

INTERMED +

Prévention secondaire par une infirmière en cabinet de médecine générale



Réalisé pour le compte de Promotion Santé Suisse

2019-2021, La Chaux-de-Fonds (NE)

8 novembre 2022

Anne Bramaud du Boucheron ANP - anne.bdb.intermed@hin.ch
Marc Giovannini, Médecin - m.giovannini.mc@hin.ch
Carine Lehmann, Fondation O₂ - carine.lehmann@fondationo2.ch

Résumé

INTERMED+ est un projet de prévention secondaire destiné aux patients de cabinet de médecine générale présentant des risques à développer des maladies non transmissibles (MNT). En effet, le cabinet médical est un important vecteur de prévention qui permet de diffuser les recommandations en santé publique, car elle accède aux 2/3 de la population adulte au moins une fois par année. Porté par une équipe de professionnels de terrain et réalisable auprès d'une population test de 1800 patients, INTERMED+ attend des résultats aussi bien quantitatifs sur la réduction des facteurs de risque, que qualitatifs, sur le processus utilisé au service d'une collaboration efficiente.

Cependant, il manque du temps à l'équipe médicale (médecins et assistantes) pour instaurer une systématique dans les mesures de dépistage et d'accompagnement. Ainsi, avec l'aide des infirmières spécialisées, les médecins repèrent les patients à risque en se basant principalement sur l'hygiène de vie (consommation excessive d'alcool, tabagisme, surpoids, etc.) des patients ainsi que sur des indicateurs physiologiques (taux de cholestérol, glycémie, tension artérielle, indice de masse corporelle, etc.). Une fois repérés, les médecins proposent aux patients concernés d'intégrer le projet INTERMED+.

Le projet visait à tester et évaluer l'organisation mise en place par l'équipe soignante au service d'une nouvelle collaboration médecin-infirmière et d'une formation interprofessionnelle efficace ainsi que de faire ressortir les impacts quantitatif et qualitatif sur la population ciblée quant au développement de compétences en santé en lien avec les maladies non transmissibles. Les évaluations montrent que la disponibilité de l'infirmière et ses compétences relationnelles, éducatives et motivationnelles sont des atouts d'efficience largement et explicitement reconnus par une large majorité des patients interviewés ainsi que par les médecins impliqués. En effet, son positionnement et le statut qu'elle incarne dans la représentation collective des patients font que l'infirmière est reconnue comme une personne digne de confiance, dotée de compétences complémentaires à celles de l'assistante médicale et à qui il est possible de se confier plus facilement qu'envers le médecin qui incarne une position d'autorité moins accessible au niveau relationnel. La proximité géographique de l'infirmière, accessible dans le même centre que le médecin généraliste avec qui elle travaille, semble aussi constituer un atout important dans la réussite du projet. Il est question de complémentarité sur place, de gage de confiance, de dynamique d'acteurs professionnels qui vont dans le même sens.

L'analyse quantitative montre une baisse du BMI chez la majorité des patients pris en charge. Cette baisse intervient dès les premières consultations (1 à 5 consultations), une augmentation de la longueur du suivi ne semble pas avoir un effet pertinent sur la diminution du poids. Les consultations infirmières ne semblent pas avoir permis de baisser systématiquement les valeurs de glycémie et de HDL/LDL.

En conclusion, l'obstacle principal au développement du projet est la difficulté à attirer, voire recruter des infirmières formées en éducation du patient et en entretien motivationnel dans cette activité indépendante. De tels projets, pourtant efficaces en termes de prévention secondaire, ne peuvent pas se développer sans le soutien effectif des services de santé publique au niveau cantonal, voire fédéral pour trouver des solutions permettant d'attirer des infirmières dans cette activité. En effet, le remboursement des prestations par les assurances de base sont réglementées par la loi LAMal en Suisse qui se concentre sur les soins en cas de maladie. Les prestations de prévention et promotion de la santé ne peuvent être remboursées sur cette base. Il s'agit donc de trouver un autre mode de financement.

Table des matières

1. Introduction	2
1.1. Situation initiale	2
1.2. Description du projet	3
1.3. Evaluation du projet.....	6
2. Méthodologie	6
2.1. Conditions initiales au projet au sein du cabinet.....	6
2.2. Etapes de la mise en œuvre du projet	7
3. Résultats et interprétation	8
3.1. Analyse quantitative	8
3.2. Analyse qualitative.....	10
4. Conclusions et recommandations	12
5. Bibliographie	14
6. Annexes	14

1. Introduction

1.1. Situation initiale

Le développement de la plupart des maladies non transmissibles (MNT) est déterminé par différents facteurs, parmi lesquels les habitudes de vie liées à la consommation d'alcool et de tabac, l'alimentation et l'activité physique jouent un rôle essentiel. Afin de diminuer les risques de développer une MNT, ces habitudes peuvent être optimisées à travers un investissement en prévention au moyen de recommandations d'hygiène de vie qui nécessitent des changements de comportement que certains patients peinent à intégrer spontanément dans leur vie quotidienne.

La médecine de premier recours peut, d'une part, dépister et informer les patients à risque et, d'autre part, proposer un accompagnement autant éducatif que motivationnel aux patients en difficulté pour les aider à développer leur sentiment d'empowerment (« pouvoir agir ») face aux risques.

Cependant, face à la prééminence des problématiques aiguës devant être traitées en médecine générale, un manque de temps de l'équipe médicale (médecins et assistantes) a été constaté pour instaurer une systématique dans les mesures de dépistage et d'accompagnement à travers des prestations éducatives personnalisées et motivationnelles efficaces. Bodenheimer et Laing ont mis en évidence qu'un patient sur deux quitte le cabinet médical sans avoir vraiment compris les conseils de santé prodigués par le médecin.

