proximité physique et les liens qu'on a tissés tout au long de ces années nous permettent de bien gérer le diabète, et d'être au plus près des complications aigues du diabète, et surtout de mieux faire accepter la maladie par les patients, ce qui est une chose très importante pour moi.

Que pourriez-vous améliorer dans votre collaboration?

Je n'ai pas besoin d'améliorer notre collaboration puisque ça me semble, et les IDE aussi, suffisamment efficace comme ça. Mais on en est arrivé à cette situation à cause ou grâce, ça dépend des points de vues, de notre secteur très rural, où le 1er hopital de proximité est à une vingtaine de km, où il y a presque plus de vaches au km2 que d'humains. Vous le savez bien, peu d'IDE et de médecins ont le désir charnel de venir s'installer dans le coin. C'est pour ça que je suis maître de stage, pour emmener les internes au fond de la campagne, avec de la terre sur les bottes, et faire de la vraie médecine de proximité, proche des gens.

La difficulté réside surtout dans l'avenir! Le tableau dans notre secteur est très noir, je suis bientôt en retraite, les IDE se retrouveront seules dans mon secteur si rien ne se fait. C'est pourquoi je suis en train de générer une maison médicale, qui verra exercer en son sein avec des MG, un cardiologue vacataire, un ophtalmo, un ou deux dentistes, et les IDE pour assurer un service de proximité de qualité, afin que la population rurale, vieillissante, ne soit pas médicalement perdue. J'aime faire connaître mon activité aux jeunes mais peu d'entre eux souhaitent s'implanter en rase campagne... C'est très dommage, car la qualité de vie et les rapports qu'on peut avoir avec les gens y est exceptionnelle, mais il faut savoir donner beaucoup de son énergie!! Les jeunes veulent plutôt aujourd'hui une proximité avec tous les commerces, et les loisirs, ce qui n'est pas forcément le cas ici. Mais il y a d'autres loisirs! Si les pouvoirs publics s'intéressaient un peu plus aux richesses rurales, je suis certain que ça en attirerait plus d'un.

Revenons aux patients diabétiques si vous le voulez bien. Le patient, comment est-il intégré dans le dispositif de gestion de la maladie diabétique ?

Il est au cœur du dispositif mais on a souvent affaire à des patients âgés, pour qui une découverte de diabète est fortuite et donc la mise sous ADO est impérative. J'ai peu de patients sous insuline, mais toux ceux-là sont sous le contrôle des IDE, excepté les plus autonomes physiquement et mentalement qui ont compris comment ça fonctionne. On a beaucoup de problèmes pour le suivi cardiologique et

ophtalmo car tout le monde n'a pas de véhicule pour aller dans la ville où se trouvent ces spécialistes. Pour les biologies, je note systématiquement une demande de passage à domicile, alors elles sont systématiquement faites.

L'utilisez-vous comme moyen de communication avec vos IDE?

Non, non! Je n'utilise pas le patient comme moyen de communication puisqu'on n'a pas besoin de lui pour se parler.

Pour vous, qui connait le mieux le diabète?

Les IDE et moi ex aequo! Mais en général, c'est plutôt le médecin qui se sent le plus à l'aise dans la prise de décision.

Pensez-vous que le diabète pourrait être mieux pris en charge avec une relation optimale entre MG et IDE ?

Chez nous, je gère le suivi des patients en symbiose avec les IDE. Je veux vraiment leur rendre hommage, mais je sais qu'on est un peu « hors norme » dans la région dans notre façon de travailler. Cependant c'est une façon de travailler à mon avis efficace, alors en ce qui nous concerne actuellement, ça n'améliorerait pas la PEC globale de ces diabétiques, insulino ou pas, puisqu'elle est déjà optimale.

Je souhaite à l'avenir que la maison médicale que je suis en train de créer permettra de pérenniser cette proximité entre soignants, et surtout avec la population locale. On verra ce que l'avenir nous réserve!

Merci de votre disponibilité. Je vous tiendrai au courant si vous le voulez des résultats de la thèse.

