

Evaluation de l'expérimentation de coopération entre généralistes et infirmières Asalée - Daphnee

Doctor and Advanced Public Health Nurse Experiment Evaluation

Coordination et pilotage : Julien Mousquès et Yann Bourgueil

L'équipe « quanti »: Julien Mousquès, Carine Franc, Anissa Afrite, Fabien Daniel, Julie Perlberg

L'équipe « quali »: Cécile Fournier, Isabelle Bourgeois, Michel Naiditch

Aide Irdes : Sandrine Béquignon (suivi terrain enquête), Aude Sirvain (web, maquettiste), Jacques Harrouin (informatique)

Plan

- 1) Introduction générale
- 2) Evaluation qualitative
- 3) Enquête déclarative auprès des généralistes et infirmières
- 4) Evaluation quantitative de l'impact d'Asalée sur le temps dégagé par le généraliste ?
- 5) Evaluation quantitative de l'impact d'Asalée sur la qualité des soins et services rendus (dépistage et suivi) ?

Introduction générale

Yann Bourgueil et Julien Mousquès

1. Contexte : Asalée

- Expérimentation coopération MG-infirmière unique en libérale: 2004 FIQCS national (3 cabinets, 12 MG et 3 IDE) -> 2006 Expé. Berland -> 2011-2012 Art. 51 => 2013-2015: \approx 875 MG, 232 IDE, 1150 « paires »
- Pilotage DSS, mise en œuvre ARS (sélection, suivi, accompagnement).... et Association Asalée
- Objectif « historique » : améliorer la qualité des soins (dépistage facteurs de risque / cancers et l'accompagnement-éducation thérapeutique individualisée)
- Objectif « contractuel » M3 – Enmr et collège des financeurs : autofinancement via gain efficience consécutive de la substitution MG-IDE, avec 1 ETP IDE / 5 ETP MG => \approx 80 jours d'économie de temps MG sachant écart de rémunération de 1 à 3 => l'hypothèse à tester
- Enjeux: prorogation (1, 2 ou 3 ans ?), extension, généralisation

2. Asalée : le dispositif

- Recrutement, formation IDE IFSI, management et SI (Ingénierie propre à Asalée)
- Dépistage de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) et des troubles cognitifs (TC)
- Suivi infirmier (intensité du suivi) après inclusion par le MG pour les patients ayant au moins un risque cardiovasculaire (RCV) par l'indice de Framingham sans le tabac, ou diabétiques de type 2 (DT2)
- Prescription et réalisation d'actes dérogatoires dans le cadre des dépistages et des suivis : ECG (RCV, DT2), spirométrie (BPCO), examen du pied (DT2)

3. Contexte spécifique de l'évaluation et enseignements

- Enseignements tirer évaluation (quali/quant) précédente et compréhension du dispositif actuel
 - Délégation d'activité pas objectif 1er des PS dans Asalée (qualité des SSR, répartition des savoir-faire et compétences)
 - IDE large autonomie (pas de lien de subordination hiérarchique aux MG)
 - IDE plutôt en complémentarité qu'en substitution (MG ne faisait pas nécessairement les actes)
 - IDE mobilisées pour la mise en ordre du dossier médical au détriment du contact avec les patients
 - Management/pilotage interne Asalée, interne cabinet (objectifs, contraintes, feedback, dépistage/inclusion, coordination suivi...)

3. Contexte spécifique de l'évaluation et enseignements

- Champ (quali-quant)
 - Description complémentarité – substitution couples MG – IDE (nature/intensité/composante) => quali
 - Compréhension de la variabilité prévisible du mix complémentarité – substitution => quali + enquête déclarative
 - Impact substitution telle que mise en œuvre dans les sites ASALEE et sachant hypothèse contractuelle => quanti (CT quantité (ou le temps) de travail dégagé MG et test sous hypothèses
- Enseignement opérationnel
 - Coupler approche qualitative / quantitative (compréhension impact et variabilité des résultats
 - Qualifier nature/intensité coopération entre MG et IDE et ses impacts sur l'évolution de l'activité (volume et structure) des MG et IDE et du temps consacré à celle-ci
 - Témoins adéquats (contexte offre/demande)
 - Faire part entre les ASALEE historiques/nouveaux

4. Le dispositif et le cadre d'analyse

Un dispositif interactif et de l'information partagée

- Articulation entre processus de mise en œuvre et production de connaissances
 - Financement Cnamts (≈ 800 K€)
 - Equipes pluri : Irdes , chercheurs associés (éco, socio)
 - Comité de suivi de l'évaluation: chercheurs (éco, socio, santé-publique, médecine générale, soins infirmiers), professionnels
- Partage des données, méthodes et des résultats
 - Protocoles de recherche et d'analyses
 - Données sur le suivi
 - Rapports intermédiaires (automne 2015) et finaux (2017)
 - Communication, transfert de connaissance, valorisation

5. Le dispositif et le cadre d'analyse

Une évaluation associant démarche qualitative et quantitative

- Un cadre d'analyse quali (démarche compréhensive)
 - Phase initiale : figure infirmière
 - Phase 1: déploiement
 - Phase 2: pratiques, interaction et dynamiques professionnelles
- Un cadre d'analyse quanti (démarche hypothético-déductive)
 - Qualification de l'environnement géographique (typologies des espaces précédente, mise à jour ?) et des paires (enquête MG et IDE)
 - Impact : expérimentation naturelle => biais sélection => « traités » vs. « contrôles », comparables+ analyses longitudinales
 - Dimensions: activité et productivité (MG, IDE?) générale et par protocoles, consommation de soins assurés, qualité (avant après Asalée, indicateurs processus et interne asalée)

