

# UNION NATIONALE DES CAISSES NATIONALES

## D'ASSURANCE MALADIE

### CONSEIL

Réunion du 4 avril 2014

Point n° III

#### **Objet : Orientations pour la négociation relative aux soins de proximité**

Le conseil de l'UNCAM est appelé à définir ses orientations relatives aux soins de proximité, permettant d'engager la négociation d'accords interprofessionnels avec les représentants des professions médicales et paramédicales concernées et le cas échéant les centres de santé.

#### **A. CONSTATS**

##### ***1- La Stratégie Nationale de Santé tend à renforcer la coordination entre les professionnels de santé et à mieux structurer les soins de proximité***

Le développement de la prévention, la prise en charge d'un nombre croissant de patients souffrant de pathologies chroniques sous l'effet du vieillissement de la population, l'optimisation des parcours de soins, tant du point de vue de la qualité que de l'efficience, sont autant de défis qui nécessitent d'adapter l'organisation du système de soins en améliorant la coordination entre les différents acteurs.

La volonté de mieux structurer les parcours de soins à partir des soins de premier recours, en particulier du médecin traitant, a été énoncée le 23 septembre 2013 par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé lors de sa présentation de la Stratégie Nationale de Santé:

*« La stratégie nationale de santé, c'est une nouvelle organisation des soins. Les professionnels de santé travailleront en équipe autour du médecin traitant. Il sera le pivot du parcours de soins des personnes, en lien avec l'hôpital et les soins spécialisés... lorsque le médecin prendra en charge un patient, il aura la responsabilité et les moyens de garantir un parcours de soins adapté aux différentes étapes de la prise en charge... ».*

La question centrale de la coordination des soins, développée par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM)<sup>1</sup>, a été reprise dans la SNS en distinguant :

---

<sup>1</sup> HCAAM : Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM- Avis adopté à l'unanimité lors de la séance du 22 mars 2012

- la synthèse médicale, qui vaut pour tous les patients et est assurée, par principe, par le médecin traitant,
- la coordination soignante et sociale, qui **ne s'impose que dans les situations les plus complexes** et pourrait être confiée à un autre professionnel.

La structuration des soins de proximité répond à **plusieurs finalités** :

- **renforcer la prévention** au moyen, notamment, de nouveaux services offerts au patient (dépistage, vaccination ; éducation à la santé... ) ;
- **améliorer la prise en charge des pathologies chroniques** : éviter ou retarder l'apparition de complications grâce à un meilleur suivi clinique et para clinique de l'affection ;
- **améliorer l'articulation des soins entre la ville et l'hôpital** :
  - éviter des hospitalisations grâce à une prise en charge efficace en ville,
  - organiser le recours aux soins inopinés et le recours aux services d'urgences,
  - assurer la continuité et l'efficacité des parcours de soins en organisant l'amont et l'aval des hospitalisations.
- permettre de **consolider l'offre de soins et améliorer sa répartition**, notamment dans les territoires en difficulté.

Ainsi, l'amélioration de la qualité des parcours de soins peut s'accompagner d'une meilleure efficacité en privilégiant les modalités de prise en charge les moins lourdes dès lors qu'elles sont adaptées à l'état de santé et aux besoins des patients.

La promotion de nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé et le développement de structures d'exercice interprofessionnelles doivent ainsi permettre d'accroître l'efficacité et la fluidité des parcours.

A titre d'exemple, la littérature scientifique atteste d'un impact conséquent des programmes de suivi en ville des patients porteurs de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) initiés lors d'une hospitalisation : diminution du nombre d'hospitalisations pour exacerbation de l'affection (-33 %<sup>2</sup>) et diminution du nombre d'hospitalisations toutes causes confondues (- 25 %).

Ceci suppose donc de **développer parallèlement les référentiels** validés de prise en charge en intégrant les aspects médico-économiques. Ceci suppose aussi d'évoluer progressivement d'une médecine caractérisée par l'intervention de professionnels parfois non coordonnés à une pratique plus coopérative entre professionnels de santé et de favoriser, plus largement, le décloisonnement des soins entre la ville et l'hôpital ainsi qu'entre les secteurs sanitaire et social.

---

<sup>2</sup> Conséquent en termes de coûts car les exacerbations représentent entre 75% et 90% (selon les études) du coût des hospitalisations. Cf. Simoens and al. « Clinical and economic analysis of antimicrobial therapy of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations », 2006 ; Oostenbrink and al., « Resource use and risk factors in high-cost exacerbations of COPD. », Respiratory Medicine, 2004

Les **modes de rémunération** des professionnels de santé doivent en conséquence continuer de se diversifier en privilégiant les rémunérations forfaitaires afin de favoriser cette évolution, dans le respect des objectifs de l'ONDAM et sur la base d'indicateurs de processus et de résultats.

La mise en œuvre de **systèmes d'information partagés** (comportant des dossiers structurés), le développement d'échanges sécurisés entre professionnels et l'apparition de nouvelles technologies (télémédecine) sont susceptibles de favoriser cette évolution de l'organisation des soins.

## ***2- L'accroissement de la coordination entre professionnels de santé pourrait potentialiser les nombreuses réformes ou expérimentations mises en œuvre sur les dix dernières années***

Plusieurs dispositions conventionnelles ou règlementaires ont visé à mieux organiser les soins de ville pour améliorer l'accès aux soins et la prévention, la prise en charge des pathologies chroniques, l'articulation entre la ville, l'hôpital et le médico-social, ainsi que l'efficacité de notre système de soins.

