



Description d'une collaboration interdisciplinaire avec une infirmière pour le suivi de patients diabétiques au cabinet de médecine générale

par Sébastien Jotterand (1), Claire-Lise Ketterer (2)

Nous souhaitons présenter un exemple de pratique qui favorise l'intégration de l'enseignement thérapeutique dans un cabinet médical de médecine générale du pied du Jura en Suisse. Ce dispositif de suivi a été élaboré pour les patients diabétiques de type 2 suivis à ce cabinet. L'infirmière, qui travaillait déjà au cabinet comme assistante médicale (accueil des patients, gestion des rendez-vous, secrétariat et comptabilité) est appelée à participer au suivi médical des patients diabétiques. En déléguant un certain nombre de tâches à l'infirmière, le temps thérapeutique potentiel du cabinet est augmenté. Il est investi pour l'enseignement thérapeutique, afin d'aider chaque patient à accéder à sa propre prise en charge et pour le suivi clinique, afin qu'il bénéficie d'un suivi biologique régulier et d'un diagnostic précoce de ses éventuelles complications.

Nous constatons la difficulté pour le médecin généraliste seul à suivre les patients diabétiques de type 2 selon les recommandations de pratiques cliniques. Nous décrivons les complémentarités requises pour former une équipe soignante cohérente et les conditions qui ont favorisé notre collaboration.

Mots-clés : enseignement thérapeutique, médecine générale, maladie chronique, diabète de type 2, collaboration médecin-infirmière, interdisciplinarité.

Introduction

L'enseignement thérapeutique a été présenté comme une ressource pour améliorer l'efficacité des traitements des patients atteints de maladie chronique, clientèle principale des cabinets de médecins de premier recours [1].

Dans la région où nous travaillons, il existe plusieurs centres de formation ambulatoire des patients à la prise en charge de leur diabète. Cet enseignement se fait par des équipes pluridisciplinaires spécialisées et le médecin traitant n'y est impliqué que comme référent, même si, sur le long terme, c'est lui qui va garantir la continuité de l'intégration de l'enseignement thérapeutique à leur suivi. Travaillant en campagne, nous avons trouvé important d'offrir cette « formation continue » à notre clientèle diabétique au lieu même où elle consulte. Mais, le médecin manque de ressources en temps disponible et aussi en compétence de soins pour prendre en charge les patients diabétiques clients

du cabinet. Nous pensons que la collaboration avec une infirmière peut renforcer l'efficacité et augmenter les ressources thérapeutiques au cabinet du généraliste. Les recommandations de l'OMS vont dans ce sens, pourvu qu'il s'agisse évidemment de personnel qualifié [1].

Dans la majorité des cas, les médecins n'arrivent pas à appliquer les recommandations de pratique clinique chez les patients chroniques suivis au cabinet

La définitions des valeurs de paramètres métaboliques ou physiques à atteindre pour prévenir les complications et la mortalité liées aux maladies chroniques les plus courantes au cabinet du généraliste (hypertension, diabète, hyperlipémies, obésité), sont de plus en plus strictes [2]. Cette exigence toujours plus grande est conduite par le souci d'avoir un meilleur effet préventif sur

(1) médecin généraliste libéral,
Email : sjotterand@freesurf.ch
(2) infirmière libérale
Cabinet de médecine générale
Route de Trévelin, 38
CH-1170 Aubonne, Suisse
Tél. : +41 (0)21 808 61 73



l'apparition des complications. Elle est encouragée par une pharmacopée toujours plus efficace. Mais, chez plus de 2/3 des patients ambulatoires, ces critères ne sont pas remplis, même si les patients sont suivis par des spécialistes [3] [4]. Ces critères sont parfois mal connus des médecins [5] ou mal appliqués [6] [7]. Et, surtout, la complexité du diabète de type 2, et plus particulièrement du syndrome plurimétabolique, qui s'accompagne d'une multiplicité d'objectifs thérapeutiques biologiques tous prioritaires, rend leurs contrôles simultanés chez les patients quasi impossible [8] [9].

