



Expériences concrètes

Focus sur des expérimentations de coopérations entre professionnels en milieu hospitalier ou libéral, dans le cadre régional ou d'un programme de santé publique.

L'infirmière référente en neuro-oncologie à la Pitié-Salpêtrière

Chrystelle Lecaille

Infirmière référente

Pr Jean-Yves

Delattre

Chef du service

Sylvie Lebesgue

Cadre supérieur de

santé

Joëlle Perennes

Infirmière référente

Marie-Dominique

Cantal Dupart

Infirmière référente

Service neurologie 2,

Pôle MSN,

groupe hospitalier

Pitié-Salpêtrière

C'est à l'initiative du Pr Jean Yves Delattre et de Marie-Hélène Lorreyte, cadre supérieur de santé, que le projet et l'expérimentation de la nouvelle fonction de l'infirmière en neuro-oncologie voit le jour en 2001 avec l'aval de la direction de l'hôpital.

Ce projet a été inspiré des « *nurses practitioners* » en Amérique du Nord, conforté d'une part en 2003 par le Plan cancer, avec les mesures nationales pour développer la prise en charge des patients atteints de cancer, et aussi le rapport du Pr Berland préconisant la coopération des professionnels de santé dans le transfert des tâches et des compétences.

Cette fonction transversale, à l'interface des différents acteurs de soins, a pour objectif d'améliorer la continuité de la prise en charge des patients atteints de tumeur cérébrale, de l'annonce diagnostique à la fin de vie, que le patient soit hospitalisé ou au domicile. Cette fonction s'est envisagée autour de nouvelles compétences nécessitant une formation spécifique préalable, universitaire et clinique, afin d'acquérir des connaissances médicales dans la spécialité.

Une formation d'une durée de six mois

● Trois mois d'enseignement théorique à la faculté de médecine, en suivant et validant l'ensemble du module de neurologie des étudiants en médecine.

● L'acquisition de ces connaissances a permis à l'infirmière de développer un raisonnement diagnostique face aux patients. L'obtention du certificat en neurologie était nécessaire pour légitimer cette nouvelle fonction et mieux comprendre les décisions médicales pour les reformuler aux patients.

● Trois mois de formation clinique pour acquérir les compétences pratiques telles que la réalisation de l'examen clinique, la lecture des altérations essentielles sur le tomodensitomètre (TDM) et l'IRM cérébraux, l'introduction des différents traitements (chimiothérapie, corticoïdes...) et leurs effets secondaires. Cette formation s'est d'abord déroulée au sein du service, en observant les neurologues en consultation et en hospitalisation, puis sous forme de stages dans les différents services où le patient atteint de tumeur cérébrale est amené à séjourner tels que la neurochirurgie, la radiothérapie, l'unité de soins palliatifs, la neuroradiologie, l'anatomopathologie et l'unité mobile d'accompagnement et de soins palliatifs.

À l'issue de cette formation, l'infirmière a intégré l'équipe de neuro-oncologie pendant six mois, sous forme de compagnonnage avec un neurologue.

En neuf ans d'exercice, cette fonction s'est développée; l'évaluation effectuée par la Haute Autorité de santé en 2007, ayant pour objectif de déterminer la fiabilité des informations collectées par les infirmières référentes lors

de l'examen clinique et paraclinique des patients, ainsi que la concordance de leur proposition thérapeutique en matière de stratégie de reconduction de la chimiothérapie a été très positive et plaide en faveur de la délégation de cette activité vers les infirmières, avec aujourd'hui trois infirmières référentes et plusieurs types d'activités.

Une activité de consultation

Une consultation hebdomadaire, organisée dans les jours qui suivent la consultation médicale d'annonce, destinée à tout nouveau patient adressé par le neurologue référent.

Elle se déroule comme suit :

- Présentation du service, du rôle et des missions des soignants
- Reformulation du diagnostic
- Explication du projet de soins
- Réponses aux questions
- Remise d'un classeur de suivi contenant les différentes coordonnées des professionnels pouvant intervenir au cours du parcours de soins ; les principales informations médicales du patient nécessaires en cas d'urgence ; des informations concernant la maladie, les principaux symptômes et la conduite à tenir devant ceux-ci ; personne de confiance, directives anticipées...

Cette consultation dure environ une heure et marque le début de la prise en charge de l'infirmière référente. Celle-ci évalue la situation familiale, sociale et psychologique du patient afin d'anticiper les difficultés pouvant survenir lors de l'évolution de la maladie. Elle oriente, si besoin, vers le professionnel concerné (assistante sociale, psychologue...).

Une activité clinique

L'activité clinique est effectuée principalement en hôpital de jour auprès des patients en cours de chimiothérapie. L'infirmière référente fait l'examen clinique neurologique du patient, compare l'imagerie, analyse les résultats biologiques et prescrit la chimiothérapie sous la supervision du neurologue.

Cette activité permet à l'infirmière d'ajuster la prise en charge à chaque passage en hôpital de jour, en fonction de l'évolution clinique du patient. Elle permet la mise en place d'aides à domicile appropriées au handicap, voire d'anticiper les recherches de structures adaptées avec l'assistante sociale lorsque le maintien à domicile devient difficile.

Une activité de suivi et soutien des patients au domicile

Une activité de suivi et de soutien des patients au domicile, réalisée tout au long de la maladie, que le patient soit en phase curative ou en phase palliative. L'infirmière répond aux nombreux appels téléphoniques. Son rôle consiste à écouter, répondre aux interrogations, soutenir psychologiquement, voire trouver des solutions rapides lorsqu'une complication survient ou que le maintien au domicile ne peut plus s'envisager.

Cette activité a permis de renforcer les liens avec les médecins traitants et ainsi d'améliorer la liaison ville/hôpital. En fonction des problèmes posés, l'infirmière en réfère au neurologue référent du patient ou/et à l'assistante sociale : c'est un rôle de coordination dans la prise en charge. Parfois, une cellule mobile composée d'un neurologue, d'une infirmière référente et d'une psychologue se déplace au domicile pour y rencontrer le médecin traitant et le réseau afin de faire le point sur le projet de vie du patient.

Un rôle d'anticipation des placements en structures spécialisées

Un rôle d'anticipation des placements en structures spécialisées, que l'on déclenche à différents temps de la maladie, en fonction des difficultés. Qu'elles soient d'ordre médical avec l'aggravation d'un déficit neurologique, ou social lorsque le maintien au domicile n'est plus possible (épouse qui travaille, enfants en difficultés ou patient sans entourage).

Deux types de structures sont à notre disposition :

Les cliniques médicalisées, adaptées pour un patient en cours de chimiothérapie qui a besoin d'aide au quotidien et de kinésithérapie.

Les unités de soins palliatifs, adaptées pour les patients en échappement thérapeutique pour qui seuls les soins de confort se poursuivent.