Certes, des programmes de prévention existent mais l'OBSAN relève leur faible nombre et la réticence de certains médecins généralistes à adresser leurs patients dans de tels programmes de peur de perdre une partie de leur patientèle.

1.2. Description du projet

De ces constats a émergé en 2018, au sein d'un cabinet privé de médecine générale à la Chaux-de-Fonds, le projet INTERMED +. Il fait suite à quatre années d'expérimentation de la présence infirmière au sein de ce cabinet (projet INTERMED), initialement centrée sur les patients déjà atteint de maladie chronique nécessitant de la prévention tertiaire (majoritairement en lien avec le diabète) et sur la coordination de situations complexes.

INTERMED+ a pour but d'améliorer la systématique de repérage et de suivi des patients à risque, et de leur proposer des prestations éducatives et motivationnelles à travers une collaboration médico-infirmière formalisée intégrée au cabinet. Le groupe-cible est constitué des patients dans le cadre du dépistage et du suivi, ainsi que du personnel médical (médecins, infirmières) dans le cadre de la collaboration interprofessionnelle et de la formation continue. Prioritairement, il sera constitué des patients présentant les facteurs de risque (glycémie à jeun de 5,6 à 6.9 mM, HbA1c de 5.7 à 6.4 %, BMI > 25 Kg/m², tabagisme, périmètre abdominal sup 102 cm pour les hommes et 88 cm pour les femmes) et ce, indépendamment de l'âge, soit environ 1800 personnes. L'expérimentation permettra l'étayage d'un éventuel modèle accessible et diffusable aux cabinets volontaires.

Le projet se situe à la Chaux-de-Fonds (environ 38 000 habitants), ville caractérisée par une forte proportion de main d'œuvre ouvrière (46 % vs 25 % pour la Suisse en 2008), un taux de résidents d'origine étrangère élevé (30,54 %) et une consommation importante d'aide sociale (11.9 % vs 7.4% pour le canton de Neuchâtel). Il a pour but d'évaluer cette nouvelle manière d'intégrer la prévention et promotion de la santé dans les entretiens avec le patient afin de définir quels sont les résultats obtenus au niveau du patient (amélioration de l'état de santé) et au niveau de la gestion des binômes médecin-infirmière et de l'interprofessionnalité. Grâce au financement apporté par Promotion Santé Suisse (PSCH) qui couvrait les temps d'interprofessionnalité ou administratif (screening), ainsi que les remboursements par la LAMal des suivis infirmiers prescrits par les médecins, le projet a pu se mettre en place.

Les schémas ci-après expliquent comment fonctionnent les parties prenantes entre elles (schéma 1) et comment le projet impacte le patient au niveau de la réduction des risques (schéma 2).

Schéma 1 (schéma développé par Fondation O2 (FO2)):

Le projet et ses enjeux : les parties prenantes et leur fonctionnement entre elles