Quelques bonnes raisons d'augmenter les ressources au cabinet du généraliste

Plusieurs remèdes à ces difficultés d'appliquer les recommandations de pratiques cliniques ont été proposés dans la littérature. Ils visent à augmenter les ressources au niveau du réseau de soins ou le contrôle des acteurs du réseau, que ce soit sur les médecins ou sur les patients : le groupe du comité d'expert de l'OMS recommande que chacun puisse avoir accès à des programmes reconnus d'éducation thérapeutique du patient, comme cela se fait dans des centres hospitaliers ou encore dans les Maisons du Diabète (des espaces de référence, aussi bien pour les soignants que pour les patients pouvant offrir une aide individuelle ou en groupe dans un contexte multidisciplinaire, [10]), un comité scientifique a proposé la constitution de « groupes de qualité » menés par un spécialiste et un généraliste qui constituent un véritable audit de la pratique [11], des groupes d'assureurs ont voulu mesurer l'impact de la visite au cabinet de médecins conseils [12], enfin, certains ont imaginé pouvoir contrôler la prise des médicaments à l'aide de pilulier électroniques reliés à une centrale [13].

Ces dispositifs prennent place en dehors du cabinet du praticien et font appel à des centres spécialisés souvent éloignés du domicile des patients. Dans l'idée que c'est le maillon le plus faible qui détermine la solidité de la chaîne, il paraît cependant important d'améliorer les ressources là où le besoin est le plus grand. Parmi les patients diabétiques de type 2, 90% sont suivis par des généralistes qui souhaitent à 89,1% l'intervention de structure relais [10]. Mais ils réfèrent peu leurs patients diabétiques à des collègues : 10 fois moins qu'au psychiatre ou au rhumatologue, 20 fois moins qu'au cardiologue ou au gastro-entérologue [14].

Il semble donc que ce soit bien au cabinet de premier recours que les ressources doivent être augmentées, mais pour quels besoins ?

La recherche de la complémentarité professionnelle

D'abord il y a le problème émotionnel lié à la solitude du médecin. La littérature de ces 5 dernières années est pleine d'articles et d'éditoriaux sur le bonheur ou plutôt le malheur du médecin. La plupart mentionne leur prédisposition augmentée au suicide qui dépasserait de 50% celle de la population générale [15]. Cette suicidalité augmentée est la pointe de l'iceberg d'un océan de fatigue (94%),

tristesse (62%), burn out (68%), dévalorisation (44%) et ennui (40%), dont souffrait une grande proportion des médecins de premiers recours interrogés à l'occasion d'un colloque publié dans le *Courier du Médecin Vaudois* de mars 1999. Aux problèmes habituellement évoqués (stress, menaces de procès, augmentation du droit des patients, perception que la profession médicale est en déclin), on peut ajouter la pression que constitue la publication des toujours plus exigeantes « recommandations de pratiques cliniques », qui, en plus de leur rôle informatif [16], deviennent vite les recommandations de bonnes pratiques cliniques. Le médecin est encouragé à « traiter plus agressivement ses patients ». Cela comporte le risque de s'éloigner des patients qui n'arriveront pas à atteindre ces objectifs. A la crainte de l'échec, qu'il soit relationnel ou biologique, s'ajoute le manque de ressources humaines lié à la solitude du médecin praticien.

De ce constat naît la recherche d'une complémentarité. Nous avons identifié 4 types de complémentarité professionnelle entre le médecin et l'infirmière dans ce projet.

Complémentarité des attentes (attentes réciproques)

Une partie importante de ma formation médicale a été entreprise dans des domaines où le travail interdisciplinaire est une nécessité : soins palliatifs, enseignement thérapeutique pour diabétique, consultation d'obésité, psychiatrie de liaison, consultation conjointe pour le suivi de douloureux chroniques, enfin un quart de mon temps de travail se fait en institution, donc avec des équipes : médecine scolaire, semaine ambulatoire de diabétologie, médecin-conseil d'un service d'ambulance, médecin responsable d'un établissement de convalescence et de repos. Prédisposé à privilégier l'écoute à l'action, le travail en équipe au travail solitaire, j'ai trouvé dans ces activités mon épanouissement.

