

Intégration d'infirmiers au sein de cabinets de médecine générale

> l'opinion des médecins généralistes des Pays de la Loire

L'intégration d'infirmiers au sein de cabinets médicaux pour des missions spécifiques de suivi de certains patients à risque ou atteints de pathologies chroniques est expérimentée depuis plusieurs années, en particulier dans le cadre du protocole ASALÉE (encadré 1). Ce protocole, qui peut concerner les diabétiques de type 2, les patients à risque cardiovasculaire, les fumeurs à risque de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), les personnes âgées, s'étend aujourd'hui dans plusieurs régions, dont les Pays de la Loire.

L'opinion des généralistes par rapport à ces nouveaux modes d'organisation varie notamment en fonction de l'âge et des conditions d'exercice des médecins, mais également selon le type d'actes confiés aux infirmiers, et en fonction des régions. Dans les Pays de la Loire, l'adhésion à ces nouvelles pratiques est nettement plus forte qu'en moyenne en France.

Les enquêtes relatives au parcours de soins montrent que les professionnels de santé libéraux ont de fréquents échanges autour de leurs patients^{[1][2]}, même s'il n'est pas toujours facile d'utiliser le terme juste pour décrire ces échanges qui recouvrent des réalités très diverses. Ainsi, quand doit-on parler de coopération, de coordination, de collaboration, de délégation ou de transfert de tâches ? Comment ces différents termes sont-ils appréhendés par

les professionnels ? Même si ces problèmes sémantiques n'étaient pas abordés directement dans la présente enquête, l'importance des débats actuels autour des coopérations interprofessionnelles nécessiterait de clarifier le sens de ces concepts.

Selon l'IRDES^[3], le renforcement des coopérations entre médecins généralistes et infirmiers libéraux peut être envisagé dans une logique de substitution, ou de diversification.

La logique de substitution fait référence à certaines activités réalisées par les généralistes qui pourraient être mises en œuvre par des infirmiers (actes techniques, examens biométriques...). La logique de diversification renvoie, quant à elle, à une perspective d'extension des services offerts au sein des cabinets médicaux, grâce au développement de nouvelles compétences comme, par exemple, des consultations infirmières dédiées au suivi des maladies chroniques.

2010 - 2012
Pays de la Loire

Panel

en médecine générale

décembre 2014



Encadré 1 > ASALÉE

Lancé en 2004, le projet ASALÉE (Action de santé libérale en équipe) est né dans le département des Deux-Sèvres, à l'initiative de médecins libéraux, et avec le soutien de l'Union régionale des professionnels de santé des médecins libéraux (URPS-ml), dans le cadre des expérimentations en matière de transferts de compétences médecins/infirmiers, conduites suite au rapport Berland¹.

Ce projet repose sur un travail en équipe entre "infirmiers délégués à la santé populationnelle" et médecins généralistes, au sein d'un cabinet médical libéral, dans le but d'améliorer la qualité des soins et d'optimiser la disponibilité des professionnels de santé. Ce protocole de coopération, qui a été validé par la Haute autorité de santé (HAS) en 2011, concerne deux dépistages (troubles cognitifs et BPCO du patient tabagique) et deux suivis de pathologies chroniques (patients diabétiques ou à risque cardiovasculaire),

les personnes incluses dans ce protocole devant correspondre à certains critères d'éligibilité. En particulier, pour le suivi des maladies chroniques, le patient doit être déjà pris en charge par un des médecins du cabinet.

Les actes dérogatoires aux conditions légales d'exercice des infirmiers sont les suivants :

- suivi du patient diabétique de type 2 incluant rédaction et signature de prescriptions des bilans biologiques et ophtalmologiques réguliers, prescription et réalisation des électrocardiogramme (ECG), prescription, réalisation et interprétation des examens des pieds,
- suivi du patient à risque cardiovasculaire incluant prescription et réalisation des ECG,
- suivi du patient tabagique à risque de BPCO, incluant prescription, réalisation et interprétation de la spirométrie,
- consultation de repérage des troubles cognitifs par

réalisation de test mémoire, pour les personnes âgées.

Outre ces activités dérogatoires, les infirmiers réalisent une activité de repérage des patients dans le système d'information du cabinet et de gestion de certains aspects de leurs dossiers médicaux (gestion des rappels pour les bilans par exemple) ainsi que des consultations individuelles d'éducation thérapeutique.