La décision d'orientation dans ces structures se fait sur décision médicale en entretien avec la famille. L'infirmière référente reformule, explique les différentes structures afin d'obtenir l'accord de la personne de confiance, tout cela en étroite collaboration avec l'assistante sociale pour trouver la structure la plus appropriée et la plus proche du domicile. L'infirmière motive les demandes d'admission et l'assistante sociale suit le dossier jusqu'à l'obtention d'une place dans les meilleurs délais.

Une activité en hospitalisation

Une activité s'est développée, plus récemment, avec l'arrivée d'une troisième infirmière référente qui reprend celles citées précédemment, avec la particularité pour l'infirmière de s'intégrer dans une équipe déjà constituée avec pour objectif, en plus d'améliorer la prise en charge globale des patients hospitalisés, d'améliorer la communication inter-équipes, de faciliter la transmission des informations et des décisions prises.

L'infirmière, collaboratrice avisée et permanente dans la salle, provoque les temps d'échange entre les personnels paramédicaux et médicaux, notamment lors des décisions d'arrêt de traitement curatif. Elle veille à l'application des procédures d'accompagnement et les transmet par écrit. Un temps important est consacré aux entretiens avec les familles afin que le projet de vie du patient soit en accord avec les décisions prises.

Elle participe à la fluidité des séjours en hospitalisation et contribue de ce fait à la prévention de l'épuisement professionnel et à la diminution des délais d'attente de places en hospitalisation.



C'est aussi l'occasion de mener des projets d'équipe transversaux, en créant de nouveaux outils de travail, de nouveaux supports tout en respectant la place de chacun.

Conclusion

Après neuf ans d'exercice, cette fonction montre plusieurs intérêts à la fois pour le patient et sa famille, mais aussi pour les professionnels de santé hospitaliers ou au domicile qui interviennent auprès d'eux. L'éva-

luation positive de la Haute Autorité de santé permet de montrer que cette coopération médico-infirmière participe à l'amélioration de la prise en charge des patients atteints de tumeur cérébrale.

L'arrêté concernant, entre autres cette délégation de compétence, signé le 31 décembre 2009, est publié dans le *Journal officiel* depuis le 15 octobre 2010. Nous allons soumettre notre expérience afin qu'elle soit pérenne. 🏥

Le rôle de l'infirmier en hémodialyse en centre à Lisieux

Isabelle Landru

Néphrologue
chef du service
d'hémodialyse,
Centre hospitalier de
Lisieux

L'expérimentation portant sur le rôle de l'infirmier diplômé d'état (IDE) expert en hémodialyse en centre s'est inscrite dans le cadre des travaux initiés depuis décembre 2003 par le ministre de la Santé sur le thème des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé.

La délégation du suivi du malade hémodialysé en centre a été autorisée par un arrêté du 13 décembre 2004.

Ses objectifs étaient multiples : tester la faisabilité en sécurité d'une coopération, évaluer si une part du temps médical pouvait être redistribuée vers d'autres activités en néphrologie, et enfin réfléchir à une nouvelle voie de promotion infirmière.

La première expérimentation a donné lieu à une évaluation concluant à la faisabilité d'une telle délégation, sans danger pour le malade, voire avec une amélioration de la qualité. Cela a permis la reconduction de celle-ci, autorisée par l'arrêté du 30 mars 2006, et qui s'est déroulée entre le 16 octobre 2006 et le 10 juin 2007, sous l'autorité de la Haute Autorité de santé (HAS).

Mise en œuvre

Les sociétés savantes (Société de néphrologie et Société francophone de dialyse) ainsi que l'AFIDTN (Association des infirmiers de néphrologie, dialyse, transplantation) ont participé avec l'ONDPS à l'écriture du protocole de délégation.

Deux infirmières de coopération ont été choisies après la création d'une fiche de poste établie par le médecin responsable de l'expérimentation et le cadre de santé. Elles ont travaillé toutes deux à mi-temps pour cette coopération et à 30 % dans l'équipe, d'où une présence pour la coopération sur environ 60 % des séances.

Après une formation théorique et pratique de deux mois et demi, elles ont débuté l'expérimentation en réalisant les actes dérogatoires définis par l'arrêté de décembre 2004 :

- évaluation de la situation clinique et diagnostic de situation avec visites réalisées par les infirmières de

coopération sans la présence d'un néphrologue dans l'unité de dialyse, (mais présent dans l'établissement), prescription du poids sec (une visite de néphrologue par semaine obligatoire) ;

- vérification des critères biologiques, analyse de ceux-ci, propositions de modifications thérapeutiques ou prescription si le protocole le permet ;

- prescription des examens complémentaires dans le cadre d'un protocole (abord vasculaire, artérite des membres inférieurs) ;

- information des patients sur la pathologie et le traitement ;

- tenue du carnet vaccinal, prescription et réalisation du vaccin selon le protocole ;

- renouvellement de prescription à partir d'un protocole médical.

Elles ont aussi réalisé un suivi plus poussé des abords vasculaires, des indicateurs de qualité de dialyse.

Résultats

Quatre phases ont été définies pour ces expérimentations :

- Phase 1 : janvier 2004 à janvier 2005,
- Phase 2 : janvier 2005 à janvier 2006 (avec infirmières de coopération),
- Phase 3 : février 2006 à octobre 2006,
- Phase 4 : octobre 2006 à juillet 2007 (avec infirmières de coopération).

L'analyse des deux expérimentations s'est faite, pour les phases 1 et 2, sur la population de tous les hémodialysés en centre, sur les phases 3 et 4 sur un échantillon de patients présents dans les deux phases. Enfin, la HAS a réalisé une étude statistique centrée sur les indicateurs de qualité durant les quatre phases.

Nous avons donc étudié des indicateurs de qualité (pourcentage de patients adéquats pour une norme reconnue – européenne EBPG ou américaine DOQUI – comparée à une étude de morbi-mortalité internationale (DOPPS) [32]) et nous avons pu constater l'amélioration,

ou au minimum la stabilité, de ces divers indicateurs : qualité de dialyse, bilan phosphocalcique, statut martial, correction de l'anémie.

D'autres indicateurs tels que le poids sec et ses variations, le contrôle tensionnel, les complications des abords vasculaires ont aussi été étudiés sans qu'il y ait de différence significative entre les périodes avec ou sans infirmières de coopération.

En ce qui concerne les hospitalisations, on notait davantage de jours d'hospitalisation dans la phase 2 que 1, mais avec une population présentant plus de co-morbidités et plus d'hospitalisations pour des motifs de fin de vie.

Les résultats de l'étude HAS [34] confirment une faisabilité en sécurité pour le patient, voire une amélioration de la qualité de la prise en charge, et montrent qu'à partir du moment où l'expérimentation a débuté dans le service d'hémodialyse, une progression, parfois statistiquement significative, du pourcentage de malades dans les valeurs cibles lors des phases 2,3 et 4 était observée par rapport à la phase 1, et ce pour la presque totalité des paramètres étudiés.

La plupart des indicateurs de qualité de dialyse se sont améliorés lorsque le service était en activité « expérimentale » (l'infirmière de coopération participe à l'évaluation du malade) par rapport à une activité « standard ».