Mme Ketterer travaillait déjà au cabinet comme réceptionniste (mais seulement comme telle). Il s'agit d'une infirmière expérimentée, ayant pratiqué notamment comme instrumentiste en salle d'opération et dans un service d'urgence dans les premières années de sa carrière, mais qui s'est depuis installée comme indépendante un cabinet de thérapeute manuelle (réflexologie et drainage lymphatique). Elle a beaucoup œuvré pour faire reconnaître la condition d'infirmière indépendante et a été présidente de cette association plusieurs années.

Bien qu'ayant toujours été intéressée par le diabète (le diabète juvénile était son sujet de diplôme), elle n'avait jamais enseigné ce domaine.

Complémentarité dans la formation

Afin de s'habituer à enseigner les techniques utiles aux patients (faire des autocontrôles, prendre soins de ses pieds, utiliser un stylo autotiqueur), Mme Ketterer a fait un premier stage d'une semaine à la Division d'Enseignement Thérapeutique des Maladies Chroniques de l'hôpital cantonal de

Bibliographie

[1] WHO, Regional office for Europe. Therapeutic patient education. Continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases. Report of a WHO Working Group, 1998.

[2] American Diabetes association Diabetes Care, 2002, 25, Supplement 1.

[3] CHARPENTIER G. et al, Contrôle de la glycémie et de la pression artérielle chez les diabétiques de type 2, Diabetes Metabolism, 2002; 28, Hors série 1, CO 1S27.

[4] CHAMONTIN et al., Prevalence, treatment and control of hypertension in the French population, American journal of hypertension, 1998; 11: 759-762.

[5] HAGEMEISTER J. et al. Hypertension guidelines and their limitations-the impact of physicians' compliance as evaluated by guidelines awareness, J Hypertension, 2001; 19: 2079-2086.

Genève (Prof. Assal), qui a l'habitude d'accueillir des infirmières désireuses de se spécialiser dans la prise en charge des personnes diabétiques. Un programme de formation s'intitulant « introduction à l'éducation thérapeutique du patient » mise en place dans cette même unité depuis 1998 est décrit dans le document de l'OMS [1]. L'habitude est que l'infirmière soit intégrée à l'équipe, suive et participe à son activité quotidienne.

Complémentarité dans l'approche pédagogique

L'impact sur son activité quotidienne au cabinet a été immédiate, puisque Mme Ketterer a commencé à faire des soins aux pieds dans la salle de traitement du cabinet avant ou après que le patient m'ait consulté. Elle a également commencé à enseigner aux patients diabétiques l'intérêt des autocontrôles et les situations lors desquelles ils pouvaient être utiles, hors des contrôles prévus, à adapter leur collation à leur activité physique, à programmer une activité physique dans leur semaine, etc. Elle n'a donc pas seulement suivi à la lettre ma consigne qui était d'enseigner l'utilisation d'une technique. En plus de sensibiliser et informer les patients sur ces techniques, elle les a aidé à découvrir comment améliorer leur qualité de vie tout en intégrant leur traitement dans leur vie (ou, autrement dit à mieux gérer leur traitement en l'adaptant à leur mode de vie). Mme Ketterer a transformé une demande d'éducation du patient en une séance d'enseignement thérapeutique.

Complémentarité clinique

Le médecin a délégué un certain nombre de tâches cliniques à l'infirmière au sein du cabinet. En effet, la liste des contrôles à faire et à organiser pour respecter les critères de qualité du suivi d'un patient diabétique dépassait en soi sa capacité de travail pour des raisons pratiques (pour pouvoir accepter les urgences et ne pas prendre trop de retard, une consultation ne devrait pas durer plus de 30'), éthiques (une catégorie de patients ne doit pas être favorisée par rapport à une autre) et financières (selon les possibilités tarifaires actuelles, le médecin de premier recours peut facturer 50 francs le premier ¼ d'heure, contre 15 francs pour les ¼ suivants). Ces complémentarités se sont renforcées en cascade : la complémentarité des attentes et de la formation de ses deux soignants a permis l'élaboration d'innovations dans le dispositif de suivi. Ces aménagements ont permis à leur tour que les complémentarités cliniques et pédagogiques des soignants puissent être mises à disposition de patients, aboutissant à une augmentation des ressources du cabinet.