Les infirmiers participant au projet sont salariés de l'association ASALÉE et interviennent dans plusieurs cabinets médicaux.

Le projet s'est déployé initialement dans les Deux-Sèvres, dans trois cabinets médicaux. En 2007, 41 médecins généralistes et 8 infirmiers y participaient. Cette expérimentation a fait l'objet d'une première évaluation médico-économique conduite par l'Irdes, en 2007-2008^[7], une nouvelle évaluation étant en cours. Selon les résultats de la première évaluation, les patients bénéficiant de ce

protocole sont considérés comme "mieux suivis" que ceux du groupe témoin, pour la plupart des indicateurs. Par ailleurs, il n'y a pas de différence de coût significative entre la population témoin et les patients suivis sous ASALÉE, le surcoût de prise en charge (rémunération de l'infirmier...) étant compensé par des recours aux soins moins fréquents.

Dans les Pays de la Loire, l'ARS a lancé un appel à candidatures en juin 2014 pour monter des projets ASALÉE. L'URPS infirmiers libéraux a soutenu la démarche en informant les infirmiers, et a accompagné ceux qui souhaitaient s'inscrire dans ce projet tout en conservant une activité libérale. En novembre 2014, 14 équipes (médecins+infirmiers) étaient engagées dans le processus initié par l'association ASALÉE.

1 - Berland Y. (2003). Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. 58 p.

Les médecins généralistes ont été interrogés fin 2012, dans le cadre du Panel d'observation des conditions d'exercice en médecine générale, par rapport à la création de consultations infirmières au sein des cabinets médicaux, selon des modalités proches de celles du protocole ASALÉE. Trois scénarios leur ont été proposés, le scénario 1 étant formulé de la manière suivante "Admettons qu'une loi de réforme offre la possibilité de rattacher une infirmière à votre cabinet pour quelques permanences dans la

semaine. Celle-ci serait rémunérée par un forfait de l'assurance maladie. Seriez-vous disposé à lui déléguer une ou plusieurs tâches ?". Les deux autres scénarios imputaient la rémunération des infirmiers partiellement (scénario 2) ou totalement (scénario 3) au revenu d'exercice libéral du cabinet médical. Nous avons choisi dans cette publication d'analyser l'opinion des médecins en référence au seul scénario 1, afin d'analyser les "logiques métiers" à modèle économique inchangé.

Un intérêt plus marqué dans les Pays de la Loire que dans les autres régions pour ces nouvelles pratiques

Dans les Pays de la Loire, plus de quatre généralistes sur cinq (82 %) se déclarent "tout à fait favorables", ou "plutôt favorables" à ce mode d'organisation (fig. 1).

Des différences d'opinion marquées selon les régions d'installation des médecins généralistes ont déjà été

observées dans le Panel d'observation des conditions d'exercice en médecine générale, en matière d'attitude vis-à-vis de la vaccination par exemple^[4]. C'est également le cas en matière de coopérations médecins/infirmiers. La proportion de médecins généralistes favorables à la délégation de tâches est ainsi nettement plus élevée dans les Pays de la Loire (82 %) qu'en moyenne en France (60 %), et le contraste avec la région PACA (51 %) est encore plus marqué.

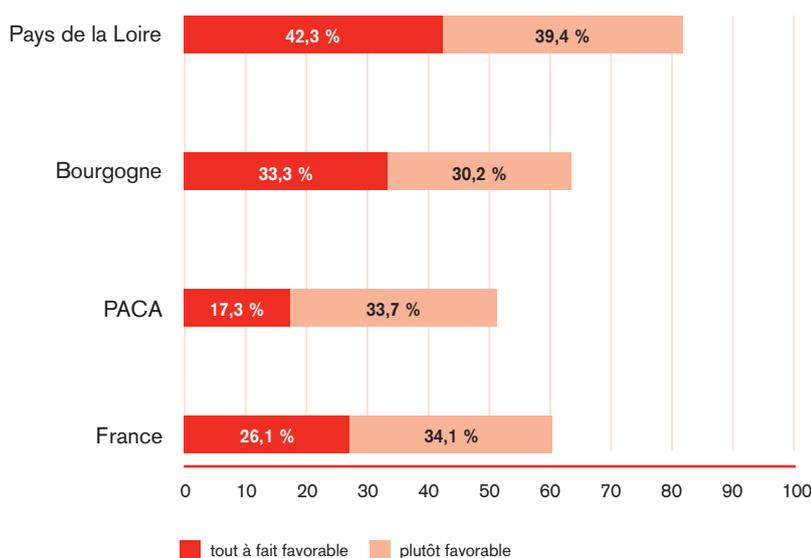
Cet écart entre les Pays de la Loire et la région PACA reflète notamment les caractéristiques de l'offre de soins des deux régions.