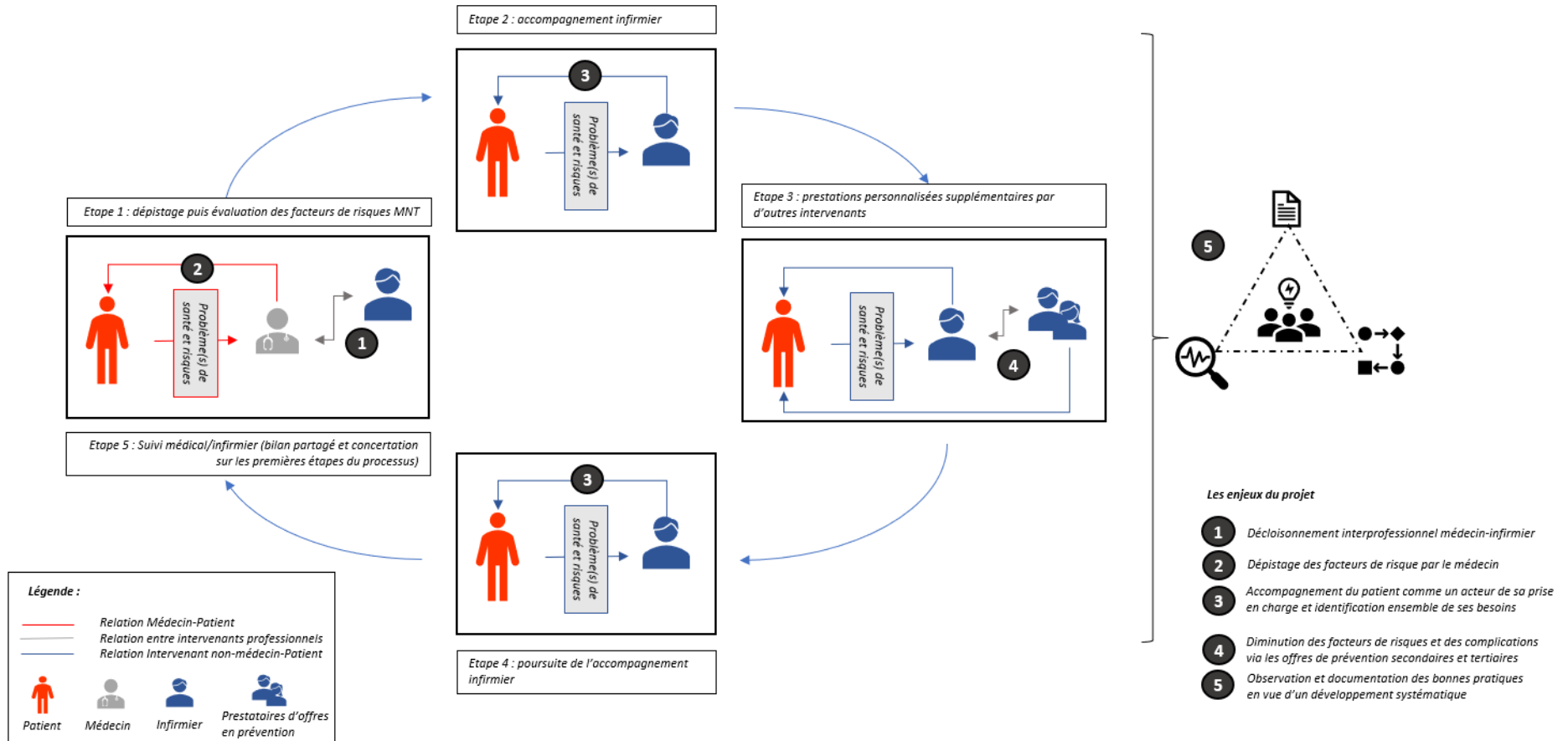
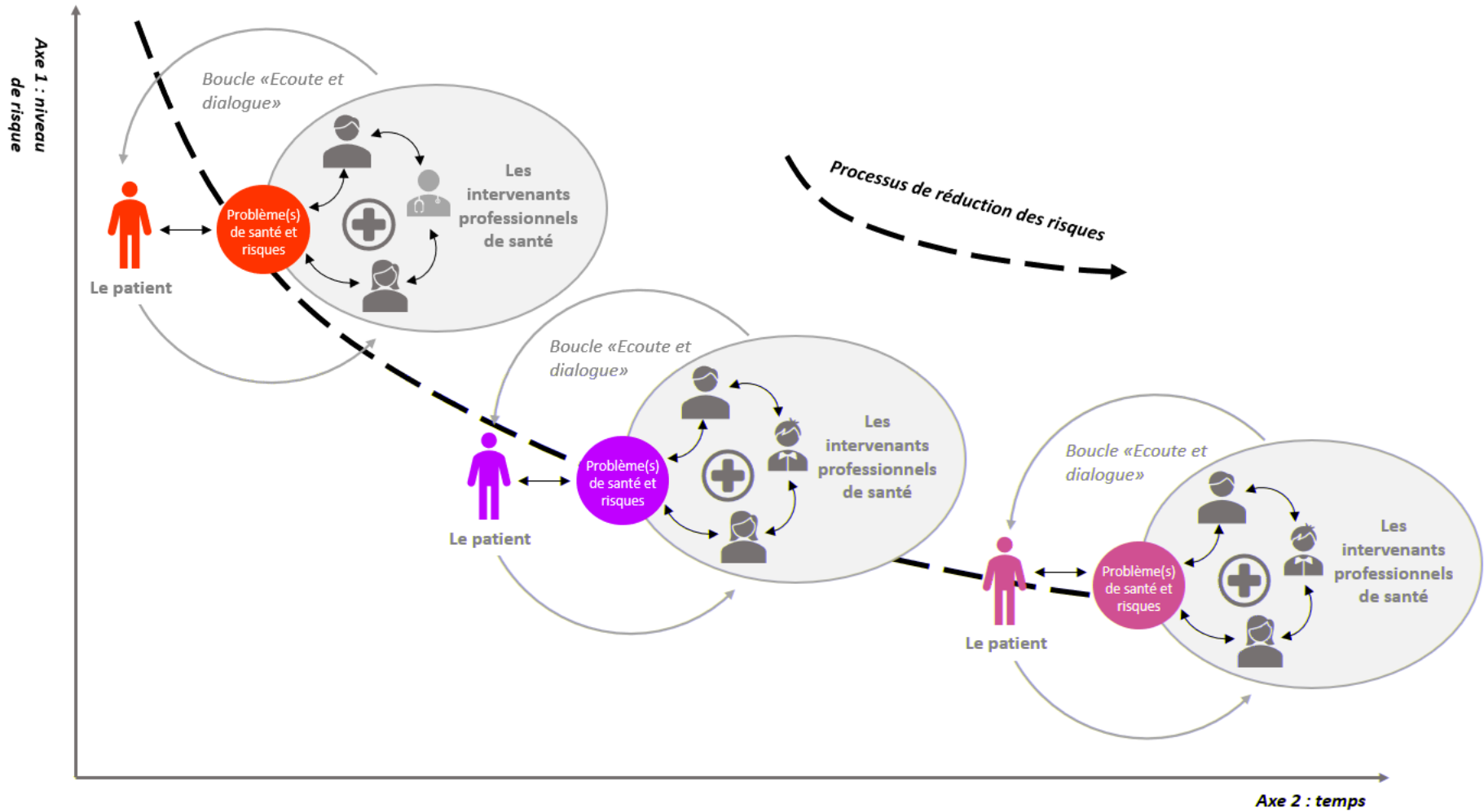


Schéma 2 (schéma développé par FO2) :

Le projet du point de vue du patient : réduction progressive des risques



1.3. Evaluation du projet

L'évaluation du projet s'est faite de deux manières :

1. Une mesure quantitative de l'impact bio-clinique : Un recueil de données est fait en continu concernant les patients auxquels la prestation a été proposée, les patients rencontrés, et l'évolution des critères bio-cliniques déterminants. Les données recueillies ont été traitées par Fondation O2 sur mandat.
2. Une évaluation de type qualitative compréhensive (Dayer and Charmillot 2012; Groulx 1999) a été réalisée par la Haute Ecole Arc (HE-Arc).

L'objectif de l'évaluation consiste à montrer l'organisation mise en place par l'équipe soignante au service d'une nouvelle collaboration médecin-infirmière et d'une formation interprofessionnelle efficace ainsi que l'impact quantitatif et qualitatif sur la population ciblée quant au développement de compétences en santé en lien avec les maladies non transmissibles.