Si on se limite aux 18 patients présents dans le service d'hémodialyse de janvier 2004 à juin 2007, sans changement de technique de dialyse (donc présents pendant les quatre phases de l'étude), l'étude des paramètres a montré un pourcentage de paramètres dans les valeurs cibles plus important pour les phases 2, 3, 4 par rapport à la phase 1. L'augmentation est statistiquement significative en particulier pour :

- le rapport Kt/v (marqueur de qualité d'une séance de dialyse);
- le rapport Kt/v standardisé (marqueur de qualité de dialyse);
- le NPCR : de 60,8 à 86 % (marqueur de qualité de la nutrition);
- l'hémoglobine (prise en charge de l'anémie);
- la prescription d'érythropoïétine, avec moindre consommation de celle-ci.

Il existe une tendance à l'amélioration, mais non statistiquement significative pour :

- la phosphorémie,
- le produit phosphocalcique (ces deux marqueurs sont importants du fait des risques osseux, mais surtout cardio-vasculaires liés à une augmentation de ceux-ci),
- la ferritinémie (marqueur de carence martiale, prise en charge de l'anémie),
- la prise de poids interdialytique.

L'acceptabilité de cette expérimentation a été estimée grâce à la mesure du taux de refus des malades à participer au projet et à une enquête spécifique cherchant à connaître l'avis du malade sur ce nouveau mode de pratique. Le taux de refus a été nul, et le haut

niveau de satisfaction et de confiance exprimé par les malades, autant pour les informations données par le professionnel paramédical que pour l'acte médical effectué par celui-ci, sont des indicateurs de la bonne acceptabilité de cette nouvelle forme de coopération (enquête HAS).

L'estimation du temps médical gagné dans le service d'hémodialyse et son allocation, à l'hôpital de Lisieux, a été possible grâce à une étude spécifique effectuée dans le service sur l'activité des médecins en situation « standard » et en situation « expérimentale ».

Lors de la première expérimentation, 5 heures de temps médical consacré à l'hémodialyse en centre était « gagné » par semaine, 4 h 30 sur la seconde.

Cela peut paraître peu, mais il ne faut pas oublier que dans les deux expérimentations, en raison des absences réglementaires, congés annuels, etc., les infirmières de coopération n'ont assuré que la moitié des séances ! Il a été constaté aussi une augmentation du temps consacré aux consultations (150 consultations supplémentaires effectuées sur les périodes de référence).

Par ailleurs, il n'y a pas eu d'augmentation des prescriptions biologiques ou radiologiques.

L'étude sociologique du CNEH [14] identifie une délégation d'actes à visée thérapeutique qui peut en partie être normalisée. Elle nécessite des régulations interpersonnelles (entre médecins et IDE) qui se construisent en situation, et donc une clarification des tâches et des responsabilités car elle ne peut se penser qu'en terme d'organisation générale de l'équipe.

Conclusions

Ces expérimentations ont montré :

- la stabilité voire l'amélioration des indicateurs qualité et donc la faisabilité en sécurité;
- l'acceptabilité par les patients de la coopération;
- un gain de temps pour les néphrologues afin d'assurer d'autres tâches;
- la possibilité de faire évoluer le métier infirmier.

Nous instruisons actuellement un dossier afin de solliciter l'agence régionale de santé pour mettre en place, selon l'article 51 de la loi HPST, un protocole de coopération en hémodialyse en centre. Un étudiant en master d'ergonomie au Conservatoire national des arts et métiers nous apporte son aide afin d'identifier clairement les compétences associées aux fonctions assurées par les infirmières de coopération, de définir la formation tant théorique que pratique afin d'acquérir connaissances et savoir-faire et enfin repenser l'organisation générale de l'équipe pour une acceptabilité par tous. 🧩



Coopération des métiers de la vision : propositions du syndicat des ophtalmologistes

Jean-Bernard Rottier
Ophtalmologiste,
président du
Syndicat national
des ophtalmologistes
de France

Les années 90 marquent le début, pour nous ophtalmologistes, de nos actions de lobbying pour tenter de développer notre démographie. Soit une dizaine d'années après la fermeture de la filière CES. À partir de cette époque, notre profession a vu peu à peu augmenter sa charge de travail. Alors que le nombre d'ophtalmologistes restait à un plateau d'environ 5500, le nombre moyen d'actes annuels a augmenté de 50 % entre 1990 et 2005. Cette amélioration de la productivité, terme tout à fait nouveau dans le champ de la médecine, a été possible grâce aux progrès technologiques. Des machines toujours plus sophistiquées nous ont permis d'acquérir des données de façon plus fiable et plus rapide. Beaucoup d'instruments de mesure sont devenus « sans contact » avec l'œil, et les résultats de leur manipulation devenaient un opérateur indépendant. Ces évolutions nous ont permis d'y affecter un personnel peu qualifié : nos secrétaires étaient ainsi promues assistantes. Malgré cela, les files d'attente se sont allongées peu à peu, certes de façon disparate selon les régions, mais l'avis général du public est qu'il est difficile d'obtenir un rendez-vous avec un ophtalmologiste, et les difficultés ne font que commencer...

L'optométrie : courant anglo-saxon de redistribution des tâches

Ce contexte de tension sur l'offre de soins oculaires et, parallèlement, sur l'accès aux équipements optiques (lunettes et lentilles de contact) a réveillé un vieux courant de pensée appelé l'optométrie. Il date du début du xx^e siècle et a réussi à s'imposer dans les pays anglo-saxons. Il se base, au départ, sur une séparation entre la gestion de la fonction visuelle et la prise en charge des pathologies. À charge pour le secteur commercial de vendre en autonomie des équipements optiques, et à charge pour le médecin de gérer les pathologies avérées. Mais il est évident qu'un pourcentage important de demande de lunettes correspond en fait à des baisses visuelles induites par des pathologies (20 à 30 % des cas). Ainsi l'opticien-optométriste anglo-saxon s'est formé d'abord au dépistage des maladies oculaires, puis à leurs traitements, pour aboutir, après un siècle de lutte contre les ophtalmologistes, à accéder à la chirurgie. Aujourd'hui la revendication de l'optométrie couvre l'ensemble de la spécialité ophtalmologique : dépistage, traitements médicaux, chirurgie, et la déborde même en revendiquant la vente des équipements optiques (auto-prescrits) et la rééducation orthoptique. Mais sa demande principale, fondamentale, est l'autonomie complète par rapport au monde médical. L'optométrie

prétend offrir une prise en charge commerciale de l'œil et de ses pathologies, quasiment auto-suffisante, dans un circuit indépendant de la médecine, avec ses propres unités de formation. Un siècle après son émergence, il existe toujours un affrontement intense entre la filière ophtalmologique, médicale, et la filière optométriste, commerciale, dans les pays mêmes où elle a émergé. Celle-ci s'est organisée au niveau mondial, avec une stratégie simple en trois étapes : d'abord la formation, puis un exercice au-delà de la légalité (mais pas trop), et enfin un lobbying qui permet la légalisation des pratiques déviantes. Chaque pays est classé dans une échelle de 1 à 6. La France est abusivement classée en niveau 2, ce qui correspond à un pays dans lequel l'optométriste peut délivrer des verres en autonomie. On sait que ce n'est pas vraiment le cas en France, mais le lobby « opto » est coutumier de ce genre de raccourci. Le niveau 3 correspond à un pays qui lui autorise le dépistage de pathologies. Le 4 permet de faire des diagnostics en utilisant des médicaments à visée diagnostique. Au niveau 5, les optométristes ont le droit de prescrire les drogues à but thérapeutique. Le 6 est le Graal : ils accèdent à certaines procédures chirurgicales.