En effet, l'adhésion à la délégation de tâches est d'autant plus élevée que le médecin a un volume d'activité important, exerce en groupe, dans une zone de faible densité médicale, ou est âgé de moins de 55 ans^[5]. Or, pour ces quatre déterminants, la situation est plus favorable à la délégation de tâches dans les Pays de la Loire : la densité de généralistes y est inférieure de 37 % par rapport à PACA, la proportion de médecins exerçant en groupe est nettement supérieure (65 % vs 45 %), un médecin sur deux est âgé de moins de 55 ans dans la région (46 % en PACA), et le volume d'activité moyen par praticien est plus important (5 200 vs 4 300 actes en moyenne par praticien et par an en 2012)^[6].

Les contrastes sont encore plus marqués en matière de soins infirmiers. Les infirmiers libéraux sont presque quatre fois plus nombreux en PACA que dans les Pays de la Loire (63 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants, vs 228), et leur activité est beaucoup plus orientée vers les soins d'hygiène (61 % des actes infirmiers en PACA vs 20 % dans les Pays de la Loire)^[6]. Les médecins généralistes de la région PACA collaborent ainsi avec des infirmiers qui pratiquent beaucoup moins fréquemment des actes techniques que ceux des Pays de la Loire, ce qui peut influencer leur opinion sur le rôle des infirmiers, dans une perspective de coopérations étendues.

Une proportion importante des médecins estiment que ces nouvelles formes de coopération apporteraient un supplément de qualité des soins

FIG.1 Proportion de médecins favorables* à déléguer une ou plusieurs tâches à un infirmier rattaché au cabinet pour quelques permanences dans la semaine, rémunéré par un forfait de l'assurance maladie (en %)



* médecins ayant répondu être "tout à fait" ou "plutôt" favorables.

Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (novembre 2012-janvier 2013). ORS et URPS-ml Pays de la Loire, Ministère chargé de la santé - Drees

Les médecins ont également été interrogés sur les avantages et les difficultés de ces nouvelles pratiques. En ce qui concerne les avantages, 76 % des généralistes de la région considèrent que l'intervention d'un infirmier apporterait un supplément de qualité des soins au patient, et 73 % considèrent que cela permettrait d'améliorer le contenu de leur consultation (fig. 2).

L'usage du temps supplémentaire susceptible d'être libéré semble plus discuté. Un praticien sur deux estime que ces nouvelles coopérations sont susceptibles de lui faire gagner du temps, pour des consultations supplémentaires. Ce temps peut aussi être consacré à la formation (66 %)... mais aussi à la vie privée (40 %). Sur ce dernier point, les médecins des Pays de la Loire sont plus sensibles que leurs confrères des autres régions à cette manière d'utiliser ce temps

libre supposé, peut-être en lien avec un volume d'activité plus important.

Les obstacles (fig. 3) les plus souvent mis en avant pour développer ces nouveaux modes d'organisation, parmi ceux qui ont été proposés aux médecins, sont la difficulté à trouver un infirmier disponible (54 % des médecins des Pays de la Loire), des locaux adaptés (50 %), et les problèmes de responsabilité médico-légale (41 %).

Les conséquences économiques de ces transferts d'activité font également partie des difficultés repérées par certains médecins. Bien que la rémunération de l'infirmier soit intégralement

couverte par l'assurance maladie dans le scénario proposé aux médecins, 17 % d'entre eux craignent cependant un manque à gagner.