Il s'agira d'une part de définir quelle est la population à atteindre pour le projet ainsi que quels sont les modifications d'attitude et de comportement chez les bénéficiaires de la prestation. Il est important de donner des indications de résultats quant à l'impact bio-médical de la prestation INTERMED+ sur les facteurs de risque identifiés au sein de la patientèle de médecine générale par un monitoring des données bio-médicales.

Il s'agira d'autre part de rendre compte de l'atteinte des objectifs en lien avec la construction de la collaboration et la formation continue au service de la cohérence de prise en charge au sein du binôme médecin-infirmière, ainsi que de s'interroger sur la place possible des assistantes médicales dans ce type de prise en charge.

2. Méthodologie

2.1. Conditions initiales au projet au sein du cabinet

1. **La proximité géographique** : le fait que le projet soit mis en œuvre au sein d'un seul lieu (le cabinet médical) est d'une part vecteur de relation informelle entre soignants (se voir, s'accueillir, faire connaissance), et est d'autre part mis au service de la confiance du patient qui peut objectiver cette proximité et qui « transfère » l'apriori positif du médecin à l'infirmière.
2. **Le partage du logiciel informatique** : le logiciel médical est mis à disposition de l'infirmière par le médecin avec un accès libre en lecture et en écriture. L'infirmière utilise donc le dossier médical pour recueillir les informations pertinentes au suivi du patient et y verser les informations pertinentes (objectifs poursuivis, point d'étapes) à la prise en charge médicale. Le partage du logiciel permet d'une part le travail infirmier en amont de la consultation ainsi que la traçabilité de son action auprès du patient. Cela devient également le support de l'échange entre médecin et infirmière.
3. **La philosophie de soin partagée** : l'intention d'incarner l'autonomie également chez les soignants pour une recherche de congruence. S'inspirant du management horizontal, et au service de l'empowerment infirmier, il a été confié à chacun, individuellement et en binôme, la responsabilité de ses actions aussi bien avec le patient que dans les processus mis en place ainsi que dans la gestion administrative. Les temps d'échanges ont pour but de partager des expériences et un essaimage réciproque profitant ainsi à tous de la créativité de chacun et de ce fait une homogénéisation des pratiques par contamination.

2.2. Etapes de la mise en œuvre du projet

1. Etablissement des binômes médecin-infirmière:

Au sein du projet il y a eu constitution de 3 binômes : le premier, porteur du projet, a une expérience de collaboration préalable de plusieurs années et notamment au sein du projet INTERMED. La collaboration a été un choix et les finalités poursuivies, co-construites. Ce choix partagé a été au service d'une compréhension et d'une recherche d'une posture commune et cohérente auprès de la patientèle notamment par le choix de l'éducation thérapeutique (ETP) comme « philosophie » de soin partagée.

Le deuxième binôme s'est constitué préalablement au démarrage du projet. Les professionnels ont fait connaissance. L'infirmière concernée était en cours de formation d'ETP à l'université de Besançon. Le médecin n'était pas formé. L'engagement dans ce projet a nécessité l'acquisition du statut d'indépendante de l'infirmière et un délai d'environ 3 mois pour l'obtenir (démarche auprès de l'ASI – Association suisse des infirmières et infirmiers). Ce binôme s'est arrêté après 6 mois suite au choix de l'infirmière de modifier son statut professionnel vers un salariat.

Le médecin est resté mobilisé, bientôt rejoint par un nouveau médecin également demandeur. Il a donc été procédé à un « recrutement » d'une nouvelle infirmière par l'infirmière porteuse du projet. Ainsi s'est constitué le troisième binôme. L'infirmière était déjà au bénéfice d'un statut d'indépendante simplifiant de facto le démarrage dans l'activité. Une expérience dans les soins à domicile indépendant a facilité l'appropriation de la logique de facturation (établissement du mandat, dossier de facturation infirmier, relation aux assureurs). Cette dernière et ses deux binômes médecins ont bénéficié d'une initiation à l'ETP, respectivement en Suisse et en France. Les deux médecins avaient en outre une expérience de pratique collaborative avec un infirmier de santé publique en cabinet de médecine générale au sein du protocole de coopération ASALEE (Action de Santé Libérale En Equipe).

Des formulaires communs ont été développés et utilisés par tous les binômes afin de pouvoir piloter le projet et suivre le travail des binômes de manière harmonisée ainsi que pour la gestion des heures de travail et du budget:

- Formulaire de suivi des patients
- Formulaire de compte-rendu de séance
- Formulaire de suivi des heures de travail

2. Détermination de la population cible chez les patients :

Le groupe cible « patients » devant être atteint par le projet est constitué à partir de la patientèle de deux médecins généralistes au sein du cabinet, soit environ 1800 personnes. Différentes stratégies ont été définies afin de permettre l'identification des patients potentiellement concernés par le projet :

- **par requête informatique** : le logiciel informatique utilisé au sein du cabinet est Triamed®. La possibilité d'introduire les paramètres biocliniques déterminés sous forme d'équation simple ou multicritères permet d'identifier la population concernée. Le fichier Excel produit permet de créer une base de données exploitables.

- **par sollicitation téléphonique** : il aurait pu s'agir d'inviter à une consultation les personnes identifiées par la requête informatique : cette option a été évoquée mais n'a pas été retenue par les binômes.

- **par opportunité** : au fil de l'eau suivant les consultations planifiées, le médecin saisit une opportunité apportée par le patient et propose la rencontre avec l'infirmière.

Dans la pratique, c'est la méthode « par opportunité » qui a permis le recrutement de la majorité des patients ayant participé à INTERMED+.