Evaluation Qualitative

Pré-enquête
Figure de
l'infirmière

Phase 1
Analyse du
déploiement

Phase 2
Rech. Compréh.
pratiques,
interactions,
dynamiques

Entretiens semi-directifs et
observation paires MG/IDE

Evaluation Quantitative

Impact sur le
temps MG
dégagé

Impact sur la
qualité des soins
et services
rendus

Activité/prod.
des MG

Recours et
dépense de soins
des patients
(inclus, FA, MT)

Dépistage
Suivi (processus,
résultats
intermédiaires,
résultat finaux)

Snir-PS – DAPRAR-
FINPS
DCIR-PMSI

DCIR-PMSI
DC Asalée

Enquête Coopération et Interaction auprès des MG et IDE

Calendrier

- 2013-2014: Finalisation du protocole, budget et financement
- Janvier -Juillet 2014: démarche pré enquête qualitative
- Septembre-Novembre 2014 : démarche réglementaire, test sur le repérage des populations témoins et sur le calcul des indicateurs
- Juillet 2014-mai 2015: démarche qualitative phase 1 (dont focus groupe et questionnaires MG IDE)
- Juin-juillet 2015 : enquête auprès des MG et IDE
- Juillet-Août 2015 : extraction des données 2010-2014
- Automne 2015: rapport intermédiaire
- Juillet 2015 – novembre 2016 : analyse qualitative phase 2
- Avril-Juillet 2016 : extraction des données 2015...
- Fin 2016: rapport final

Approche qualitative dans l'évaluation du dispositif ASALEE

Cécile Fournier, Isabelle Bourgeois
et Michel Naiditch

Positionnement général

- Une approche qualitative :
 - associée à l'évaluation quantitative
 - et visant une production autonome de connaissance
- Des protocoles (qualitatif et quantitatif) articulés et ajustés
- Une approche qualitative qui bénéficie de l'approche quantitative
- Une approche qualitative qui guide et complète l'approche quantitative

Des travaux qualitatifs antérieurs interrogent les fondements de la généralisation

(Danielou 2007)

Pour les médecins (MG) :

- **Objectif : « améliorer la qualité des prises en charge » :**
 - Non repérage systématique des risques / populations à dépister
 - Non pratique de l'éducation thérapeutique (ETP)
 - La délégation de tâche n'est pas le moteur d'Asalee
- **Participation très variable à Asalee :**
 - Inclusion de patients
 - Interactions avec les infirmières : plus via dossiers médicaux informatisés (DMI) que contacts directs (informels)
- **Bénéfices perçus par MG du travail des infirmières :**
 - Tenue du dossier (info exhaustive)
 - Meilleures conditions de travail (libération de certaines tâches)
 - Bénéfices cliniques perçus pour certains patient

Pour les infirmières Asalee (IA) :

Une dynamique infirmière forte et une activité partagée entre :

1. Un travail sans le patient :

- Repérage des FRCV et des populations à dépister → Alertes dans DMI
- Remplissage des données dans DMI et Portail Asalee
- Echanges avec médecins (individuels et collectifs)
- Dynamique collective++ (réunions entre IA, échanges avec ingénieurs)

2. Un travail en présence du patient → arbitrage entre :

- délégations d'actes prescrits (nécessité « construire une patientèle »)
- développement de compétences et expertises infirmières spécifiques et de leur rôle propre (non prescrit) : ETP++

- **Limites**
 - Dispositif naissant et « artisanal »
 - Des éléments absents de l'analyse
- **Leçons pour l'évaluation quantitative :**
 - Prendre en compte l'évolution du cadre général et contractuel
 - S'assurer que l'écart entre pratiques attendues et pratiques réelles de délégation (côté MG et IA) ne risque pas de contrarier l'impact économique attendu de la généralisation
 - Décrire les nouveaux équilibres et modalités de fonctionnement pour pouvoir en analyser les impacts
 - Nécessité pour l'évaluation quantitative :
 - confirmer les résultats précédents dans le contexte de la généralisation
 - Tester le phénomène de « complémentation » pour les nvx actes délégués
 - Éclairer les résultats en termes de qualité, de productivité et d'efficience

Phases et **objectifs** de la recherche qualitative

- Phase initiale : Janvier – juillet 2014 :
 - Comprendre l'histoire du dispositif
 - Caractériser la figure de l'infirmière Asalee
- Phase 1 : Juillet 2014 – juin / septembre 2015 :
 - Comprendre le déploiement du dispositif en phase d'extension
 - Identifier les éléments qui influencent les pratiques
- Phase 2 : Mai 2015 – Novembre 2016 :
 - Comprendre les transformations des pratiques médicales et infirmières et des interactions MG/IA dans le dispositif Asalee, les dynamiques dans lesquelles elles s'inscrivent, le vécu et le sens pour les acteurs
 - Analyser la gouvernance interne d'Asalee et son insertion dans le système de santé