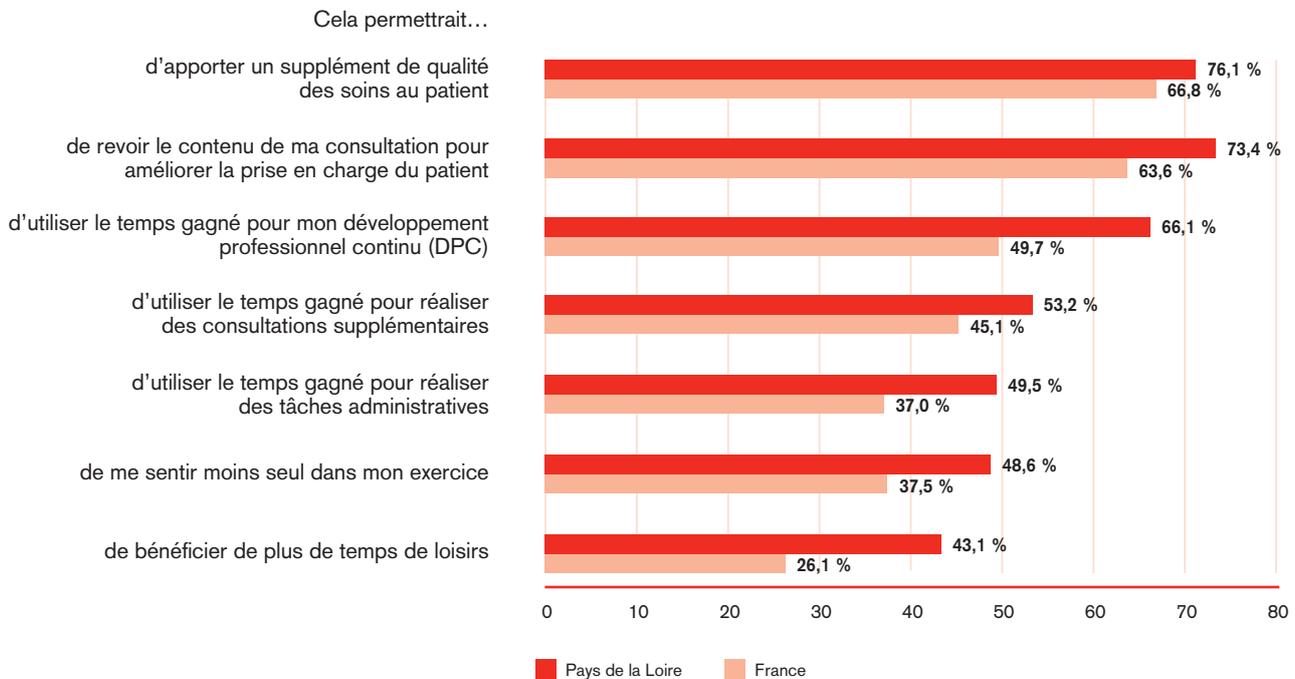
L'opinion des médecins varie fortement selon le type d'actes susceptibles d'être confiés aux infirmiers

Les médecins ont également été interrogés sur le type d'actes susceptibles d'être délégués, la plupart, ne relevant pas, *stricto sensu*, des compétences reconnues aux infirmiers par le Code de la santé publique (encadré 2).

Les médecins "pas du tout favorables" à ces pratiques n'ont pas été sollicités pour cette question (fig. 4).

Parmi l'ensemble des actes proposés, certains sont étroitement associés au déroulement de la consultation elle-même (surveillance de la tension artérielle, test de diagnostic rapide, frottis cervical, interrogatoire du curriculum laboris et sur les habitudes de vie), leur mise en œuvre nécessitant des échanges immédiats entre le médecin et l'infirmier qui pratique l'acte, alors que d'autres s'inscrivent dans une autre temporalité (éducation thérapeutique par exemple).

FIG.2 Proportion de médecins généralistes évoquant les avantages liés à la délégation de tâches parmi la liste proposée - Pays de la Loire, France (en %)



Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (novembre 2012-janvier 2013). ORS et URPS-ml Pays de la Loire, Ministère chargé de la santé - Drees

En matière de pression artérielle, ou de tests de diagnostic rapide la très grande majorité des médecins se déclarent favorables à ces transferts. L'interrogatoire des patients sur leur curriculum laboris ou leurs habitudes de vie, reçoit en revanche une adhésion beaucoup moins importante, avec seulement un médecin sur deux en accord avec cette proposition. Cette réserve exprimée par la moitié des généralistes signe peut-être le refus pour ces praticiens de se projeter dans une organisation dans laquelle ils seraient privés d'un échange direct avec le patient - "l'interrogatoire", l'examen clinique, et leur connaissance du patient, étant à la base de leur diagnostic.