3. La consultation infirmière :

Elle a eu lieu au sein du cabinet médical, dans un espace bureau dédié à l'infirmière. L'accès à des moyens de relevé clinique conventionnel en lien avec les paramètres suivis a été facilité par la mise à disposition d'une balance, d'un mètre, d'un appareil à tension et d'une toise. Pour satisfaire à la composante relationnelle, les infirmières du projet se sont formées à l'ETP et à l'entretien motivationnel. Au cours du projet, d'autres formations ont été suivies afin de nourrir les consultations infirmières de manière à les adapter au plus près de la réalité des populations rencontrées. Cela s'est fait de manière singulière au sein des binômes, au vu des parcours professionnels des infirmières dans des domaines de la communication ou de santé publique (domaines transverses) : p.ex. suivi de formations proposées par le Service de la santé publique du canton (image corporelle, dépendance à l'alcool, activité physique en cabinet de médecine générale) ou formation à la psychologie positive.

4. Développement de la collaboration médecin-infirmière :

Le projet INTERMED+ prévoit de faire une large part aux temps d'échange entre médecins et infirmières, qu'ils soient informels (favorisé par la proximité géographique) ou formels (comme opportunité d'échange sur les situations mais également sur les processus utilisés ensemble: posture, messages, articulation du rôle de chacun...). Le « bénévolat » que représentent ces temps pour une équipe avec des statuts d'indépendants pouvait être un frein à leur planification formelle. Afin de limiter ce frein financier, le budget du projet dédiait un financement à un taux horaire adapté à chaque professionnel, plafonné à 2 heures mensuelles.

5. Se former ensemble :

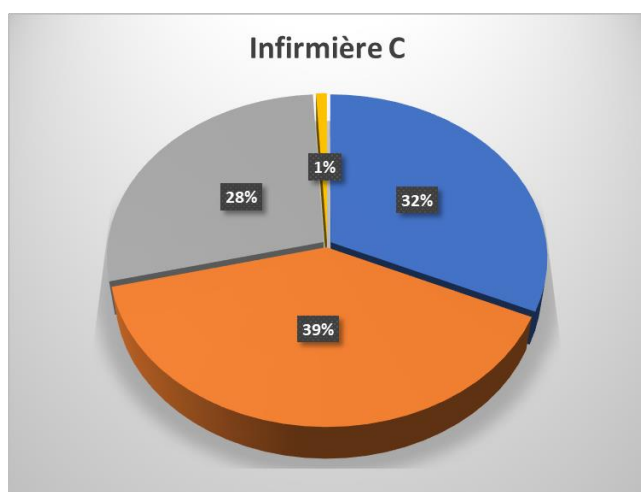
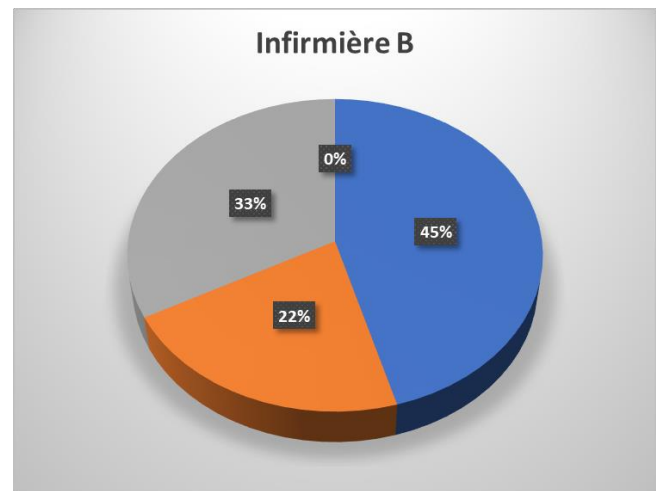
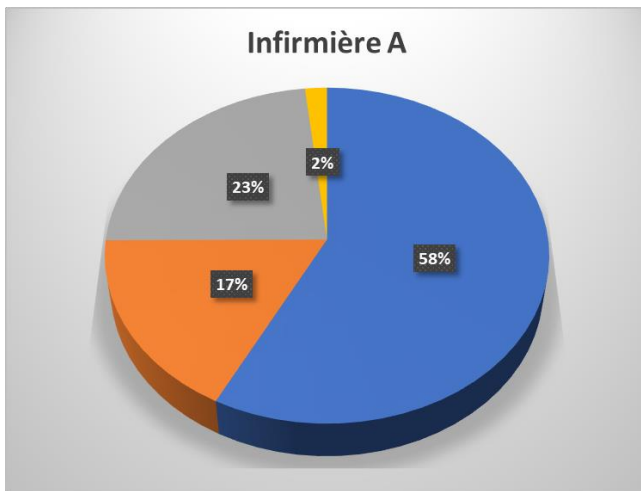
Le projet s'appuie sur l'hypothèse qu'il est possible d'apprendre ensemble selon les besoins de connaissances et de compétences identifiées au cours de la pratique commune. Pour cela, le projet favorise des temps d'échange entre infirmières, ainsi que des temps d'échanges entre tous les professionnels du cabinet. Leur reconnaissance comme temps fondamentaux a permis de mettre à disposition, sur le financement par PSCH, un budget selon un taux horaire adapté à chaque professionnel, plafonné à 2 heures mensuelles.

3. Résultats et interprétation

3.1. Analyse quantitative

3.1.1 Soignants

- Le projet a fonctionné avec deux binômes en 2019, et avec trois binômes en 2020.
- Les assistantes médicales, dont il était prévu l'intégration au début du projet, n'ont pas les ressources en terme de temps de travail disponible pour s'engager dans le projet. Elles n'ont donc pas été intégrées dans la deuxième année du projet.
- Les données d'activité des soignants ont été recueillies dans un fichier tout au long des deux années du projet. Ces données ont permis d'établir, pour chacune des trois infirmières, une répartition de leur temps de travail en fonction des différentes tâches effectuées (graphiques 1, 2 et 3) :



Graphiques 1, 2 et 3 : répartition des temps de travail des infirmières en fonction des différentes tâches effectuées (graphiques : FO2)

Commentaires : Nous constatons que le temps dédié aux consultations infirmières est inversement proportionnel au temps administratif passé. Les ressources disponibles permettaient un volume d'heure de 2h/semaine pour le repérage et remplissage des tableaux de suivi, un temps de concertation médico-infirmier de 2h/mois, une intervision infirmière de 3,5h/mois et un temps de formation continue interprofessionnelle réunissant l'ensemble des binômes ainsi que les assistantes médicales à hauteur de 4h tous les 2 mois.