De la délégation de tâche au travail en duo

Le développement d'une autonomie de travail chez l'infirmière, lui permettant de couvrir un champ toujours plus large des besoins de prise en charge du patient, s'est accompagné d'un sentiment de perte de contrôle chez le médecin. Pour l'infirmière,

c'est la frustration de manquer d'informations sur le patient et la crainte de répéter ou de manquer un sujet à enseigner qui fit émerger une nouvelle problématique : deux soignants qui ont la formation pour être compétents en enseignement thérapeutique, ne sont pas encore compétents en tant qu'équipe interdisciplinaire. Pour atteindre cet objectif, nous avons eu 3 réunions de 2 heures. Elles ont permis de mettre en évidence le besoin de coordonner nos activités d'enseignement thérapeutique. Ces innovations ont été créées à partir de ce qui se faisait déjà au cabinet. Les étapes de ce travail d'équipe, dont le moteur a été la complémentarité entre le médecin et l'infirmière, sont décrites en encadré. Leur aboutissement est la consultation commune médecin-infirmière-patient. Outre la « relance thérapeutique », décrite dans l'approche par la consultation conjointe qui aide le patient à élaborer sa plainte en le replaçant au centre [18], elle lui permet, dans ce cadre pédagogique, de préciser sa demande. Contrairement aux « séances des objectifs » en équipe hospitalière qui ont souvent lieu sans les patients, un effort particulier est fait pour trouver en commun avec lui les objectifs à réaliser. Une si petite équipe interdisciplinaire ne pourrait se payer le luxe de ne pas faire intervenir le patient comme co-expert [17] et comme co-évaluateur [17].

Résultats

Parmi les patients diabétiques du cabinet, 11 ont pu jusqu'à présent être pris en charge selon le nouveau dispositif de suivi. Après 3 mois, leur valeur moyenne de risques cardiovasculaires (32% versus 29%) et d'hémoglobine glyquée (8% versus 7,9%) ne montre qu'une très faible diminution. Par contre l'impact sur les variables qualitatives du suivi est très net, si on les compare avec la littérature. Dans une étude genevoise de 1997, 50 % des diabétiques n'avait jamais eu de fond d'œil [19] ; dans une étude française, 15,4 % parmi des diabétiques de type 2 avait eu un dosage de la microalbuminurie en 2000 [12], pourcentage qui montait à seulement 48,3% malgré un programme de renforcement du contrôle de l'activité des généralistes [11].

Il en va de même des sujets ayant trait à l'éducation thérapeutique, puisque tous les patients sauf un ont eu un enseignement diététique dans l'année et que tous pratiquent les auto-contrôles. Cette plus-value est retrouvée dans d'autres programmes d'éducation thérapeutiques, plus particulièrement quand un médecin généraliste et une infirmière préalablement formés sont associés. Une étude randomisée d'un programme d'éducation en groupe de ce type, conclut, qu'« alors qu'aucun changement clinique et biologique n'est observé à 1 an, les soignants formés sont capables de négocier avec succès des objectifs atteignables par les patients, et les patients éduqués sont capables de modifier leur comportement d'auto-prise en charge » [20]. Ceci permet d'espérer que les améliorations cliniques et biologiques pourraient suivre. Le temps psychique peut être long avant d'aboutir aux attentes biologiques. C'est dans cette lenteur que s'inscrit le suivi des maladies chroniques par le généraliste.



.../...

[6] HYMAN D. J., PAVLIK V. N., *Self-reported hypertension practice among primary care physicians*, Arch int med, 2000; 160: 2281-2286.

[7] OLIVEIRA S. A. et al, *Physician related barriers to the effective management of uncontrolled hypertension*, Arch int med, 2002; 162: 413-420.

[8] SCHEEN A.J., VAN GAAL L., *Risque cardio-vasculaire absolu et objectifs thérapeutiques chez les patients diabétiques de type 2 : étude multicentrique belge OCAP*, Diabetes Metabolism, 2002; 28, Hors série 1, communication orale IS26.