Cette introduction est importante pour expliquer pourquoi la solution anglo-saxonne, qui peut sembler une réponse simple et évidente à la pénurie qui s'installe, suscite un rejet massif et incoercible de la part des opticiens (qui se sentiraient relégués à la dernière place), des orthoptistes (qui seraient tout simplement rayés de la carte) et des ophtalmologistes. Cette opposition existe aussi bien dans les pays où elle s'est implantée depuis longtemps (États-Unis d'Amérique, Australie, Canada) que dans ceux où elle souhaite se développer.

L'approche française basée sur une coopération : ophtalmologistes, orthoptistes et opticiens

C'est donc dans ce contexte de saturation de notre activité et de notre opposition viscérale à la création d'une profession commerciale qui prétendrait agir sur le même territoire de compétence que le nôtre que nous réfléchissons aux méthodes et aux moyens à mettre en œuvre pour atténuer les effets de notre baisse démographique.

La première étape a été de se tourner vers les deux professions proches des ophtalmologistes : les opticiens et les orthoptistes, pour voir quels seraient les éventuels aménagements à faire dans la répartition du travail. Cette étape, qui date des années 2000-2002, n'était pas si facile à mener, car si la charge de travail était lourde, la profession arrivait quand même à l'assumer. Avec des

délais qui s'allongeaient, certes, mais les délais ne sont pas perçus négativement par le professionnel libéral : ils le rassurent contre un avenir toujours incertain. C'est un élément à prendre en compte dans ce dossier très psychologique de délégations et de transferts.

La profession d'opticien était très demandeuse. Demandeuse de pouvoir faire des réfractions en autonomie, de pouvoir vendre en direct des lunettes et d'adapter des lentilles. Une autre demande un peu fantasmée, et jamais vraiment explicitée, était de « faire de la médecine » en « dépistant des maladies ». La faiblesse de cette profession venait de sa formation limitée à deux années de BTS, délivrée dans une quarantaine d'écoles privées de valeur très inégale, ainsi que de sa nature commerciale.

La profession d'orthoptiste était paradoxalement réticente aux délégations. Le syndicat traditionnel, qui avait construit son image sur une émancipation du corps médical, était opposé à ce qui pouvait apparaître comme une remise sous tutelle ophtalmologique. Une réunion dite de l'Hôtel Dieu, le 19 janvier 2002, permettait de voir émerger un accord entre les deux syndicats d'orthoptistes et les ophtalmologistes. Il était acté que les orthoptistes seraient les partenaires les plus adéquats pour effectuer les actes médicaux que les ophtalmologistes ne pourraient plus faire.

Pendant les années qui suivirent, une partie des orthoptistes, majoritairement libérale et âgée, eut beaucoup de mal à accepter ce rapprochement interprofessionnel. Du côté ophtalmologique ce n'est que tout récemment que nous avons admis la possibilité d'une coopération entre deux professionnels libéraux, en dehors du cadre rassurant du salariat.

Une expérimentation de collaboration ophtalmo-orthoptiste dans un cabinet libéral

La mission du Pr Berland, des années 2004-2005, est arrivée juste à point. Elle nous a permis de mettre en place une expérimentation de collaboration ophtalmo-orthoptiste, dans un cabinet libéral. La consultation a été découpée en 7 étapes, qui sont successivement : l'interrogatoire du patient, la mesure de l'acuité visuelle, la mesure de la pression intra-oculaire, l'examen de l'équilibre oculomoteur, l'examen de l'œil lui-même (partie antérieure à la lampe à fente et partie postérieure appelée « fond d'œil »), la synthèse, et la prise de décisions. Ces 3 dernières étapes sont du domaine de l'ophtalmologiste lui-même, en revanche les 4 premières peuvent être confiées à un orthoptiste. L'audit, financé par l'Urcam des Pays de la Loire, a montré que la réfraction seule pouvait prendre de 7 à 13 minutes selon les patients, ce qui corrélativement permettait de faire gagner ce temps au médecin. En ce qui concerne la formation complémentaire, elle n'était nécessaire que pour la mesure de l'acuité visuelle, et l'expérience nous a montré que 50 heures de cours et 2 000 réfractions contrôlées par l'ophtalmologiste permettaient d'amener les orthoptistes à donner des résultats dans lesquels

nous pouvions avoir confiance. Par ailleurs l'oculomotricité faisait déjà partie de sa formation initiale. La mesure de la pression intra-oculaire non contact ne nécessitait que quelques explications et, enfin, l'interrogatoire était juste un recueil du motif principal de consultation et il était repris par l'ophtalmologiste. L'audit a de plus permis de répondre positivement à la triple interrogation des expérimentations : est-ce profitable au patient, est-ce intéressant pour l'orthoptiste, est-ce intéressant pour l'ophtalmologiste ?

Concernant la productivité, l'étude a montré que le flux de patients était augmenté de 25 à 30 %. En pratique, cette organisation permettait de voir environ deux patients de plus par heure de consultation, tout en recentrant le médecin sur son cœur de métier, qui est de faire la synthèse des différentes données, acquises par lui ou par l'orthoptiste, d'établir un diagnostic puis de prendre une décision. Les consultations étant réellement faites par le médecin, cela a permis d'utiliser les cotations classiques remboursées par les caisses d'assurance maladie.

Ces résultats intéressants ne doivent pas masquer les difficultés de la diffusion d'un tel mode de fonctionnement. C'est d'abord demander au médecin de quitter son mode de travail artisanal. C'est lui accroître à gérer de nombreux collaborateurs, c'est augmenter les contraintes d'organisation, c'est augmenter de beaucoup le coût de son absence de sa structure, pour cause de maladie ou de formation. C'est aussi lui donner le souci d'équilibrer son budget : un poste d'orthoptiste coûte environ 50 000 € par an, ce qui est difficile à réaliser quand le professionnel exerce son activité en secteur 1. Il doit faire attention aux charges de l'Urssaf et préférer salarier d'emblée les orthoptistes pour éviter une dramatique requalification en salariat de la part de cet organisme. Ajoutons, pour finir, une inadaptation du statut de professionnel libéral à ce mode d'organisation, une impossibilité de créer une SEL en association avec les orthoptistes, et un manque de soutien des autorités sanitaires.

Nous sommes malgré tout convaincus que ce mode opératoire est une étape indispensable pour augmenter l'offre de soins et habituer les uns et les autres à travailler ensemble. Il est aussi le socle sur lequel vont pouvoir émerger d'autres collaborations beaucoup plus audacieuses, car hors unité de lieu et de temps.