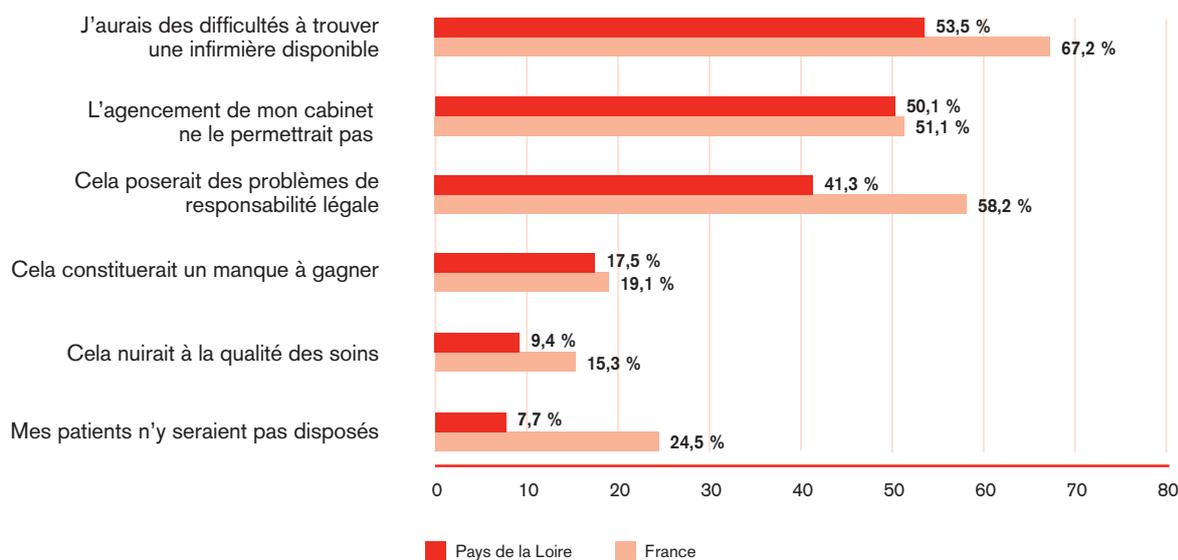
Enfin, la réalisation de frottis cervicaux est, parmi l'ensemble des actes, celui qui reçoit le plus faible score, seulement un quart des généralistes de la région étant favorables à une telle perspective.

Les actes d'éducation thérapeutique, d'éducation nutritionnelle, d'accompagnement des patients lors de l'arrêt de consommation de tabac... ne s'inscrivent pas dans la même temporalité. De manière générale, ces actes reçoivent tous une large adhésion, avec plus de 80 % d'opinions favorables. Ces actes s'inscrivent plutôt dans une logique de diversification des "services" proposés par le

cabinet médical, le temps de la consultation n'étant souvent pas suffisant pour engager un travail en profondeur d'éducation thérapeutique des patients.

En ce qui concerne la prescription du dosage d'hémoglobine glyquée pour un patient diabétique, qui relève traditionnellement du rôle du médecin, un peu plus d'un médecin sur deux serait prêt à ce que cet acte soit réalisé par l'infirmier du cabinet.

FIG.3 Proportion de médecins généralistes évoquant les difficultés liées à la délégation de tâches parmi la liste proposée - Pays de la Loire, France (en %)



Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (novembre 2012-janvier 2013). ORS et URPS-ml Pays de la Loire, Ministère chargé de la santé - Drees