Apports de la phase initiale

- **Caractérisation de la « figure de l'infirmière de santé publique Asalée »** à partir d'une analyse du faisceau de tâches de l'infirmière (E. Hughes) :
 - Repérage des patients
 - Activités d'éducation et de surveillance/actes délégués (≠ soins ?)
 - Tâches de traçabilité de l'activité
 - Temps d'interaction avec le médecin
 - Temps d'échange avec l'extérieur (ingénieurs Asalee, autres IA, infirmières de soin, spécialistes et structures...)
- **Des contours de tâches plus ou moins flous et négociables... qui amènent à faire évoluer le rôle de chacun (MG et IA) et à modifier les pratiques**
- **Une figure d'« infirmière de santé publique » en tension :**
 - entre une logique populationnelle et une logique individuelle
 - entre infirmière clinicienne et infirmière de « santé publique » (définition ?)
 - entre objectifs de qualité des soins et de productivité

Apports de la phase 1:

1. Reformulation des hypothèses à mi-parcours

- **Hypothèse 1** (littérature et +/- induite): La qualité du suivi clinique des patients communs de l'IA et du MG dépend de la qualité de leur interaction (+ profils)
- **Hypothèse 2** (induite) : Il existe une très forte variabilité de l'interaction IA/MG
→ nécessité de prendre comme unité d'analyse les binômes IA/MG
- **Hypothèse 3** (induite): Le contenu de l'interaction IA/MG dans le suivi des patients diabétique ou à risque CV dépend de l'ensemble des interactions (y compris via logiciels, secrétariat, etc.)
→ examiner la manière dont chaque binôme s'approprie chaque protocole, interagit, se partage les activités, et les logiques individuelles et collectives
- **Hypothèse 4** (induite) : dans cette négociation, l'IA recherche le meilleur arbitrage possible entre l'activité qu'elle valorise et celle nécessaire à la construction de sa file active
→ comprendre ses objectifs, les contraintes, les ressources, et l'autonomie dont elle bénéficie au sein du dispositif, les atouts liés à son profil

2. Choix de dimensions à explorer dans les quest. IA et MG

Protocole provisoire pour la Phase 2

- Questions et enjeux, fonctionnements concrets, ressentis et contenus des interactions à qualifier
- Axes de travail
 - Objectifs
 - Matériau / mode de recueil
- Déroulement et calendrier
- Construction de l'échantillon

Questions et enjeux concernant l'évaluation et la recherche qualitative sur Asalee

- Une innovation organisationnelle qui suscite de nombreuses attentes dans les transformations en cours du système de santé primaire → préciser tâches attendues de l'infirmière ; délégation du MG ; contenu de leur interaction
 - L'enjeu sous-jacent de la poursuite du financement
 - Différentes problématiques et approches possibles
 - La nécessité :
 - d'articuler des approches macro et micro
 - de conjuguer des approches théoriques
- Le choix de 2 dimensions d'analyse prioritaires :
- **Axe 1, niveau micro** : analyser les dispositifs locaux d'Asalee autour du binôme IA/MG dans leur environnement
 - **Axe 2, niveau macro** : analyser la gouvernance interne d'Asalee et son insertion dans le système de santé

Approche macro : analyser la gouvernance interne d'Asalee et son insertion dans le système de santé

- **Objectif principal → analyser la gouvernance :**
 - **Historico-structurelle** : d'un fonctionnement artisanal au management d'une « PME »
 - **Technologique** : place et rôle du système d'information dans le dispositif et son évolution
- **Matériau :**
 - Disponible : entretiens réalisés en 2014 avec les membres fondateurs d'Asalee et la formatrice à l'ETP
 - A recueillir :
 - 5 entretiens auprès de la direction d'Asalee
 - 2 entretiens avec les pilotes d'Asalee à la Cnamts et à la DSS

Approche micro : analyser les dispositifs locaux d'Asalée (binôme IA/MG) dans leur environnement

- Objectif principal → décrire et analyser :
 - Le contenu et la variabilité des interactions entre IA et MG
 - Le contenu des pratiques infirmières, notamment pratiques éducatives
 - Les transformations des pratiques médicales
 - Le ressenti des binômes

... au regard des trajectoires des acteurs
et de la diversité des contextes locaux
- Objectifs secondaires :
 - Analyser l'émergence d'un segment professionnel d' « infirmières de santé publique » et confirmer leurs profils
 - Explorer le point de vue des patients inclus dans le dispositif, la place que le dispositif leur donne, et dans les représentations des prof^{els}

Approche micro (suite)

- Matériau :
 - Disponible :
 - entretiens réalisés en 2014 avec les membres fondateurs d'Asalee et la formatrice à l'ETP + observations de la formation des IA
 - 10 entretiens réalisés avec les membres de 5 binômes IA/MG
 - 2 entretiens collectifs avec des groupes de MG et d'IA
 - A recueillir : dans 15 sites
 - Entretiens individuels approfondis avec 30 binômes (30 IA et 30 MG)
 - Entretiens plus courts avec des acteurs locaux : patients (entretiens biographiques), secrétaires, infirmières libérales, coordinateurs de projets de santé, etc.)
 - Observation de consultations d'IA et de réunions entre IA
 - Observation de réunions d'équipes pluriprofessionnelles

Organisation de l'enquête de terrain

- Axe 2 (niveau macro) : réalisation des entretiens et première analyse (septembre-décembre 2015)
- Axe 1 (niveau micro) : 15 sites autour de 2 binômes IA/MG (2 jours par site environ) avec 2 vagues de recueil :
 - Vague 1 : entretiens et observations sur 10 sites (décembre 2015-avril 2016)
 - *résultats intermédiaires (comité de suivi avril-mai 2016)*
 - Vague 2 : entretiens et observations sur les 6 sites restants (Juin-septembre 2016) + série d'entretiens répétés
 - Analyse au fil du recueil des données
 - *résultats consolidés (comité de suivi novembre 2016)*