Bon retour!

Entretien 8

Bonjour Docteur, Je suis donc comme je vous l'ai expliqué au téléphone, en train de préparer ma thèse en médecine générale à propos de la collaboration médecin infirmière en ville autour du patient diabétique sous insuline. Je vous remercie de m'accorder votre temps pour répondre à mes questions. Tout d'abord pourriez-vous vous décrire ?

Oui, je suis un homme, j'ai 61ans, je travaille dans une maison médicale (2médecins, 2 IDE 2 kiné, secretariat téléphonique), il y a 2 IDE en + à côté.

Cb de diabétiques avez vous?

Bah, j'ai beaucoup de personnes âgées dans mon activité donc beaucoup de diabétiques

Qualité des rapport avec les IDE?

S'entend « pas trop mal avec elles ».

Comment vous parlez vous avec les IDE?

Par téléphone mais à une fréquence quasi nulle pour le diabète. Je ne vois JAMAIS les IDE ou les kinés de la maison médicale... Pas le temps, en fait. On est dans une activité libérale, et donc assez seuls, mais on n'a pas de souci de ce coté-là. En fait on se parle, mais plutôt pour d'autres pathologies. Elles arrivent à résoudre les problèmes sans nous contacter, et sans qu'on le sache! ya pas de réunion. Ce serait intéressant de travailler de concert mais on est dans une activité libérale, donc un peu indépendant quelque part. En fait, ce qui se passe: elles n'appellent que quand gros coup dur, et en général, c'est une hospit' qui se passe par la suite. Les IDE ne changent quasi jamais les dosages d'insuline.

par crainte d'une erreur?

Oui !!Elles craignent le risque de coma hypo en modifiant l'insuline du matin quand dextro du matin mauvais, alors que c'est celle du soir. Donc les IDE autour de moi ne changent jamais les dosages et me laissent le faire au bout du trimestre. Mes patients insulinés ont de bons dextros et de bonnes HbA1C. On a un autre souci, c'est la fréquence de nos consult' : tous les trimestre, c'est trop long, donc pas assez efficaces selon moi.

Que souhaiteriez-vous qu'elles fassent dans le suivi?

Ce serait bien que les IDE fassent plus dans le suivi (poids hebdomadaire,)On n'a pas besoin de travailler en commun, on aurait un cahier/tableau avec toutes les mesures prises par l'IDE et on adapte.(poids glycémie. Ce serait déjà énorme d'avoir une surveillance ne serait-ce que du poids hebdomadaire. Car en consult', il faut être rapide et efficace, on se fie à notre instinct, on ne prend pas le poids, rarement la TA, on fait ça à l'estime. On n'est pas assez nombreux sur le terrain et on ne passe pas assez de temps dans l'activité de surveillance.

Je trouve qu'il y a une moins bonne prise en charge des patients insulinés qu'avant... moins de temps... on délivre pour 3 mois, les patients sont moins couverts par les assurances, mangent moins bien. Actuellement un sou est un sou et ils le récupèrent dès que c'est possible.

En cas d'initiation d'insuline?

Je n'initie plus d'insuline, j'envoie directement le patient à l'hôpital, un coup de fil et hop! tout est géré en moins d'une semaine (bilan cardio, adaptation des doses, Bilan ophtalmo etc) et ça nous décharge de toute responsabilité; on se sent moins coupable quand un type meurt de son diabète et qu'il a eu tout son bilan.

Et après?

Après le passage à l'hôpital, l'IDE passe quotidiennement à domicile. Elle fait son travail, que je ne juge ni n'analyse pas et je vois le patient tous les trimestres.

Pour l'éducation thérapeutique?