[9] MOUNIER-VEHIER C. et al, *Prise en charge de l'HTA essentielle et du niveau de risque cardiovasculaire*. Diabetes Metabolism, 2002; 28, Hors série 1, communication orale IS26.

[10] JONCQUEZ C., HANICOTTE B., *La Maison du Diabète : aide et/ou alternative aux réseaux pour la prise en charge en ville du diabétique de type 2*, Diabetes Metabolism, 2002; 28, Hors série 1, communication orale IS38.

[11] VARROUD-VIAL M. et al, *Des écarts significatifs persistent entre le traitement des patients atteints de diabète de type 2 et les Recommandations de Pratique Clinique*, Diabetes Metabolism, 2002; 28, Hors série 1, communication orale IS24.

[12] FENDER P. et al, *Vers un meilleur suivi de diabétiques de type 2 : l'impact du programme de l'assurance maladie*, Diabetes Metabolism, 2002; 28, Hors série 1, communication orale IS24.

[13] CHIOLÉRO A. et al, *L'observance thérapeutique, un élément clé de la prise en charge de l'hypertension artérielle*, Revue Médicale de la Suisse Romande, 2002; 122: 237-240.

[14] SPAHNI D., *Comment les médecins de premier recours genevois réfèrent-ils leurs patients en 2001 ?*, Médecin et hygiène, 2002; 60: 768-72.

.../...



...

[15] BMJ, 1997; 314 : 1711.

[16] Guidelines subcommittee. World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. *Journal of hypertension*, 1999; 17: 151-183.

[17] D'IVERNOIS Y., Le diagnostic éducatif, DIFEP, novembre 2000.

[17] GAGNAYRE R., métacognition, DIFEP, janvier 2001. Cours donnés lors des modules du Diplôme de Formation continue en Education Thérapeutique du Patient, J. Ph. Assal, Université de Genève. (Volée 1999-2002).

[18] DEGIVE C. et al, Soins psychosociaux en médecine : la consultation conjointe, *Cahiers Psychiatriques*, 1997; 22: 13-21.

[19] PHILIPPE J., La maladie cardio-vasculaire : Le danger n°1 pour le diabétique, *Editorial, Med & Hyg*, 11 juin 1997.

[20] MOLLET E. et al, Education en groupe des patients diabétiques de type 2 par des médecins généralistes et des infirmières libérales, *Diabetes Metabolism*, 2002, 28, Hors série 1, communication orale IS26.

[21] Prof. MERCENIER, cours de santé publique aux étudiants de l'Institut de Médecine tropicale d'Anvers, année de diplôme 1995.

[22] American Diabetes Association. Implication of the United Kingdom Prospective Diabetes Study, *Diabetes Care*, 2002, 25, Supplement 1.

[23] AUBERT R. E. et al, Nurse case management to improve glycemic control in diabetic patients in a HMO, *Ann Intern med.*, 1998; 129: 605-612.

Coordination à l'aide de fiches

Ces fiches, à inclure dans le dossier, contiennent un résumé des paramètres biologiques du patient, pertinents pour le suivi de son diabète (FRCV) et une liste des sujets d'enseignement thérapeutiques discutés avec le patient, formulés sous la forme d'objectifs. Il était prévu de prendre un moment entre chaque patient diabétique suivi au cabinet pour discuter des objectifs traités par chacun et décider de la suite à donner à l'enseignement thérapeutique. Il y avait aussi un besoin pour l'infirmière de mieux connaître les antécédents du patient, sa situation psychosociale, ses premières demandes formulées au médecin, en somme son diagnostic éducatif [17]. Or, les informations contenues dans les fiches de suivi étaient essentiellement biologiques et cliniques, et pas sur les 3 autres dimensions du diagnostic d'éducation (socioprofessionnelle, psychologique et cognitive). Les informations qui permettraient de les compléter n'étaient pas accessibles dans le dossier médical, soit qu'elles manquaient, soit qu'elles n'étaient pas lisibles et mal systématisées. Sachant que, dans un cabinet de médecine générale, les moments libres sont immédiatement absorbés par les urgences, nous avons dû constater que nous ne parvenions pas, au milieu de notre activité quotidienne, à trouver le temps et l'énergie de nous coordonner dans nos efforts d'enseignement thérapeutique pour la prise en charge des patients diabétiques suivis au cabinet. Forts de notre expérience passée et réciproque d'un bon fonctionnement interdisciplinaire, nous avons préféré remettre en question notre mode de fonctionnement en duo, plutôt que nos compétences individuelles.