Construction de l'échantillon

- 15 sites ou « sondes territoriales »
- Échantillon raisonné de sites choisis en fonction de la typologie des binômes, qui sera établie à partir de l'enquête par questionnaire auprès des IA et MG
- Critères de diversité pressentis pour les binômes (à affiner) :
 - Ancienneté dans le dispositif
 - Binômes dont les IA exerçant dans 1 ou plusieurs sites
 - Types de structure d'exercice
 - Statut libéral, salarié ou mixte
 - Zone urbaine/rural, favorisée/défavorisée

L'enquête déclarative auprès des MG et IDE

Anissa Afrite, Fabien Daniel, Cécile Fournier,
Carine Franc, Julie Perlberg, Julien Mousquès,
Michel Naiditch

Objectifs

- Fournir une description de la mise en œuvre et du fonctionnement du programme Asalée.
- Eclairer les données quantitatives sur l'activité des professionnels et pouvoir faire le lien avec la qualité du suivi des patients inclus dans les différents protocoles.
- Décrire et analyser finement la diversité des modes d'interaction existant au sein des binômes constitués par les médecins et infirmier(ère)s.

=> Définition d'un outil d'analyse : typologie des paires (MG, IDE)

Mise en œuvre (1/3)

- **Préparation en collaboration étroite avec :**
 - L'association Asalée (focus groupe, mise à disposition de données, communications)
 - Représentants de MG et d'IDE engagés dans le programme à divers époques (focus groupe)
- **Conception, mise en œuvre et suivi du terrain de l'enquête assurés principalement par l'équipe d'évaluation de l'Irdes.**
- **Population cible :** L'ensemble des MG et IDE impliqués dans le protocole Asalée et en « action »
- **Durée de recueil :** 3 semaines (+/- 1 semaine)
 - Date de démarrage prévue pour le 22 juin
 - En pratique...
 - Démarrage le 23 juin pour les MG
 - Démarrage le 07 juillet pour les IDE

Mise en œuvre (2/3)

■ Outils :

- Un questionnaire MG et 5 questionnaires IDE
- Questions en miroirs
- Questionnement auto-administré sur Internet;
Outil en ligne dédié à la création de questionnaires (LimeSurvey)
- Bases de données pour contacter et pré-remplir les questionnaires :
 - Identification et coordonnées de contact des professionnels de santé
 - Données d'activité saisis dans le portail Asalée par les IDE : nb de patients rencontrés dans les protocoles, temps de travail ...

Mise en œuvre (3/3)

- 1146 paires (MG,IDE) / 875 MG / 232 IDE / 321 adresses / 343 cabinets
- A une adresse se trouvent en moyenne :
 - 2,5 MG [*Min = 1 ; Max = 13 ; médiane = 2 ; Q3 = 3*]
 - 1 IDE [*Min = 1 ; Max = 2 ; médiane = 1 ; Q3 = 1*]
- Les MG collaborent avec :
 - 1,3 IDE en moyenne [*Min = 1 ; Max = 4 ; médiane = 1 ; Q3 = 2*]
- Les IDE :
 - 1,8 adresse en moyenne [*Min = 1 ; Max = 5 ; médiane = 1 ; Q3 = 2*]
 - Collaborent avec 4,8 MG en moyenne
[*Min = 1 ; Max = 14 ; médiane = 5 ; Q3 = 6*]
 - À une adresse donnée, collaborent avec 2,7 MG en moyenne
[*Min = 1 ; Max = 13 ; médiane = 2 ; Q3 = 4*]
 - 50 % des IDE à 1 adresse (1 à 8 MG) 30 % des IDE à 2 adresses (1 à 6 MG) ; 10 % des IDE à 3 adresses (1 à 4MG) ; 7 % des IDE à 4 adresses (1 à 4 MG) ; 3 % des IDE à 5 adresses (1 à 5 MG)

Questionnaire médecin

- Informations d'identification
- Trajectoire professionnelle et organisation de l'activité
 - Avant votre entrée dans Asalée
 - Depuis l'entrée dans Asalée
 - Activité actuelle et ETP
- Motivations à entrer dans Asalée
- Participation aux protocoles Asalée : diabète et risque cardiovasculaire
- Actes délégués et activité d'ETP dans Asalée
- Echanges interprofessionnels
- Investissement dans Asalée et apports pour la pratique
- Informations personnelles
- Remarques générales

Questionnaire infirmier

- Informations d'identification
- Motivations à entrer dans le protocole Asalée
- Ancienneté dans le protocole Asalée et formation à l'ETP
- Activité actuelle dans Asalée (Mode d'exercice et temps de travail, Activité)
- *Participation aux protocoles diabète et risque cardiovasculaire*
- Actes délégués et activité d'ETP (Activité et appréciation générales, Appréciation pour chaque acte et activité d'ETP)
- Echanges interprofessionnels (Organisation des interactions médecin/infirmier(ère), via le dossier médical et/ou le support informatique, interactions avec d'autres professionnels)
- Information et informatisation
- Perception de l'investissement personnel dans Asalée et de celui des médecin(s)
- Souhaits d'évolution de votre activité au sein d'Asalée
- Informations personnelles
- Trajectoire professionnelle avant Asalée
- Remarques générales