Et on travaille un peu avec les plus obeses sur le régime, je dis les grandes lignes et... le patient se gère tt seul en fait. Pas de dietéticien dans le coin. Je ne fais pas d'éducation thérapeutique à proprement parler, les IDE non plus je pense, c'est l'hôpital qui s'en occupe. Je donne les grandes lignes d'éducation thérapeutique, mais les patients ont de multiples moyens d'information : l'internet, la TV les livres, on ne leur donne pas d'indication qualitatives, mais quantitatives. On devrait pouvoir leur expliquer comment manger mieux etc. c'est un grand problème de société. Les diabétiques, après la retraite, se sont privés toute leur vie, ont de l'argent, s'achètent une bonne conscience, et donc ils mangent. Ils claquent leur argent dans la bouffe !!! Il faut manger pour vivre, et non pas vivre pour manger...selon Molière. Je ne suis pas un grand prescripteur d'ADO et d'insuline, pas très à l'aise.

Ts les diabétiques ont leur carnet de glycémie ou un lecteur ms je ne les vois pas tjrs en consultation, par oubli de la part du patient.

Quel est votre degré de confiance envers les IDE ?

Elles sont compétentes, elles se sont améliorées, mais elles modifient trop rapidement les insulines, il peut y avoir un écart de régime, ou des dosages d'insuline trop faible, ce n'est pas la même prise en charge. Et nous on voit ca 3 mois après. Les IDE ont leur liberté, on la leur donne, elles font ce qu'elles veulent, et ça réussit assez bien jusque maintenant

Qui connait le mieux le diabète?

Je fais une entière confiance en l'hôpital.

Si votre collaboration était existante, voire meilleure...

Je dirais que le diabète serait surement amélioré mais on n'a pas le temps de collaborer!!! Et je me fie aux recos de l'HAS.On devrait pouvoir faire des formations avec IDE payées par les labos pour nous

aider à travailler, car on n'a pas le temps et les financements pour se former tous ensemble. Ce n'est pas non plus la sécu qui ira dans ce sens. Il faut des initiatives individuelles pour aboutir à un phénomène collectif. Je n'ai pas non plus tenté de créer une relation professionnelle quelconque avec les IDE.... Bon là je n'ai plus de temps. Vraiment désolé!

Merci de votre aide en tout cas. Bonne fin de journée!

Salut!

COLLABORATION ENTRE MEDECINS GENERALISTES ET INFIRMIERES LORS DU SUIVI DES PATIENTS DIABETIQUES DE TYPE II INSULINO REQUERANTS : SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES D'EVOLUTION SELON LES MEDECINS

RESUME

Le médecin généraliste et l'infirmière sont les acteurs de la santé en ville. L'évolution démographique défavorable, l'allongement de la durée de vie et la croissance du diabète et de ses complications ont poussé les pouvoirs publics à créer de nouvelles structures de soins et de nouveaux systèmes de rémunération.

Une étude qualitative a été réalisée à partir d'entretiens semi dirigés sur huit médecins généralistes de Haute Normandie. L'objectif est d'avoir une vue sur la collaboration actuelle avec les IDE pour le suivi du diabète sous insuline, et sur les évolutions possibles à y apporter.

La collaboration actuelle n'est pas très performante. La communication est quasi inexistante. Les médecins ont confiance envers les infirmières mais connaissent mal leur formation et leurs activités. Ils souhaitent plus de coopération pour maitriser l'évolution du diabète. L'éducation thérapeutique, trop peu réalisée, aura une place importante. Ils ont le sentiment que les décisions seront plus rapides, les résultats biologiques meilleurs et l'autonomie du patient plus sereine. Les projets de regroupement sont nécessaires pour conserver l'accès aux soins de proximité et la qualité des soins. La formation des médecins et infirmières est à promouvoir. Il faudra surmonter les contraintes culturelles et humaines qui peuvent dégrader la qualité de cette collaboration. Cette nouvelle médecine devra avoir un encadrement juridique fiable et une reconnaissance financière qui ne pénalisera pas les professionnels.

Les médecins se sentent prêts à s'investir dans une collaboration avec les infirmières pour avoir un système performant et fluide, avec des résultats probants sur le diabète.

<u>Mots clés</u>: médecins généralistes, infirmières, collaboration, diabète type2, insuline, Education thérapeutique, exercice pluridisciplinaire.