La première, qui concerne le dépistage de la rétinopathie diabétique, est déjà largement expérimentée. Elle consiste à remplacer le contrôle annuel du médecin par un contrôle simplement tous les trois ans avec, dans les années n1 et n2, une prise de photos des fonds d'yeux par un personnel qualifié. Les clichés sont ensuite analysés par un ophtalmologiste, à la recherche d'une rétinopathie diabétique qui, si elle est découverte, impose un rendez-vous médical. Le potentiel maximum d'économie de consultations est de 2 millions d'actes annuels, mais il y a un temps médical consacré à la lecture des photos.



La seconde n'est encore qu'au stade de projet. Il faut savoir que les glaucomeux sont habituellement suivis tous les six mois, quand ils sont en période d'équilibre du traitement. Le projet consisterait à faire contrôler ces patients, une fois sur deux, par un orthoptiste qui ferait une batterie d'exams : mesure de la pression intra-oculaire, photographie des nerfs optiques, champs visuels. Les résultats de ces exams seraient là aussi lus et validés par le médecin ophtalmologiste. Le potentiel maximum d'économie de consultation serait d'un million d'actes annuels.

Citons enfin la possibilité d'une consultation orthoptiste de dépistage, qui serait, dans certaines conditions strictes, en amont de l'ophtalmologiste.

En conclusion, les collaborations interprofessionnelles sont appelées à se développer, dans un contexte très contraint par le temps : dans les dix prochaines années va se produire un collapsus jamais vu du corps médical. Cette mutation est très délicate à gérer, surtout dans un temps aussi court. Le pragmatisme doit être notre philosophie commune, en laissant la manœuvre au terrain, ce qui est d'ailleurs l'esprit de l'article 51 de la loi HPST. 🏠

Les pratiques avancées des professionnels paramédicaux en Ile-de-France

Ljiljana Jovic
Directeur des
soins, conseillère
technique régionale,
Drass Ile-de-France

Les reconfigurations des contenus des métiers, des compétences professionnelles, des prérogatives et des rapports entre professions sont permanentes. Généralement, les modifications s'opèrent de façon isolée, à des niveaux locaux, jusqu'à atteindre des masses critiques leur donnant de la visibilité et permettant des avancées significatives. Les pratiques avancées (pratiques professionnelles allant au-delà des pratiques « généralistes ») sont l'un de ces phénomènes. Ce concept a émergé au milieu du xx^e siècle aux États-Unis puis a été développé, adapté et mis en œuvre dans de nombreux pays. Initialement, il se rapportait aux activités des infirmières, mais les définitions sont applicables aux autres professionnels paramédicaux.

Des phénomènes ayant un impact sur les champs d'intervention et les missions des professionnels de santé sont observables en France, comme au niveau international. Ils conjuguent les besoins de santé des populations, le raffinement des compétences professionnelles, notamment dans les approches cliniques, les évolutions technologiques importantes, les problématiques démographiques, les contraintes médico-économiques.

Les enjeux liés aux pratiques avancées sont multiples. Ils concernent la qualité des soins et de prise en charge, l'efficacité du système de santé, l'attractivité et la fidélisation des professionnels.

Les pratiques avancées sont une réalité observable dans les structures de santé et le secteur ambulatoire. Aussi, pour innover et accompagner les évolutions au niveau régional, il est apparu indispensable de disposer de données objectives.

La population installée en Ile-de-France est de 11 616 500 habitants, soit 18,27 % de l'ensemble national [67]. La région compte plus de 112 000 professionnels paramédicaux et propose une offre de soins diversifiée dans toutes les dimensions : préventive, éducative, de dépistage, curative et palliative.

L'étude exploratoire réalisée au niveau régional a pour but de décrire les professionnels et les activités de pratiques avancées. Les objectifs sont : d'identifier les pratiques qui pourraient relever de pratiques avancées, qu'elles s'inscrivent ou non dans le champ réglementaire actuel; d'identifier les caractéristiques des professionnels déclarant exercer des pratiques avancées.

L'étude a été réalisée dans un contexte français, de réflexion et d'évaluation des coopérations entre professions de santé, de perspectives d'évolution des modes de pratiques et de formation, de reconfiguration de l'offre de soins, d'une relative méconnaissance du concept de pratiques avancées et d'insuffisance de données sur le sujet¹.

La méthodologie repose sur l'étude de la littérature et l'adoption d'une définition opératoire du concept de pratiques avancées, une enquête, par questionnaire, auprès de structures de soins (établissements, réseaux...) (n = 132) et de professionnels paramédicaux (diététiciennes, infirmières, kinésithérapeutes, manipulateurs d'électroradiologie, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues) déclarant exercer des pratiques avancées (n = 380) [42].

Les résultats extraits de l'étude permettent, notamment, de décrire les professionnels paramédicaux déclarant avoir des pratiques avancées et de comparer leur profil aux données théoriques issues de la littérature. Les similitudes et les différences fournissent des pistes d'action et des questions pour des travaux ultérieurs.

Les pratiques avancées : données de la littérature

La littérature internationale montre qu'il existe diverses terminologies pour désigner des pratiques professionnelles allant au-delà des pratiques « généralistes ». Les appellations recouvrent également des

1. La réglementation, en lien avec des aspects de pratiques avancées, portant sur les coopérations entre professionnels de santé est intervenue après le recueil de données et l'analyse des résultats.

missions différentes quant aux possibilités d'examiner des personnes à des fins de dépistage, de poser des diagnostics médicaux ou de prescrire des examens et/ou des thérapeutiques. Cependant, les travaux récents adoptent le terme de « pratiques avancées » dans un sens générique. Ils précisent les activités exercées, les caractéristiques des professionnels, les conditions d'exercice [29].

La définition de pratiques avancées retenue pour l'étude est issue des travaux du Conseil international des infirmières [15]. Elle a été adaptée par le groupe de travail de la direction régionale des Affaires sanitaires et sociales (Drass) pour les besoins de l'étude.

La définition opératoire est : « *Le professionnel paramédical ayant acquis des connaissances théoriques d'expert, une capacité de prise de décisions en situation complexe et des compétences cliniques lui permettant une pratique avancée dans un domaine spécifique pour lequel il sera [reconnu, identifié, désigné, validé]* ».

Le concept de pratiques avancées sous-entend : la réalisation de toutes les activités cliniques, notamment l'évaluation de l'état de la personne et de son entourage, la planification et la mise en œuvre du traitement et/ou des interventions de soins, l'évaluation des interventions. Elles supposent une expérience clinique, une approche holistique, une relation de partenariat avec le patient, la référence à un raisonnement d'expert, un savoir théorique approfondi. L'activité clinique est complétée par des activités d'encadrement et de formation de stagiaires, d'enseignement, de réalisation de travaux de recherche, d'évaluations des pratiques professionnelles, de conseil auprès de pairs ou d'autres professionnels paramédicaux, notamment pour la gestion de situations cliniques complexes.