Planning

Semaine:	Etapes	Communications
25-mai	Implémentation des questionnaires (MG, IDE)	
01-juin	Finalisation des questionnaires (MG, IDE)	
08-juin	Implémentation des questionnaires (MG, IDE)	<ul style="list-style-type: none"> • 12/06 : Réception des données d'identification des professionnels Asalée
15-juin	Implémentation des questionnaires (MG, IDE) Tests du questionnaire MG	<ul style="list-style-type: none"> • 15/06 : Annonce démarrage de l'enquête + Courrier Asalée-IRDES • 16/06 : Présentation de l'enquête • 18/06 : Réception des données de la plateforme Asalée
22-juin	<ul style="list-style-type: none"> • Implémentation questionnaire IDE • 23/06 : démarrage enquête MG Suivi du questionnement MG	
29-juin	<ul style="list-style-type: none"> • Implémentation/tests questionnaire IDE Suivi du questionnement MG	<ul style="list-style-type: none"> • 30/06 : Relance auprès des MG si remplissage incomplet ou partiel (mail + invitation de rappel)
06-juil	<ul style="list-style-type: none"> • Implémentation questionnaire IDE • 07/07 : démarrage enquête IDE Suivi du questionnement IDE	<ul style="list-style-type: none"> • 07/07 : Communication d'Asalée à tous les MG enquêtés (<i>incitation à la réponse</i>) • 08/07 : Communication de l'IRDES (<i>extension de la période de recueil</i>)