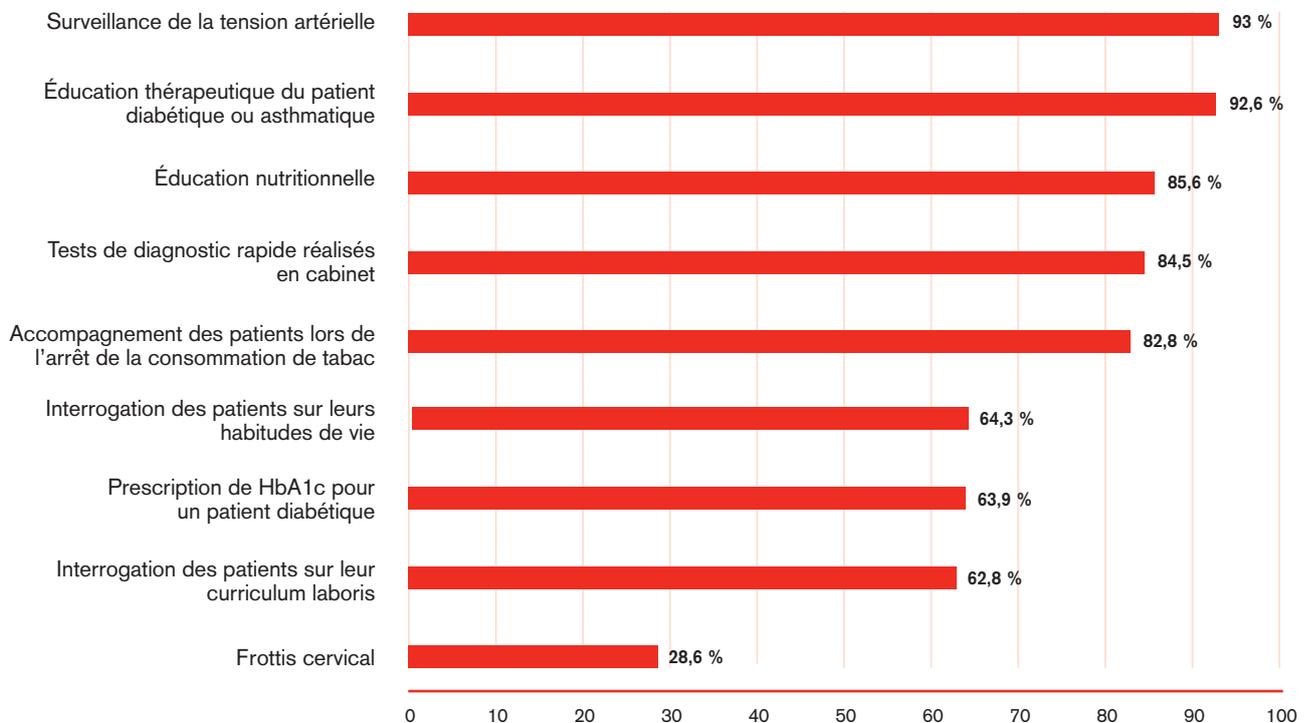
Ces résultats montrent que, face aux nouveaux modes d'organisation pluriprofessionnelle expérimentés au sein des cabinets médicaux, la perception des généralistes est influencée par de nombreux paramètres et comporte une dimension régionale, mais aussi locale particulièrement marquée. A modèle économique inchangé, les caractéristiques de l'offre de soins (âge, exercice en groupe, densité médicale, volume d'activité) influencent fortement l'opinion des généralistes et expliquent

pour partie les différences régionales observées.

Les réalités démographiques et les pratiques étant profondément différentes selon les territoires, ces coopérations sont appelées à se développer en fonction des caractéristiques propres à chacun d'entre eux, leur mise en œuvre étant conditionnée par l'établissement d'une relation de confiance entre professionnels, qui se construit avec le temps.

Par ailleurs, les opinions exprimées sont également dépendantes du type d'actes susceptibles d'être délégués. De ce point de vue, le développement des coopérations doit s'apprécier, non pas de manière globale (être pour ou contre la délégation de tâches), mais dans le cadre de protocoles précis.

FIG.4 Proportion de médecins favorables* à la coopération avec un infirmier, acceptant de déléguer à un infirmier rattaché au cabinet les tâches suivantes - Pays de la Loire (en %)



* parmi les médecins ayant répondu être "tout à fait", "assez" ou "plutôt pas" favorables à déléguer une ou plusieurs tâches à un infirmier rattaché au cabinet pour quelques permanences dans la semaine et rémunéré par un forfait de l'assurance maladie

Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (novembre 2012-janvier 2013). ORS et URPS-ml Pays de la Loire, Ministère chargé de la santé - Drees