3.1.2. Patients

Sur les deux années de suivi du projet, 80 patients ont été vus par les infirmières dont 44 femmes et 36 hommes. L'âge moyen est de 54 ans avec une médiane de 56 ans (50% des personnes ayant moins de 56 ans et 50% ayant plus de 56 ans). En termes de sexe, l'âge moyen se situe à 55 ans chez les femmes et 52 ans chez les hommes. La majorité des patients présentent des risques cardio-vasculaires et souffrent d'hypertension.

Le recueil anonymisé du suivi quantitatif des données biologiques et cliniques des patients a été effectué à l'aide d'un fichier de suivi, utilisé par chaque infirmière. L'analyse détaillée du suivi quantitatif se trouve dans le rapport annexé.

Les principaux résultats tirés de cette analyse sont les suivants :

- **La grande majorité des individus ont vu leur BMI baisser** après la prise en charge (données exploitables; 44 individus sur 60, 22 hommes (73,3%) et 22 femmes (73,3%)).
- La perte de poids intervient dès les premières consultations (entre 1 et 5 consultations) ; des consultations plus nombreuses ne semblent pas avoir un effet pertinent sur la variation de poids.
- Pour une majorité de patients, la perte de poids intervient dans les premiers mois ; une augmentation de la longueur du suivi ne semble apporter qu'une baisse faible du poids, voire une augmentation du poids. Les patients pour lesquels l'empowerment a été le plus efficace ont rapidement baissé leur poids, pour les autres, il est difficile de savoir si c'est un manque d'empowerment ou le déplacement des priorités d'action.
- Les consultations infirmières n'ont apparemment pas permis une baisse de la glycémie, à part pour quelques patients isolés.
- Il ne semble pas non plus qu'il y ait une influence du nombre de consultation : même avec de nombreuses consultations, la glycémie baisse peu.
- L'augmentation de la longueur du suivi ne semble pas avoir une influence sur la baisse de la glycémie.
- Les consultations infirmières ne semblent pas avoir permis de baisser systématiquement la valeur de HDL et LDL (cholestérol).
- Le nombre de consultations ne semble pas non plus avoir d'influence positive sur la baisse de ces valeurs.

A noter que l'analyse quantitative a été effectuée pour les patients dont les données étaient complètes, ce qui a réduit la taille de l'échantillon, et qu'il s'agit de statistiques descriptives sur l'échantillon et pour lesquelles on ne peut pas tirer des conclusions à plus large échelle.

3.2. Analyse qualitative

Cette analyse a été confiée à l'Institut de recherche et de développement de la Haute Ecole Arc Santé. Elle a été menée auprès d'un échantillon de patients et auprès des soignants. Les résultats détaillés de cette analyse se trouvent dans le rapport annexé dont voici les principaux résultats :

Outcomes relatifs aux prestations médico-infirmières :

- Les prestations effectuées ont été perçues par une très grande majorité des patients interviewés comme des prestations éducatives et motivationnelles respectueuses de leurs priorités, de leurs inquiétudes, de leurs contraintes et de leurs ressources autant personnelles que sociofamiliales.
- La collaboration entre médecin et infirmière a été améliorée de manière différente selon la maturité des binômes. Les éléments suivants ont été constatés par les évaluateurs :
 - Présence d'une confiance mutuelle qui s'est construite progressivement dans chacun des duos médecin-infirmière, parallèlement à la clarification des rôles sur des territoires dont certains sont communs aux deux professions.
 - Les processus de communication, plus ou moins formalisés selon les duos, semblent convenir aux différents acteurs.
 - Les objectifs poursuivis dans le cadre des actions préventives font rapidement consensus entre le médecin et l'infirmière lors d'échanges formels relatifs aux patients suivis par cette dernière.
- L'exploration et l'évaluation globales de l'environnement et des ressorts psychiques du patient effectuées par l'infirmière améliore la vue d'ensemble et la compréhension du médecin. Par ailleurs, les formations qui ont régulièrement été mises en œuvre au sein du centre médical avec tous ces acteurs (médecins, assistantes médicales, infirmières) ont très probablement

joué un rôle important dans l'adoption de valeurs et d'un vocabulaire professionnel communs en matière de prestations éducatives et motivationnelles favorables au consensus observé autour des finalités de la collaboration interprofessionnelle.

Outcome patients:

- Les effets les plus marqués dans les propos exprimés par les patients interviewés sont les suivants :
 1. *Amélioration de l'état de santé perçu*
 2. *Meilleure compréhension des liens entre les habitudes de vie et leurs conséquences en termes de complications potentielles*
 3. *Amélioration du sentiment d'empowerment et notamment de la confiance en soi et de l'autodétermination*
 4. *Plus grande motivation à modifier ses habitudes de vie*
 5. *Elucidation facilitée des besoins et des priorités des patients*
 6. *Meilleure identification des ressources auprès des proches et de la communauté.*

Ces effets ont été très largement partagés par les soignants (médecins et infirmières) lors du focus-groupe professionnel.