Création d'une consultation commune

Au lieu que ce soit les fiches, c'est la consultation conjointe qui est le lieu de partage de la gestion du traitement ; les objectifs y sont fixés avec le patient et l'activité en éducation thérapeutique des deux soignants coordonnée. Les fiches continuent à être utilisées par le médecin et l'infirmière individuellement avec chaque patient diabétique. En plus, le médecin transcrit avant la consultation les données du dossier médical concernant son diagnostic éducatif (qui il est ? qu'est-ce qu'il a ? qu'est-ce qu'il fait ? qu'est-ce qu'il sait ?) qui seront complétées ou modifiées pendant la consultation. Elle a lieu 1x trimestre, pendant une matinée, permettant de voir 5 patients (soit 20 par année). Après l'accueil du patient et l'explication du but de la consultation conjointe, il lui est demandé de choisir son domaine de priorité sur le tableau illustrant les 4 facteurs qui influencent le diabète (alimentation, activité physique, traitement, émotion). Souvent, l'utilisation de ce support visuel permet de mieux faire émerger les représentations du patient. Puis nous négocions avec lui des objectifs précis constitués de compétences qu'il devrait acquérir (évaluer l'impact d'un type de repas sur une glycémie, programmer de l'activité physique pendant la semaine). Enfin, il choisit avec quel soignant il veut pouvoir travailler telle ou telle compétence séparément lors de sa prochaine consultation.

Conclusion et perspective

Bien que ce projet n'implique qu'un nombre restreint de personnes (un médecin, une infirmière, une réceptionniste), il s'inscrit dans une « institution » faisant partie d'un système de santé. Il répond au principe de pertinence cher à la santé publique, puisqu'il s'adresse à une population dont la qualité du suivi au cabinet est considérée comme très insuffisante et dont l'amélioration pourrait avoir un impact positif sur la prévention, le dépistage et le traitement précoce des complications du diabète. Il concerne un développement durable, puisqu'il s'inscrit dans une structure intégrée, polyvalente et continue des soins de santé primaire [21]. Or, la persistance pourrait être l'ingrédient le plus important ayant conduit au succès thérapeutique démontré par l'UKPDS [22]. Nous espérons que ce travail pourra aider un médecin de premier recours dans sa démarche, s'il souhaite s'associer avec une infirmière pour

améliorer le suivi des patients diabétiques de son cabinet. Non seulement cette démarche a amélioré notre plaisir de travailler, mais la qualité de notre suivi s'est améliorée. L'intérêt pour la constitution de « mini-clinique » pour diabétique au sein de cabinets bien équipés pouvant offrir la possibilité d'un enseignement pour la prise en charge du diabète au quotidien et du dépistage de ses complications est réservée à des praticiens particulièrement motivés en raison de son coût et des besoins de formation qu'elle demande. Mais, il est toujours possible de partager le suivi d'un patient diabétique avec un centre d'enseignement thérapeutique, avec un spécialiste, ou avec une infirmière spécialiste clinique, éventuellement supervisée par un diabétologue [23]. Ainsi pourra s'installer un partenariat entre soignant qui pourrait être la première étape vers le développement d'un travail interdisciplinaire, vécu comme un approfondissement de la connaissance de soi et des autres. ■

IMPLEMENTING PATIENT EDUCATION FOR CHRONIC DISEASES IN PRIMARY CARE.