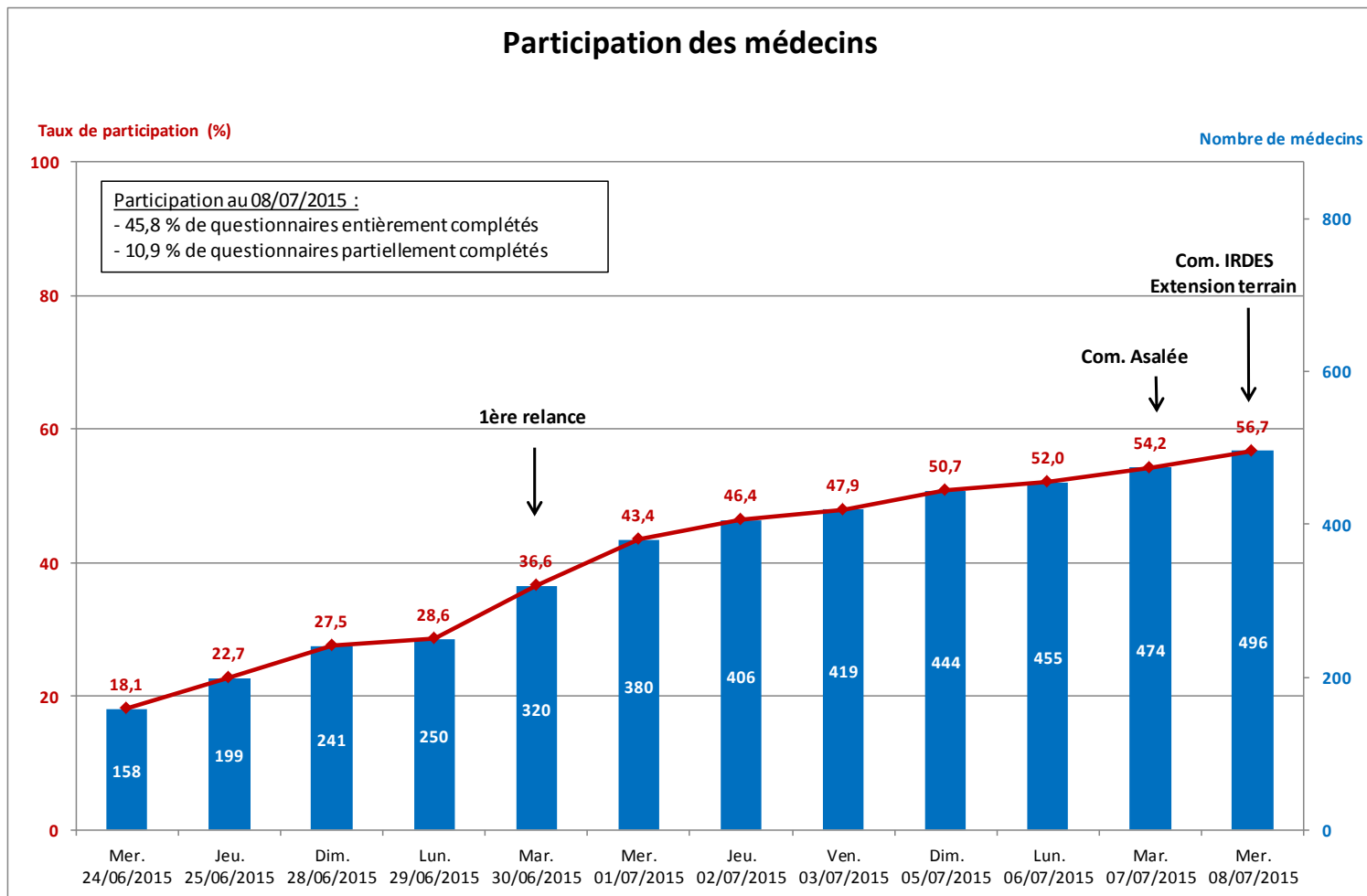
Suivi des enquêtés

- Gestion quotidienne du questionnement des enquêtés (mail, téléphone) :
 - Réponses rapides (maximum 2 jours de délais)
 - Mise à jour des coordonnées de contacts
 - Renvoi des courriels d'invitation ou des courriels d'information
 - Résolution des problèmes techniques rencontrés (accès Internet, blocage dans le questionnaire, mails en SPAM, etc.)
 - Pour les MG : questions essentiellement techniques, courriels perdus... quelques mails de mécontentement concernant la longueur du questionnaire
 - Pour les IDE : difficulté à individualiser leur activité (nb de patients rencontrés, actes réalisés, temps passé en consultation...)
- Un suivi de la non-réponse totale quotidienne (hors week-end)

Taux de participation MG

Taux de participation souhaités $\geq 70\%$

875 MG
enquêtés dont
12 exclusions
(congés
maternité,
retraite,
entrée récente
dans le
protocole...)



Taux de participation infirmi(ère)s

Taux de participation souhaités $\geq 70\%$

- 232 IDE enquêtés
- Questionnaire principal : des taux de participation encourageants
 - Jour 1 : 30 % (remplissage partiel ou complet) ou 9% (remplissage complet)
 - Jour 2 : 44 % (remplissage partiel ou complet) ou 18 % (remplissage complet)

Evaluation quantitative Asalée – l’impact sur le temps dégagé par le généraliste

Anissa Afrite, Carine Franc, Fabien Daniel,
Julien Mousquès

Les différents niveaux d'analyse

- Différents points de vue dans l'évaluation pour lesquels le dispositif ASALEE a des chances d'avoir des impacts différenciés
- Du point de vue du **patient inclus** dans un protocole au moins, sous l'hypothèse:
 - Substituabilité parfaite: qualité des soins inchangée
 - Complémentarité forte : qualité des soins « améliorée »
- Du point de vue de la **patientèle du site** : temps MG rendu disponible par le dispositif sera d'autant plus important que la substituabilité est forte sous certaines conditions
- Du point de vue du **régulateur** pour lequel l'efficacité sera également analysée:
 - Substituabilité parfaite: efficacité repose fortement sur l'écart de coûts du temps de travail (MG/IDE)
 - Substituabilité partielle et complémentarité majoritaire: il semble moins pertinent de raisonner à niveau donné de qualité des soins

Hypothèse : substitution parfaite

- H1 : le dispositif génère une économie de temps de MG consécutive à la substitution MG-IDE sachant que:
 - le MG assurait les fonctions/services au préalable
 - il codait les actes
 - il reste stable sur ses pratiques de codage
 - la demande de soins « locale » est rationnée
- Les conséquences attendues :

	Activité	Recours/Dépense
MG	Patientèle & Rencontres ↗ Sauf si préf. autres activités	
Patients (inclus)		→ sauf nouveau inclus
Patientèle		↗ à patientèle → → à patientèle qui ↗
Régulateur	↗ offre mais à Cm ↘	

Hypothèse : conditions relâchées

- Codification des actes réalisés et/ou stabilité: incapacité d'observer l'activité spécifique comme son éventuelle évolution
- Le MG assurait les fonctions/services au préalable

	Activité	Recours/Dépense
MG	A Patientèle → & Rencontres ↗ Temps de travail ↗ (sinon rationnement ↗)	
Patients (inclus)		↗
Patientèle		→
Régulateur	↗ offre mais à Cm ↘	

- Dans le cas où la demande locale n'était pas rationnée:
 - Sous H1: MG peut soit réduire son activité (perte revenu), soit la maintenir stable (induction de la demande)
 - Sinon: MG absorbe son surcroît d'activité sans rationner la demande

Hypothèse : ré-allocation parfaite

- H2 (sous H1): le temps MG « dégagé » est ré-alloué à la délivrance de soins et services
 - pour des patients de la file active et/ou de la patientèle
 - voire un sous échantillon de ces derniers (les plus « lourds »)
 - ou encore pour des nouveaux patients (sous H1)
- Les conséquences attendues :

	Activité	Recours/Dépense
MG	Patientèle → ou ↗ & Rencontres ↗	
Patients (inclus)		→ (sous H1) et ↗ (sinon)
Patientèle		↗ à patientèle → → à patientèle qui ↗
Régulateur	↗ offre mais à Cm ↘	

Hypothèse : conditions relâchées

- Demande locale de soins rationnée: le MG a le choix entre faire « de la demande induite » pour maintenir son revenu ou réallouer le temps dégagé aux patients qui le consultent (durée de consultations plus longues avec potentiellement une meilleure tenue des dossiers patients quels qu'ils soient sous l'hypothèse d'externalité positive de production) et voir son revenu baisser
- Réallocation aux soins du temps « dégagé » : le médecin opte pour plus de loisirs ou consacre plus de temps à d'autres activités, le MG diminue son activité (toujours sous H1) et ses revenus. Si la demande est fortement rationnée, cette situation ne permet pas de pallier le manque d'offre