- La majorité des 10 patients expriment de réels gains en matière d'empowerment :
 - la confiance en soi pour améliorer son état de santé et changer durablement de styles de vie est améliorée (10/10),
 - les priorités sont fixées et les décisions sont prises avec plus d'autonomie (9/10 patients),
 - le pouvoir personnel par rapport à sa santé (lieu de contrôle interne) est reconnu plus facilement (8/10).
 - La majorité des patients interviewés (8/10) affirment avoir décidé de changer une habitude de vie dans le sens des recommandations reçues, voire de l'avoir adoptée dans la vie quotidienne.
- La majorité des patients interviewés ont exprimé une satisfaction liée à la relation de confiance avec l'infirmière envers laquelle il semble plus facile de se confier, à la prise en considération de leurs contraintes quotidiennes et de leurs priorités, à l'élucidation de leurs besoins, à l'identification des ressources et à la fixation d'objectifs réalistes et atteignables.
- Le fait que l'infirmière soit accessible dans le même centre que le médecin (proximité géographique) est considéré par les patients comme un important gage de confiance.

Facteurs favorisant le développement du projet :

- La disponibilité de l'infirmière et ses compétences relationnelles, éducatives et motivationnelles sont des atouts d'efficacité largement et explicitement reconnus par une large majorité des patients interrogés ainsi que par les médecins impliqués.
- La proximité géographique de l'infirmière, accessible dans le même centre que le médecin généraliste avec qui elle travaille, semble constituer un atout important dans la réussite du projet. Il est question de complémentarité sur place, de gage de confiance, de dynamique d'acteurs professionnels qui vont dans le même sens.

Obstacles au développement du projet :

- Les difficultés de financement des prestations de l'infirmière en matière de promotion de la santé et de prévention secondaire constituent l'obstacle majeur reconnu autant par les patients que par les médecins. Le remboursement des prestations pas les assurances de base sont réglementées par la loi LAMal en Suisse qui se concentre sur les soins en cas de maladie. Les

prestations de prévention et promotion de la santé ne peuvent être remboursées sur cette base. Il s'agit donc de trouver un autre mode de financement.

- Les difficultés à attirer des infirmières formées en éducation du patient et en entretien motivationnel dans cette activité indépendante et donc à risques financiers plus élevés, constituent un second obstacle.

4. Conclusions et recommandations

Le projet INTERMED + corrobore l'hypothèse selon laquelle la médecine de premier recours pourrait améliorer son rôle d'important vecteur de prévention secondaire par une organisation collaborative innovante (infirmier-médecin). Il avait pour but en bref : de soutenir le rôle éducatif en prévention secondaire de la médecine Générale, de répondre à la pénurie de temps des médecins de famille, de construire le rôle d'infirmière en soins primaire, d'initier une dynamique interprofessionnelle, incluant les assistantes médicales, dans le champ de la formation et de renforcer les compétences de prévention des MNT chez les patients. Finalement, plusieurs conclusions sont à tirer :

Tout d'abord, ce projet a été pensé sur le long terme car les effets bio-médicaux se mesurent difficilement sur le court terme. Il s'inscrit dans la stratégie nationale MNT permettant de détecter les facteurs de risque suivants: tabagisme, hypertension, hypercholestérolémie, surpoids, pré-diabète et d'y apporter des conditions favorables au changement afin de tendre à la modification du parcours de santé du patient.

Cependant, la récolte des données a été difficile et peu de patients ont suivi le processus jusqu'à la fin. Les contraintes de disponibilité limitée des infirmières et les préoccupations aussi bien des soignants que des patients en lien avec la crise sanitaire dès mars 2020 ont limité le recrutement de nouveaux patients. De plus, il y a eu une surestimation des mesures à mettre en œuvre par rapport au manque de disponibilité des professionnels de terrain pour l'organiser. Néanmoins, l'équipe s'est donné de la peine pour contribuer au mieux dans un contexte sanitaire défavorable sur la moitié du temps dévolu au projet.

Ainsi, selon les évaluations qualitative et quantitative, l'acceptabilité de l'intervention infirmière par les médecins comme par les patients a été jugée satisfaisante et même si les résultats ne sont pas très représentatifs. Ils montrent l'importance d'une prise en charge proactive et l'impact positif sur la santé des patients à risque de MNT. Selon l'étude de la HEArc, la majorité des patients interviewés ont exprimé une satisfaction liée à la relation de confiance avec l'infirmière envers laquelle il semble plus facile de se confier, à la prise en considération de leurs contraintes quotidiennes et de leurs priorités, à l'élucidation de leurs besoins, à l'identification des ressources et à la fixation d'objectifs réalistes et atteignables.

Ainsi, maintenir une attention soutenue à la gestion de l'hygiène de vie sur le long terme par un accompagnement médico-infirmier motivationnel fait que les patients pourraient perdre du poids puisque les résultats atteints sur la courte durée montrent une tendance positive à l'amélioration des paramètres bio-cliniques. En effet, selon l'étude complémentaire menée sur mandat par la Fondation O₂, « *Comment appréhender la dynamique d'amélioration des facteurs de risques au fur et à mesure de la prise en charge du patient ?* » Il y a un seuil d'efficacité se situant à **3 consultations, car jusque-là la part des patients ayant une évolution positive de leur poids (diminution) est augmentée tout en traitant 70% des patients ayant cette diminution de poids au cours de ces trois premières consultations (28 patients sur 40)**. Nous pouvons imaginer que sur le long terme d'autres effets bénéfiques pourraient ressortir. En effet, diminuer l'intolérance au glucose c'est retarder le développement du diabète de type 2 et à terme la venue de complications, et réduire simultanément la pression artérielle et la cholestérolémie c'est à terme réduire le risque d'événements cardio-vasculaires. Concernant le glucose, la même étude relève qu'il y a bien un seuil d'efficacité se situant à **4**

consultations car jusque-là on traite 80% des patients ayant cette diminution de la glycémie au cours de ces quatre premières consultations (21 patients sur 26) et pour le cholestérol, le seuil e à également à 4 consultations, en traitant jusque-là 80% des patients ayant cette diminution du facteur de risque (13 patients sur 16).