Généralement, mais pas exclusivement, la pratique avancée s'exerce dans un domaine précis en relation avec une activité médicale (ex. éducation thérapeutique de patients sous traitement au long cours d'une maladie chronique, soins techniques...). Elle est réalisée par une ou des personnes spécifiquement identifiées dans une équipe.

En se référant aux critères généralement attribués à l'exercice d'une pratique avancée, elle ne concerne pas tous les professionnels « compétents » d'une équipe ou d'un service.

Le profil théorique d'une infirmière, et par extension d'un professionnel paramédical, ayant des activités de pratiques avancées selon les données de la littérature sont : avoir une formation généraliste et être titulaire du diplôme d'exercice professionnel (ex. diplôme d'État d'infirmière), exercer des activités dans le champ de la clinique, avoir un niveau de compétence élevé, une formation supérieure à la formation généraliste et être titulaire d'un diplôme de niveau maîtrise ou master (dans le champ de la clinique), une expérience professionnelle minimum de cinq ans.

La distinction entre pratique généraliste et pratique avancée n'est pas strictement liée aux actes réalisés.

Elle se situe surtout sur des différences de niveaux de compétences (savoir, niveau de conceptualisation, expérience, gestion de situations complexes, réalisation de recherches...). La pratique avancée est une évolution à l'intérieur d'une profession, autrement dit une progression linéaire. Les généralistes ont des connaissances globales et peuvent intervenir dans tous les champs d'activité. Les professionnels de pratiques avancées ont des connaissances approfondies dans un domaine restreint et gèrent des situations plus complexes.

Le profil du professionnel ayant une pratique avancée : données de l'enquête

Les données recueillies par l'enquête permettent d'établir un profil « type » du professionnel paramédical ayant des pratiques avancées. Certaines caractéristiques doivent être nuancées car elles correspondent à un nombre restreint de professionnels.

Les caractéristiques des professionnels sont : un exercice avec le diplôme initial en tant que salarié dans le secteur public ou privé, une ancienneté et une expérience dans des activités cliniques allant de dix à trente ans depuis l'obtention du diplôme professionnel.

Les formations complémentaires, quand elles existent, sont représentées par des diplômes d'université (DU) en lien avec la pratique, de la formation continue dans les domaines relatifs à la pathologie ou le problème de santé principal (diabète, addiction, plaies...) et/ou la prise en charge de la douleur et/ou l'éducation thérapeutique.

Les moyens d'information, de maintien et de développement des compétences sont la lecture de revues françaises généralistes et/ou spécialisées, des échanges avec les pairs dans le milieu de travail, des participations à des congrès et journées thématiques.

Le champ de pratique s'inscrit dans les domaines d'intervention par ordre de priorité tel qu'apparu dans l'enquête : 1. a) conseil, b) soin ; 2. a) encadrement de stagiaires, b) enseignement ; 3. a) communications, b) études, c) publications, d) recherches. Les destina-

Textes législatifs et réglementaires

- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé
- Arrêté du 13 décembre 2004 relatif à la coopération entre professionnels de santé
- Arrêté du 30 mars 2006 modifiant et complétant l'arrêté du 13 décembre 2004 relatif à la coopération entre professionnels de santé



taires des interventions sont les malades et les pairs. Le temps consacré à la pratique avancée est inférieur à dix demi-journées par mois.

La formalisation et l'organisation de l'activité relative à la pratique avancée porte sur l'accueil des malades de façon programmée et non programmée, soit avec ou sans rendez-vous ; l'itinéraire du malade comporte la traçabilité du rendez-vous et des soins, les supports éducatifs pour les patients.

Les aspects organisationnels et logistiques montrent que les professionnels disposent de locaux identifiés pour la réalisation des soins aux malades, de bureautique avec accès Internet et ligne téléphonique spécifique, de plages de temps dédiées à l'activité.

Les perspectives se rapportant aux souhaits de développement des pratiques avancées sont : la reconnaissance de la pratique (formation, titre...), les modes de pratique (consultations...), la rémunération. Les opportunités reposent sur les compétences et la reconnaissance professionnelle (professionnalisation des prises en charge, autonomie, formation universitaire, recherche...), le contexte est qualifié de favorable.

Les freins sont liés aux compétences et à la reconnaissance professionnelle (manque ou difficultés d'accès à des formations, manque de reconnaissance des formations, incapacité des institutions à reconnaître les professionnels ayant des pratiques avancées...), les moyens humains.

Ce profil type met en évidence que toutes les caractéristiques comparées aux données de la littérature sont

présentes à des degrés divers. Cependant, si les critères de possession de diplôme d'exercice professionnel et de durée d'expérience sont présents, les domaines d'activité sont tous investis mais de façon variable, le niveau de formation post diplôme initial est relativement éloigné des préconisations internationales. Ainsi, l'implication dans la pratique est clairement établie, mais elle est moins évidente pour le maintien et le développement des connaissances théoriques et leur ancrage dans les résultats de recherche.

Généralement, les pratiques relèvent de parcours personnels, construits au gré des opportunités, des besoins locaux, des possibilités offertes et de la volonté d'individus.

Conclusion

L'étude exploratoire réalisée en Ile-de-France permet d'objectiver la réalité des pratiques avancées exercées par des professionnels paramédicaux dans de nombreux domaines. Elle permet, notamment, de caractériser les professionnels déclarant avoir des pratiques avancées, d'identifier les écarts avec le modèle théorique issu de la littérature et des recommandations internationales. Parmi les perspectives suggérées par les résultats figurent : les exigences de formation, la reconnaissance au niveau personnel (compétence...), institutionnel (postes, activité...), national (titre, carrière, modalités d'exercice, rémunération des personnes et de l'activité...), la contribution singulière dans l'offre de soins et plus largement dans le système de santé. 🏥

Un projet interprofessionnel pour un programme de santé publique : la prise en charge bucco-dentaire de l'enfant

En France, l'indice carieux de la population est en nette diminution grâce aux campagnes de prévention, à l'amélioration de l'hygiène bucco-dentaire et alimentaire, et à l'utilisation des fluorures.

Les disparités régionales fortes, les difficultés économiques, la peur du dentiste et l'insuffisance de soin sur des dents temporaires qui vont « tomber » font que la carie de la petite enfance (ECC : Early Childhood Caries) [26] constitue toujours un problème majeur. Elle provoque des douleurs avec troubles du sommeil, angoisse, agressivité et difficultés à s'alimenter ; les parents privilégient alors une alimentation molle et sucrée qui auto-entretient la pathologie. L'ECC peut aussi être associée à des problèmes d'obésité, les deux pathologies ayant en commun des habitudes alimentaires inadaptées.

Le mauvais état bucco-dentaire, marqueur des inégalités sociales de santé

Elle peut pourtant être prévenue [65] ; dans le cas contraire, son développement est un facteur prédictif majeur de carie à l'âge adulte et influe sur la santé dentaire de l'adolescent [23].