Authors: S. Jotterand MD; Cl-Lise Ketterer Nurse, Prof. A. Golay.
 Address: Dr Sébastien Jotterand, Médecine générale, rte de Trévelin 38, 1170-Aubonne, Suisse.
 Email sjot@bluewin.ch

<p>OBJECTIVE. 80% of the patients followed in general practice suffer from several chronic diseases.</p>	<p>In most cases, physicians are not able to follow the international guidelines.</p>	<p>Therapeutic education could be an appropriate approach to deal with physicians difficulties when following patients.</p>	<p>Our aim is to integrate therapeutic education into private practice.</p>
<p>METHOD. The primary care physician and the nurse set an interdisciplinary partnership for the diabetic patients follow-up.</p>	<p>Some tasks were attributed to the nurse not only in clinical but also in therapeutic education follow-up.</p>	<p>Example of tasks: clinical monitoring, nutritional advice, blood glucose and blood pressure self-monitoring, foot care.</p>	<p>Thus, the physician was able to focus more on psychosocial issues and medical treatment.</p>
<p>Moreover, in order to work in team, we developed an « all-together consultation » with the patient.</p>	<p>RESULTS. Ten type 2 diabetic patients were followed for three years. The quality criteria for follow-up were improved in 90% of cases.</p>	<p>Blood glucose and blood pressure self-monitoring was performed in every patients and foot examination in >95% of consultations.</p>	<p>The targets for biological values were achieved for most of the patients after three years (HbA1C 7,8+-0,2%).</p>
<p>CONCLUSION. These results show that patient education is very effective in diabetic patients follow-up even in primary care setting.</p>	<p>We encourage the training of physicians in therapeutic education, in order to decrease diabetes complications and health costs.</p>	<p>A trained nurse could help physicians integrate therapeutic education in their practice in a persistent way.</p>	<p><i>Congress of Therapeutic Patient Education 2006: From practice and research to large scale implementation. Dedicated to the contribution of Jean.-Philippe Assal to TPE. Florence, Italy, April 27-30, 2006.</i></p>

GENERAL PRACTICE

PADIO (“PATIENT DIABETES OFFICE”)

Authors and Coordination: Réseau Nord Broye, 1400 Yverdon, Yves Kühne (secrétaire), Christine Sandoz (diététicienne), Laurence Chastelain (infirmière), Dr Sébastien Jotterand.

Introduction: 80% of the patients followed in general practice suffer from several chronic diseases. In most cases, physicians are not able to follow the international guidelines. Therapeutic education could be an appropriate approach to deal with physicians difficulties when following patients. Our aim is to integrate therapeutic education into private practice.

A new design for primary care: In order to obtain long term cost efficient results, we have planned to bring a structural change into the primary setting. We propose the physicians the help of an ambulatory nurse especially trained in therapeutic patient education (“clinical specialist for diabetes”). She would come at the primary care physician’ office. Altogether, they will set an interdisciplinary partnership for the diabetic patient’s follow-up. Some tasks will be attributed to the nurse not only in clinical but also in therapeutic education follow-up (clinical monitoring, nutritional advice, blood glucose and blood pressure self-monitoring, foot care). The physician will be able to focus on psychosocial issues and medical treatment.

Short term targets: We target to reach the biological values for most of the patients (more than 80% of the patient with HbA1c under 8%) and to improve the quality criteria for follow-up (for example, we want glucose self-monitoring to be performed in every patients and foot examination in more than 90% of consultations).

Long term development: The project is centred on the patient and on the most convenient place of the medical system that he can visit after the Pharmacy: the General practitioner office. So it will last as long as the practice of the physician will last and the collaboration with the specialised nurse is possible. She can come from a medico-social centre, an institution or be independent. The system is financially self-sufficient as the physician and the nurse can charge their consultation separately. But there is a need of raising fund for coordination and research.

Evaluation: This collaboration will bring more time for therapy in the primary care practice. This time will be used for therapeutic patient education and clinical and biological follow-up. Thus we make the hypothesis that the clinical recommendation will be more regularly fulfilled. The capacity of the patient and the health care providers to raise common objectives for the treatment of the patient with diabetes could also be evaluated. There will be practice where the nurse and the doctor will work each on their own in a delegation-order model and others where a “small interdisciplinary team” will be created and of course all the pattern of collaboration in between, which will needed to be evaluated.

We are planning to write a publication for the next world congress on Therapeutic Patient Education in 2008 and the World congress for family medicine (Wonca) in Basel in 2009.