Il est important de relever que la plupart des personnes avec facteurs de risque de MNT n'en n'ont pas conscience, pas plus que la connaissance du continuum qui les relie aux maladies qui en découlent ni de l'effet de leur combinaison. Asymptomatiques, ces facteurs de risque ne constituent pas une priorité de santé et ne sont que rarement une demande de consultation médicale. Leur thématization dans un programme de prise en soin spécifique au sein du cabinet médical constitue une occasion souvent unique de leur dédier le temps et l'attention importants qu'ils requièrent pour une gestion durable et efficace. Le souhait exprimé par certains patients interviewés de préférer changer de style de vie plutôt que de devoir consommer des substances médicamenteuses à long terme illustre un potentiel sur la réduction du besoin en soins. Par ailleurs, le gain en capacité d'autodétermination et de clarification des besoins personnels, permettront probablement à ces patients d'exprimer et de partager plus rapidement leurs objectifs et leurs priorités à l'avenir tout en mettant en œuvre des plans d'action plus adaptés à leurs contextes et par conséquent plus efficaces. Le fait de respecter les priorités du patient, rejoint les recommandations de Nola Pender et al. (2010), auteure principale du modèle infirmier en promotion de la santé qui a largement fait ses preuves selon la littérature internationale en la matière.

Il est également ressorti que les patients sont peu demandeurs des offres déjà existantes sur le terrain, car elles ne sont pas toujours adaptées à leurs besoins. Ainsi, il serait utile de développer d'autres prestations, pensées spécifiquement pour les patients vus par les infirmières : par exemple la présence d'une chargée de projet de "Vivre sans fumer" dans la salle d'attente, ou/et les cours "Bien manger à petit prix" (de la Fédération Romande des Consommateurs) individuel ou en groupe, à coupler éventuellement avec des ateliers "Fourchette verte". Les thématiques jugées les plus pertinentes pour les patients concernent l'alimentation, l'activité physique et le tabac. Concernant le tabac, un conseil bref pour tous les patients fumeurs serait utile en donnant aussi les ressources d'aides disponibles (p.ex. Ligue pulmonaire neuchâteloise, Vivre sans fumer).

La pratique a permis de relayer des messages de prévention notamment en lien avec les dépistages du cancer colo-rectal et du cancer du sein, qui étaient volontiers repris en consultation, amenant un autre angle de vue en amont de la consultation médicale dédiée chez des personnes ayant des résistances ou une incompréhension de ce qui leur était proposé. La modification de l'attitude des médecins plus aptes à repérer les facteurs de risque lors des consultations a été remarquée. Au final, il y aurait un potentiel d'engagement à long terme des patients dans cette démarche et la possibilité ainsi offerte par le cabinet médical de soutenir leur motivation, d'identifier et de lever les freins afin d'intervenir sur leur santé de manière positive.

La grande difficulté de ce projet réside dans les aspects financiers car il touche les domaines de la médecine et de la promotion de la santé. De ce fait, il peine à attirer des infirmières formées en éducation du patient et en entretien motivationnel dans cette activité sous un statut d'indépendante et donc à risques financiers plus élevés, ce qui constitue un réel obstacle. L'aspect de la formation en éducation thérapeutique et en entretien motivationnel est essentiel et il n'est pas possible d'y échapper pour les professionnels concernés. Des séances interprofessionnelles régulières en contexte sont nécessaires afin de partager des situations et développer des valeurs et un vocabulaire commun en matière de prestations éducatives. Cependant, ces temps de formation interprofessionnelle ne sont pas reconnus, l'aspect économique doit donc être questionné pour la suite.

L'association Intermed n'a pas encore trouvé de réponse aux difficultés de financement des prestations; les réponses se situent sans doute aux niveaux cantonal et fédéral et elles ne seront pas levées tant que le financement des prestations ne sera pas garanti. Une prolongation de ce projet sur plus de cabinets (une dizaine aurait été intéressant) a été proposée mais n'est pas envisageable tant que le

mode de rémunération des infirmières et le statut d'indépendant proposé ne changera pas. Le monitoring de l'activité et du suivi des patients en cabinet de médecine générale reste un axe à développer tel que nous le proposons dans le projet d'extension Swiss health lab.

Finalement, nous recommandons l'étude de différentes stratégies possibles:

- la prise en compte de manière plus explicite des soins éducatifs par la LAMal,
- la contribution de la santé publique aux actions de promotion de la santé des médecins généraliste travaillant en équipe,
- une communication auprès des professionnels sur une pratique infirmière alternative en cabinet de médecine générale.

5. Bibliographie

Bodenheimer T, Laing BY. The teamlet model of primary care. *Ann Fam Med*. 2007;5(5):457-461.

Dayer, C, et Charmillot, M. 2012. "La Démarche Compréhensive Comme Moyen de Construire Une Identité de La Recherche Dans Les Institutions de Formation." *Revue des Hautes Ecoles Pédagogiques suisses* 14: 163–76.

Ebert S, Peytremann-bridevaux I, Senn N, Diebold M. Les Programmes de Prise En Charge Des Maladies Chroniques et de La Multimorbidité En Suisse. Dossier 44. Neuchâtel, Suisse: Observation Suisse de la Santé OBSAN; 2015.

Groulx, L.H. (1999). Le pluralisme en recherche qualitative : essai de typologie. *Revue suisse de sociologie*, 25(2), 317-339.

6. Annexes

Rapport de l'analyse quantitative (FO2)

Rapport de l'analyse qualitative (HEArc)