Encadré 2 > Cadre réglementaire et compétences infirmières

En France, les actes susceptibles d'être mis en œuvre par des infirmiers font l'objet d'une section particulière du Code de la santé publique^[9]. La loi distingue clairement la liste des actes qui relèvent du rôle propre de l'infirmier, et ceux qui sont pratiqués en application d'une prescription médicale ou d'un protocole écrit spécifique. Le Code de la santé publique est à la fois précis, avec une liste détaillée d'actes, tout en indiquant que les soins infirmiers, "... ont notamment pour objet de protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques... de concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations aux autres professionnels de santé, et

notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions...", ce qui laisse libre cours aux interprétations. (Article R431 1-2, Code de la santé publique).

Sur le plan des pratiques professionnelles, le Code de la santé publique fixe ainsi le cadre réglementaire qui encadre l'exercice infirmier, en secteur libéral ou hospitalier. Mais ces pratiques sont également influencées par l'évolution du contenu de la formation initiale. Depuis 2009, dans le cadre de l'intégration des formations infirmières dans le cycle universitaire (licence, maîtrise, doctorat), un nouveau référentiel métier a vu le jour, qui détermine les compétences et les capacités des infirmiers, notamment en matière de soins éducatifs et préventifs^[9].

Ces différents textes ne sont pas forcément en cohérence avec la réalité des pratiques. Dans le Panel, une liste de 12 actes susceptibles d'être délégués aux infirmiers libéraux a été élaborée. La plupart ne font pas partie, *stricto sensu*, du décret de compétences infirmier, en dehors de la surveillance de la tension artérielle. En milieu hospitalier cependant, les infirmiers sont amenés à recueillir les données relatives à l'histoire de la maladie et aux habitudes de vie du patient, actes qui font partie de la démarche de soins infirmiers.

Dans le secteur ambulatoire, les relations médecins généralistes/infirmiers ne sont pas de même nature qu'en milieu hospitalier, médecins comme infirmiers ayant un statut libéral. L'infirmier libéral est en relation non pas avec une équipe médicale

dont il connaît les membres, comme en milieu hospitalier, mais avec de nombreux interlocuteurs médicaux différents, parfois pour des contacts épisodiques, les prescriptions de soins infirmiers provenant des médecins généralistes (50 %), mais aussi du secteur hospitalier (une sur trois), ou d'autres spécialistes (15 %). La prescription est parfois d'ailleurs le seul mode d'échange entre ces deux professionnels de santé^[2].

L'expérimentation ASALÉE s'intéresse en réalité à un mode de coopération médecin généraliste/infirmier très spécifique, à savoir l'organisation de consultations infirmières au sein du cabinet médical. La problématique des coopérations médecins généralistes/infirmiers en ambulatoire va bien au-delà de ce modèle particulier.

Dans le présent article, nous avons fait le choix de ne pas aborder la question du modèle économique de ces nouveaux modes d'organisation. Cette question est pourtant déterminante ! La création de consultations infirmières au sein des cabinets médicaux génère des charges nouvelles, et est susceptible d'avoir des retentissements sur le niveau d'activité de certains praticiens, comme le montre l'enquête.

Mais cette dimension économique doit aussi s'apprécier en termes de statut de l'infirmier au sein du cabinet médical. L'infirmier conserve-t-il son statut libéral ? Est-il salarié du cabinet (et donc des médecins du cabinet), d'une association (comme dans le modèle ASALÉE), de l'assurance maladie ? De manière générale, les infirmiers choisissent de s'installer en libéral pour disposer d'un statut de "travailleur indépendant", et ne

souhaitent pas forcément intégrer un cabinet médical, dans lequel ils se retrouvent sous la responsabilité d'un médecin, comme dans le modèle hospitalier. Autant de dimensions qui restent à explorer... avec les professionnels concernés !



SOURCE DES DONNÉES

Les données présentées dans ce document ont été recueillies de novembre 2012 à janvier 2013 auprès d'un échantillon représentatif de 336 médecins généralistes (hors mode d'exercice particulier) des Pays de la Loire.

Ces médecins ligériens font partie du Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice qui compte au total près de 2 000 médecins et associe un échantillon national (France métropolitaine) et trois échantillons régionaux (Bourgogne, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur). Chaque médecin est interrogé cinq fois sur la période 2010-2012, au rythme d'une enquête par semestre.