La corrélation entre faible niveau socio-économique et mauvais état de santé général et bucco-dentaire est significative. La consommation élevée de sucreries, le manque de brossage et un mauvais état bucco-dentaire sont souvent associés aux groupes « à risques » : les conséquences fonctionnelles et esthétiques importantes constituent des facteurs de handicap à l'intégration sociale de l'enfant et stigmatisent une population déjà vulnérable.

La situation est aggravée par un recours aux soins moindre : les familles à faibles revenus consultent tardivement, en urgence, et ne poursuivent généralement pas les soins. Elles n'ont pas de chirurgien-dentiste traitant, recourent de préférence aux structures hospitalières et ne consultent pas préventivement.

La peur du chirurgien-dentiste toujours présente

L'anxiété vis-à-vis des soins dentaires concerne de 3 à 20 % de la population européenne [46], et la peur du chirurgien-dentiste reste une réalité. La culture française a insuffisamment intégré la prévention bucco-dentaire : la consultation tardive liée à la douleur ne facilite pas l'abord de l'enfant. Si le premier contact se passe mal, l'enfant, devenu adulte, gardera un souvenir négatif de cette expérience et négligera son état bucco-dentaire. Il transmettra son angoisse et communiquera involon-

tairement à son propre enfant la peur qu'il éprouve, au travers d'un vocabulaire chargé de termes imagés rarement positifs (arracher, rage de dents...). Un parent anxieux, n'osant pas lui-même consulter, ne fera pas la démarche préventive pour son enfant.

Malgré l'évolution des techniques, la prise en charge de la douleur au cabinet dentaire, l'examen bi-annuel nécessaire pour éviter les pathologies installées et vaincre les *a priori* vis-à-vis des soins dentaires n'est guère pratiqué.

Le projet de Roubaix : une démarche partagée

La ville de Roubaix a intégré le projet Epode (Ensemble prévenons l'obésité des enfants) et se mobilise car le nombre moyen de jeunes Roubaisiens diabétiques est plus élevé que dans les autres villes Epode.

L'unité d'activité médicale (UAM) d'odontologie pédiatrique – prévention du CHU de Lille prend en charge la pathologie carieuse de l'enfant et accueille les jeunes patients de la métropole lilloise que les confrères ne soignent pas. Mais les enfants qui habitent Roubaix, et consultent pour urgence dentaire au CHU, cessent les soins dès que la douleur disparaît.

Les raisons d'interruption de traitement sont identifiées :

- la distance hôpital-domicile, les difficultés ou la durée de transport car pas de solution proche ;
- le délai d'attente trop long pour un rendez vous dans la structure hospitalière après l'acte d'urgence ;
- le nombre élevé d'enfants porteurs de polycaries ;
- le faible nombre de praticiens hospitaliers qui soignent les enfants.

Il est nécessaire d'intervenir en amont.

Les mauvaises habitudes d'hygiène alimentaire provoquent surpoids et pathologies carieuses. Une alimentation saine devrait améliorer à terme l'état bucco-dentaire des enfants et faire diminuer les diabètes de type 2 chez les adolescents obèses (pathologie qui ne se manifestait qu'après 40 ans).

Les conséquences du diabète sur la sphère bucco-dentaire sont connues et il est important que le chirurgien-dentiste soit un relais dans la prévention de l'obésité et du diabète. La volonté de tous les acteurs étant de répondre au problème de santé publique, la pédodontie participe à la démarche Epode avec la ville.

Un travail commun entre mairie, direction de la santé de la ville et odontologie pédiatrique initie l'idée d'un parcours de prise en charge coordonnée des enfants : il s'agit de veiller à ce que prévention et éducation du

Monique-Marie Rousset

Professeur des universités-praticien hospitalier en odontologie pédiatrique, CHU de Lille, responsable d'une unité d'activité médicale d'odontologie pédiatrique-prévention et membre du Haut Conseil de santé publique

Thomas Trentesaux

Ancien assistant hospitalo-universitaire en odontologie pédiatrique à Lille, équipe de recherche du Laboratoire d'éthique médicale et de médecine légale, université Paris Descartes

Matthieu Ternois

Assistant hospitalo-universitaire en odontologie pédiatrique à Lille, équipe de recherche du Laboratoire de virologie EA 3610 – pathogenèse virale du diabète de type 1



patient — qui intègrent une dimension familiale — fassent partie du soin lui-même pour pérenniser la démarche.

Le groupe technique représentant hôpital, département, caisse primaire d'assurance maladie, faculté et direction de la santé examine les conditions nécessaires au projet. L'ensemble des partenaires est sollicité (médecins, pédiatres, chirurgiens-dentistes libéraux et Conseil de l'ordre, Apesal, CHR de Roubaix et CHU). Sont associés médecins et infirmières scolaires qui rencontrent l'enfant au cours préparatoire. Cet âge-charnière entre denture temporaire de l'enfant et denture du futur adulte voit l'apparition des premières molaires permanentes ; elles évoluent à bas bruit, sans perte de dents de lait et sont négligées dans les populations touchées par les inégalités sociales.

Le conseil général est également sollicité pour l'aide qu'il peut apporter dans l'orientation des enfants vers les soins, au travers du bilan de quatre ans des services de PMI.

Un parcours coordonné

L'information, la prévention et la formation d'éducateurs à la santé bucco-dentaire sont des moyens essentiels pour diminuer l'incidence carieuse.

Pour plus d'efficacité, un travail inter et pluridisciplinaire s'organise autour du réseau ville — hôpital, avec les acteurs qui entourent l'enfant au quotidien. L'avis des professionnels fixe un champ d'intervention ciblé sur les 4 à 15 ans et sur la prévention précoce.

1^{re} étape en 2004 : rencontre avec l'enfant

Pour prévenir bien en amont, il faut susciter l'intérêt des parents dès la grossesse, quand ils sont plus réceptifs au message préventif.

Si le contact s'établit plus tard avec l'enfant, il faut associer la famille dans la démarche.

Avec la direction de la santé de la ville, l'équipe des pédodontistes participe à des actions de sensibilisation et de mobilisation pour parents et enfants. Elle intègre la « Semaine du goût », anime des échanges sur les choix alimentaires. Des expositions, des ateliers et des animations avec les infirmières scolaires insistent sur l'hygiène et les moyens de préserver un bon état bucco-dentaire. Pour appuyer l'intervention en milieu scolaire, la ville distribue des kits dentaires qu'elle offre également au service pédiatrique du CHR de Roubaix.

2^e étape en 2006 : formation des relais

Le temps manque à l'équipe pour multiplier les interventions d'éducation. La délégation de tâches est indispensable et envisageable car l'enfant rencontre de multiples acteurs dans son parcours : l'enjeu est de les mobiliser tous dans une démarche commune et complémentaire.

La formation de relais rend possible le partage des tâches, tout en valorisant de nouvelles orientations professionnelles. Plusieurs catégories professionnelles peuvent ainsi être impliquées dans le but de :

- créer et pérenniser des passerelles entre les différents professionnels autour de l'enfant ;

Exemple d'une prise en charge

L'accompagnement débute avant le rendez-vous par un appel téléphonique de rappel, pour prévenir le renoncement aux soins ; l'entourage familial de l'enfant est associé au déroulement des séances.