Hypothèse : dispositif efficient

- H3 la substitution dans le cadre d'ASALEE est efficiente (sous H1 et H2)
 - Reprendre les résultats quantitatifs (efficacité)
 - Mesurer les coûts par l'analyse des écarts de rémunération MG/IDE et des productivités »)
 - Et de raisonner à « qualité effective des soins et services délivrés » constante (cf. partie qualité des SSR)
- H4: Le protocole de coopération et le dispositif de déploiement d'ASALEE organisent les conditions nécessaires et suffisantes pour atteindre les objectifs
 - Cf. démarche qualitative
 - Enquête déclarative

Étapes et cadre d'analyse

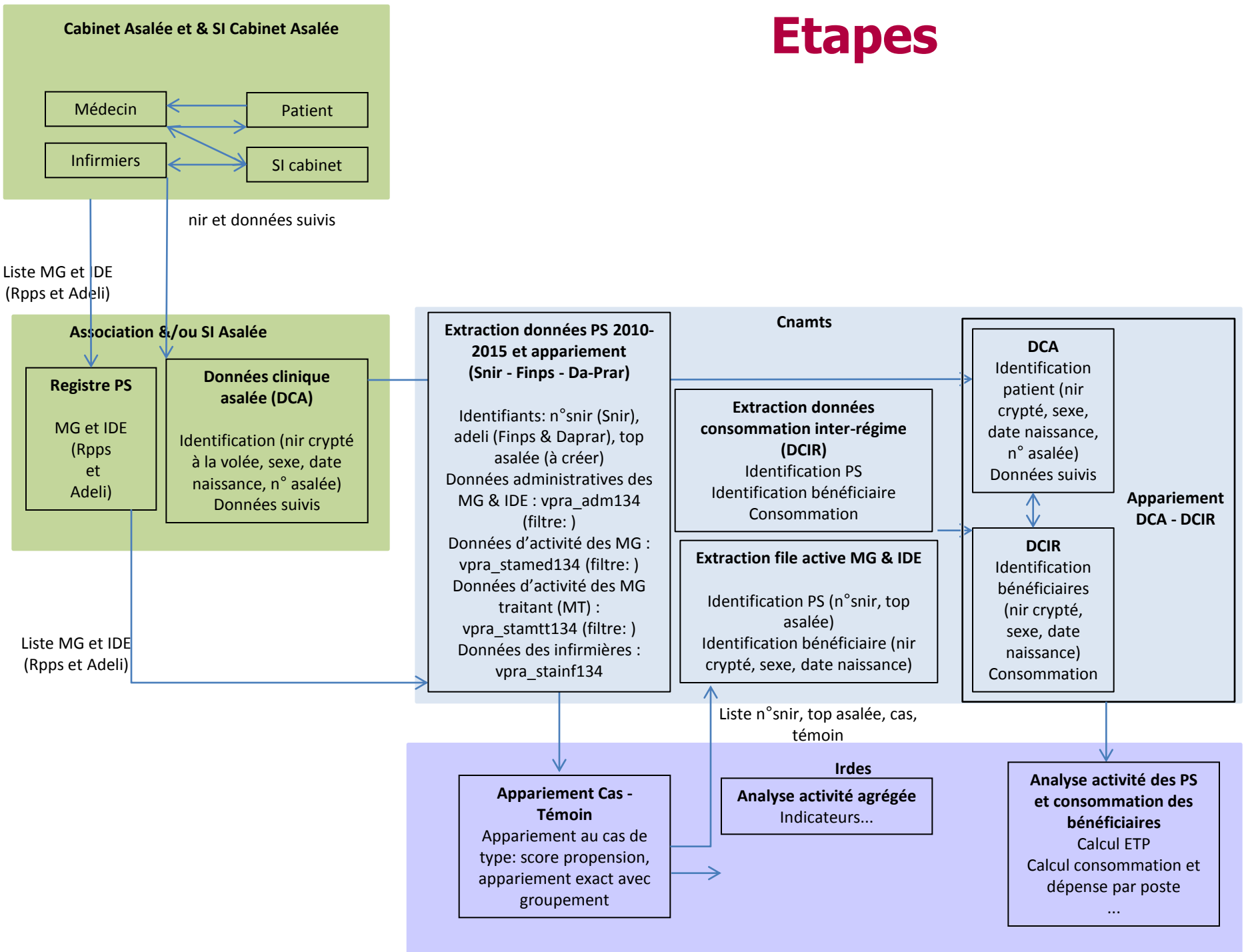
■ Étapes

- Listes MG (≈ 875), IDE (≈ 232), paires (≈ 1150)
- Tirage témoins MG (test par appariement exact (caractéristique, activité, localisation) par CEM) voire IDE
- Prestations des patients MG
- Listes patients des MG (inscrits voire file active)
- Ensemble des prestations des patients (bases : prestations, patients,...)
- Appariement données interne Asalée

■ Cadre

- Avant/Après: activité, productivité, qualité (DT2, BPCO, RCV, TC)
- Traités et Contrôles: activité et productivité (Δ outputs : patients rencontrés, inscrits, actes selon ETP global et par protocoles), Recours/acquisitions par postes ambulatoires (0/1) et dépenses associées (log€)
- Période: 2010-2015 (panel) ou avant (2010-mi 2013)/après (mi 2013-2015)
- Selon: environnement géographique, caractéristiques patients, typologie des couples MG-IDE

Etapes



Evaluation quantitative Asalée – l’impact sur la qualité des soins et services rendus