Un nouveau Panel a été constitué en 2013, pour la période 2014-2016, au même rythme que le précédent.

L'anonymat et le respect de la confidentialité des données sont garantis, conformément aux recommandations de la Cnil (Commission nationale de l'informatique et des libertés).

L'ensemble des publications régionales déjà parues, le calendrier des résultats à paraître, ainsi que les questionnaires d'enquêtes sont disponibles sur www.santepaysdelaloire.com et www.urps-ml-paysdelaloire.fr. La présentation générale du Panel et les résultats nationaux peuvent être consultés sur www.drees.sante.gouv.fr

PARTENARIAT ET FINANCEMENT

Le Panel Pays de la Loire est porté par l'Observatoire régional de la santé (ORS) et l'Union régionale des professionnels de santé-médecins libéraux (URPS-ml). Il est mis en œuvre en partenariat avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du Ministère chargé de la santé, et les ORS et URPS-ml des deux autres régions concernées.

Son financement est assuré par l'Agence régionale de santé (ARS) et la Drees.

AUTEURS

Cette étude a été réalisée par François Tuffreau (ORS) et Thomas Hérault (URPS-ml Pays de la Loire), Anne Tallec, Marie-Christine Bournot, Marie-Cécile Goupil (ORS Pays de la Loire).

REMERCIEMENTS

A tous les médecins généralistes libéraux qui, à travers le temps qu'ils consacrent à ce Panel, contribuent à la connaissance des pratiques et des conditions d'exercice des médecins généralistes de la région.

Aux Drs Yves Lequeux, Marie Lugand, Laurent Pons, médecins généralistes, pour leur relecture.

CITATION SUGGÉRÉE

ORS Pays de la Loire, URPS-ml Pays de la Loire. (2014). Intégration d'infirmiers au sein de cabinets de médecine générale : l'opinion des médecins généralistes des Pays de la Loire. n° 10. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. 8 p.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Bournot MC, Goupil MC, Tuffreau F. (2008). Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. *Études et résultats*. Drees. n° 649. 8 p.

[2] ORS Pays de la Loire, URPS-ml Pays de la Loire. (2014). Conditions d'exercice et activité des infirmiers libéraux des Pays de la Loire. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice des infirmiers libéraux des Pays de la Loire. 66 p.

[3] Bourgueil Y. (2010). Les apports des expériences internationales : entre substitution et diversification. *Actualité et dossier en santé publique*. HCSP. n° 70. pp. 30-32.

[4] ORS Pays de la Loire, URPS-ml Pays de la Loire. (2011). Attitudes et pratiques des médecins généralistes vis-à-vis de la vaccination contre la grippe A/H1N1. N° 1. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. 8 p.

[5] Massin S, Paraponaris A, Bernhard M, et al. (2014). Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers. *Études et résultats*. Drees. n° 873. 8 p.

[6] Cnamts. Snir 2012 (Système national interrégimes).

[7] Bourgueil Y, Le Fur P, Mousquès J, et al. (2008). La coopération entre médecins généralistes et infirmières pour le suivi des patients diabétiques de type 2. Évaluation médico-économique de l'expérimentation ASALÉE. *Irdes*. 144 p.

[8] Articles R 4311-1* du Code de la santé publique.

[9] Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville. (2009). Diplôme d'État d'infirmier. Référentiel de compétences. Annexe II. *BO Santé - Protection sociale - Solidarités*. n° 2009/7. pp. 266-274.

L'ORS et l'URPS-ml autorisent l'utilisation et la reproduction des résultats de cette enquête sous réserve de mention des sources.

Cette publication est téléchargeable sur les sites internet www.santepaysdelaloire.com et www.urps-ml-paysdelaloire.fr
ORS - Tél. 02 51 86 05 60 - accueil@orspaysdelaloire.com • URPS-ml - Tél. 02 51 82 23 01 - contact@urps-ml-paysdelaloire.fr

PANEL D'OBSERVATION DREES
des pratiques et des conditions d'exercice ORS
en Médecine Générale URPS Médecins Libéraux

ars
Agence Régionale de Santé
Pays de la Loire

DIRECTION
DE LA RECHERCHE
DES ÉTUDES
DE L'ÉVALUATION
ET DES STATISTIQUES
drees