1^{re} séance

Une infirmière spécialement formée aux problèmes bucco-dentaires et à l'abord psychologique de l'enfant assure la prévention avec hygiène alimentaire et bucco-dentaire ; elle enseigne une méthode de brossage aux parents et au jeune patient ; l'enfant reçoit un kit dentaire complet et une fiche conseil à laquelle il pourra se référer. Puis il fait connaissance avec l'environnement du cabinet ; l'équipe laisse parler son imagination pour évoquer le « fauteuil relax », l'« aspirateur », le « bruit du vent » ou le « petit avion », mais les termes em-

ployés restent ensuite les mêmes pour rassurer l'enfant.

2^e séance

L'infirmière « dédiée » rappelle, sous forme d'un jeu questions-réponses, les notions sur le brossage et les choix alimentaires.

Elle prépare l'enfant à la séance de soins et à la découverte de l'acte. L'enfant est soigné hors de la présence parentale : les premiers soins sont peu invasifs (petite carie ou scellements protecteurs des sillons) pour familiariser l'enfant avec le matériel.

Quand des avulsions sont nécessaires, l'aide de la « petite souris » est fournie par l'association Ludopital. Durant le soin, l'infirmière explique aux parents l'importance du suivi.

Quand les soins sont terminés, des examens de contrôle sont prévus tous les six mois. L'enfant quittera le par-

cours accompagné vers 12-13 ans pour un circuit de soins classique.

Le centre fonctionne et ne désemplit pas ; un deuxième fauteuil est ouvert pour qu'un maximum d'enfants de 4 à 12 ans puissent bénéficier d'un examen bucco-dentaire et de soins.

Le bilan est positif : si le vocabulaire n'évolue pas suffisamment (« arracher une dent » reste l'expression type), l'intégration du brossage bi-quotidien est souvent obtenu. L'éducation à la santé, très présente dès la première approche, se poursuit lors des soins avec rappel quand l'enfant vient en contrôle.

- disposer d'un langage commun pour potentialiser l'information donnée.

Échanges, ateliers, animations ciblent les responsables de crèches, les assistantes maternelles, les animateurs socio-éducatifs des centres aérés et de cantines, les éducateurs spécialisés, les enseignants des écoles maternelles et primaires et les élèves infirmiers.

Les étudiants de l'Institut de formation aux soins infirmier (IFSI) de Roubaix doivent dans leurs *cursus* élaborer un projet, et mettre en place une action de travail ; ils sont déjà intégrés dans le projet Epode. Les former à l'hygiène alimentaire et bucco-dentaire est important et leur fait appréhender les interrelations entre prévention de l'obésité et prévention des risques carieux ; cela favorise des choix de projets et d'actions pour l'amélioration de la santé bucco-dentaire de l'enfant et, à terme, multiplie favorablement les professionnels spécifiquement formés.

3^e étape en 2007

Un parcours efficace doit permettre les soins sur place, la population concernée ne se soignant qu'en proximité. Le projet, porté par l'hôpital de Roubaix, nécessite la création d'un fauteuil dentaire : le centre d'examen de santé de Roubaix met à disposition un fauteuil dentaire déjà existant, qu'il faut équiper pour les soins, et où pourraient travailler des libéraux. Les chirurgiens-dentistes sont sollicités mais la faible démographie locale et leur charge de travail leur font refuser cette option.

Grâce à la participation de plusieurs partenaires et du conseil régional, en 2007 le fauteuil est équipé, et une convention de partenariat constructif entre la faculté et le service d'odontologie, le CHU de Lille et l'hôpital de Roubaix établit la mise à disposition d'étudiants pour travailler dans le centre deux demi-journées par semaine sous la responsabilité d'un tuteur hospitalo-universitaire. L'assurance maladie s'engage à rembourser les soins à l'hôpital de Roubaix. Selon l'âge de l'enfant et l'acte pratiqué, une partie des soins est par ailleurs comptabilisée par la CPAM dans le cadre du dispositif « M'Tdents ».

Le parcours coordonné d'éducation sensibilise l'enfant aux soins ; mais la prise en charge de jeunes patients nécessite un abord psychologique [22] : la plupart des enfants attendus par le centre ne connaissent pas le cabinet dentaire, même si la majorité se montrent coopératifs au cours du dépistage.

Les causes de refus de soins sont connues : trop jeune âge de l'enfant, vécu antérieur négatif, ou prise en charge longue qui lasse l'enfant quand les caries à traiter sont nombreuses. Il peut exister aussi un trouble du comportement ou un handicap.

Le manque de coopération peut être compensé : l'enfant, perméable aux sentiments négatifs de l'entourage, l'est aussi aux facteurs positifs ; un accompagnement individuel favorise l'installation d'une relation de confiance.

Un accompagnement plus ciblé doit être mis en place pour une éducation à la santé, voire éducation thérapeutique personnalisée pour les enfants souffrant d'un diabète : il faut les accompagner dans la démarche de connaissance de la maladie, de ses mécanismes et de sa gestion, pour qu'ils adoptent les réflexes de santé qui se mesureront en qualité de vie. L'étiologie du diabète est multifactorielle : elle répond à des prédispositions génétiques et à des facteurs environnementaux, ce qui est encore plus vrai pour le diabète de type 2.

Longtemps, seul le diabète de type 1 concernait les enfants : ces patients étaient moins touchés par la carie dentaire que la moyenne de la population générale, surtout si le diabète était équilibré car une gestion quotidienne de la pathologie chronique semble permettre à l'enfant une acquisition précoce des bonnes habitudes d'hygiène alimentaire et d'hygiène générale.

Les pédodontistes contribuent à l'information et à la formation des équipes de diabétologie du Nord-Pas-de-Calais et le côté bucco-dentaire est abordé dès l'annonce de la maladie car les mauvaises habitudes favorisent l'apparition de complications gingivales et dentaires ainsi que des polycaries évolutives. Le chirurgien-dentiste a un rôle important à jouer dans la prévention du diabète de type 2, fortement dépendant des facteurs environnementaux, et dans le traitement des jeunes patients déjà atteints par ces pathologies. L'action en réseau améliore la prise en charge bucco-dentaire de la maladie au quotidien, gain de qualité de vie pour ces enfants. 🦷

Remerciements : ce projet interprofessionnel s'est fait grâce à l'implication forte des acteurs. Merci à ceux qui ont permis cet aboutissement, particulièrement à Didier Lefèbvre, directeur territorial en charges des politiques publiques de santé pour la ville de Roubaix : son enthousiasme, sa ténacité ont fédéré tous les professionnels vers l'acquisition de nouvelles compétences ; à M. Maury, directeur de l'hôpital de Roubaix, et à J.P. Willem qui portent le projet avec conviction ; à Laurent Nawrocki, tuteur hospitalo-universitaire, qui établit des statistiques régulières de l'activité et contribue largement à sa pérennité.