Carine Franc, Julie Perlberg, Julien Mousquès

4 protocoles à évaluer

- Suivi des patients diabétiques de type 2
- Suivi des patients à risque cardio-vasculaire
- Dépistage de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)
- Dépistage des troubles cognitifs

Questions de recherche

- Tous les patients éligibles aux protocoles Asalée sont-ils inclus ? Et sinon, quels sont les facteurs influençant l'inclusion des patients dans les protocoles Asalée
- Les modalités de dépistage et de suivi sont-elles meilleures pour les patients inclus dans les protocoles Asalée en référence aux recommandations de bonnes pratiques en vigueur par rapport aux témoins (processus / moyens)
- L'état de santé des patients dépistés ou suivis dans le cadre d'un ou plusieurs protocoles Asalée est-elle meilleure par rapport aux témoins (résultats)

Population d'étude

Population « cas »

- Sous-échantillons de patients inclus dans chacun des quatre protocoles Asalée soumis à l'évaluation
 - Patients diabétiques de type 2
 - Patients à risque cardio-vasculaire
 - Patients à risque de BPCO
 - Patients à risque de trouble cognitif

Plan d'analyse

- Niveau patients
- Constitution de groupes témoins lorsque c'est possible à partir de l'existant uniquement (cohortes déjà constituées, échantillons d'études en cours ou terminées, repérage dans les bases de données médico-administratives...)
- Double ou simple différence :
 - Avant-après
 - Ici-ailleurs

	Cabinets Asalée « historiques » (entrés avant 2013)	Cabinets Asalée « nouveaux entrants » (entrés après 2013)
Témoins	Ici-ailleurs	Ici-ailleurs et avant-après
Pas de témoins	-	Avant-après

Protocole « Suivi du diabète de type 2 »

Témoins envisagés

- Patients inclus dans le programme Sophia
 - Population en ITT (éligibles au programme Sophia)
 - Population en PP (adhérents au programme)
- Témoins de Sophia
 - Echantillon provenant de l'étude Entred
 - Echantillon extrait à partir des données de la CNAMTS
- Autre échantillon Entred
- Echantillon provenant de la cohorte Constances
- Repérage des patients à partir de la cartographie de l'AM (mais l'analyse sera limitée aux critères de processus)

Protocole « Suivi du diabète de type 2 »

Critères de processus et de résultats intermédiaires

- Marqueur de l'équilibre glycémique (3 fois par an)
 - Dosage HbA1c (seuils 7% et 8%)
- Dépistage des complications (1 fois par an)
 - Dosage créatininémie
 - Dosage albuminurie
 - Consultation ophtalmologique ou fond d'œil
 - Electrocardiogramme
 - Examen du pied - monofilament
- Evaluation du risque cardio-vasculaire associé (1 fois par an)
 - Exploration d'une anomalie lipidique
 - Tension artérielle (seuil 140/90 mmHg)
 - Mesure poids et calcul IMC
 - Activité physique
 - Tabagisme

Protocole « Suivi du diabète de type 2 »

Critères de résultats finaux

- Apparition des pathologies suivantes (complications ou pathologies associées) :
 - Neuropathie périphérique
 - Artérite des membres inférieurs
 - Néphropathie diabétique
 - Rétinopathie diabétique
 - Insuffisance coronarienne
 - Hypertension artérielle

Protocole « Suivi du risque cardiovasculaire »

Témoins envisagés

- Cohorte Constances
 - Antécédents personnels et familiaux
 - Données biologiques et mesures physiques
- Repérage des patients à partir de la cartographie de l'AM (mais l'analyse sera limitée aux critères de processus)
 - Traitements du risque cardiovasculaire hors pathologie déclarée
 - Diabète
 - Insuffisance rénale chronique sévère
- Autres ?

Protocole « Suivi du risque cardiovasculaire »

Critères de processus et de résultats intermédiaires

- Contrôle du risque cardiovasculaire
 - Mesure tension artérielle (seuil 140/90 mmHg)
 - Mesure poids et calcul IMC
 - Exploration d'une anomalie lipidique
 - Dosage glycémie à jeun
 - Tabagisme
 - Consommation d'alcool
 - Activité physique
- Dépistage des complications
 - Electrocardiogramme (avec indice de Sokolov)
 - Consultation ophtalmologique ou fond d'œil
 - Dosage créatininémie
 - Dosage kaliémie, natrémie
 - Dosage protéinurie

Protocole « Suivi du risque cardiovasculaire »

Critères de résultats finaux

- Apparition des pathologies suivantes :
 - Insuffisance coronarienne
 - Accident vasculaire cérébral
 - Insuffisance cardiaque
 - Pathologie vasculaire périphérique

Protocole « Dépistage de la BPCO »

Témoins envisagés

- Cohorte Constances
 - Données spirométriques
 - Evaluation de la consommation de tabac

- Autre ?

Protocole « Dépistage de la BPCO »

Critères de processus et de résultats

- Réalisation d'un test spirométrique complet ou partiel (VEM6, VEMS, CVF, VEMS/CVF) x1/an + résultats
- Evaluation de la consommation de tabac

Protocole « Dépistage des troubles cognitifs »

Témoins envisagés

- Cohorte Constances (mais < 70 ans seulement)
 - Tests cognitifs (MMSE, IADL...)
- Autre ?

Protocole « Dépistage des troubles cognitifs »

Critères de processus et de résultats

- Réalisation et résultats des tests cognitifs nécessaires à l'évocation d'un diagnostic de trouble cognitif

Merci