Ces réformes ou ces expérimentations conduisent à renforcer le cadre institutionnel de la coopération entre professionnels de santé et à favoriser la structuration des soins de proximité. Il s'agit d'amplifier les résultats d'ores et déjà obtenus et de permettre, le cas échéant, l'adaptation des organisations au niveau territorial dans le souci de garantir l'égalité de nos concitoyens sur l'ensemble du territoire national grâce à des résultats de santé plus homogènes définis dans le cadre de la loi de santé publique.

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et la convention médicale de 2005 ont instauré le rôle du médecin traitant : professionnel de premier recours, il favorise la coordination des différents acteurs concernés et oriente son patient vers un médecin correspondant de second recours lorsqu'un avis ou des soins plus spécialisés sont nécessaires. La convention médicale de 2011 a conforté le rôle du médecin traitant en généralisant, via la rémunération sur objectifs de santé publique, des indicateurs de prévention, de suivi des pathologies chroniques, d'efficacité de la prescription et d'informatisation des cabinets.

### **❖ La prévention primaire :**

Les médecins traitants s'assurent, dans le cadre des indicateurs de la rémunération sur objectifs, de l'évolution des dépistages du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus. Ils sont associés au déploiement du dépistage du cancer du côlon et devraient prendre dans ce domaine un rôle plus important à l'occasion du déploiement du nouveau test immunologique en 2014.

Les indicateurs mis en place dans le cadre de la ROSP prévoient de plus un suivi de la vaccination des personnes les plus à risque contre la grippe saisonnière, la délivrance du vaccin par les pharmaciens et la vaccination par les infirmières ayant été autorisées pour les non primo vaccinant. La coordination des soins entre les différents acteurs serait grandement

facilitée dans ce domaine si les retours d'information étaient mieux assurés entre les différents professionnels de santé concernés.

### ❖ L'amélioration de la prise en charge des pathologies chroniques :

Les analyses réalisées par l'assurance maladie dans le cadre des rapport « charges et produits », notamment celui de l'année 2013, ont montré toute l'importance d'améliorer la prise en charges des patients souffrant de pathologies chroniques, notamment les pathologies cardiovasculaires, le diabète et autres facteurs de risque cardiovasculaire (dont hypertension), les pathologies respiratoires (asthme, BPCO...), l'insuffisance rénale chronique, les maladies neuro dégénératives...

Sur ces dernières années, un important effort d'investissement a été initié sur le **diabète**.

Dans le cadre de la convention, puis de la ROSP, les médecins traitants ont été encouragés à faire progresser les principaux moyens de prévention des complications du diabète (suivi du dosage de l'hémoglobine glyquée, prévention des complications oculaires, prescription ajustée de statines et traitement anti-coagulant chez les patients à haut risque cardio vasculaire).

Si les résultats constatés sur ces dernières années montrent une amélioration moyenne continue, il subsiste néanmoins des hétérogénéités de pratiques que l'on constate sur le territoire. Ainsi, l'amélioration des pratiques est notable pour le dosage de l'hémoglobine glyquée<sup>3</sup>. Pour autant, le département qui a le taux le plus faible se situe à 28% (Guyane ; pour la France métropolitaine, Paris avec 38%) et celui qui présente le taux le plus élevé (Loire) à 63%.

De même, sur le volet prévention, les améliorations les plus importantes concernent la prévention des risques d'iatrogénie médicamenteuse mais des disparités persistent. Ainsi, le nombre de prescriptions d'antibiotiques pour 100 patients adultes âgés de 16 à 65 ans sans ALD a baissé de 3% sur l'année 2012 mais la prescription d'antibiotiques reste très élevée dans le Nord et le Limousin. La Corse du Sud est le département qui a le plus diminué ses prescriptions (-9%) tandis que la Guyane connaît l'évolution la plus marquée (+12%).

En particulier, les résultats de prévention des complications oculaires du diabète stagnent du fait des difficultés d'accès aux ophtalmologues, tant du point de vue de la densité médicale que, dans certaines régions, des freins financiers à l'accès au soin.

Un dispositif de dépistage de la rétinopathie diabétique, en coopération avec les ophtalmologistes, est en cours de développement. Ce dispositif va amener l'orthoptiste à réaliser, sur prescription médicale, un cliché du fond d'œil du patient (rétinographie) puis à transmettre les clichés réalisés à un ophtalmologiste « lecteur » qui va pouvoir les interpréter à distance, sans présence du patient.

Dans ce domaine comme dans d'autres, la coordination entre les médecins et les professionnels paramédicaux serait susceptible d'accroître les résultats.

---

<sup>3</sup> Sous le double effet du CAPI et de la ROSP, l'indicateur progresse d'un taux d'atteinte de 40% avant CAPI (mars 2009) à 46% fin 2011 puis 49% fin 2012

Dans de nombreuses pathologies, les **professionnels paramédicaux** jouent en effet un rôle particulièrement crucial. C'est en particulier le cas de la profession infirmière, qui assure dans de nombreuses situations la continuité des soins auprès des patients.

Ainsi, pour assurer la continuité des soins et certaines prises en charge spécifiques (soins palliatifs ; pansements lourds et complexes), les infirmiers libéraux se sont organisés le plus souvent en cabinet de groupe.

Ces professionnels aspirent à améliorer l'organisation du maintien à domicile des personnes dépendantes en favorisant la coordination avec le médecin traitant, ainsi qu'à expérimenter de nouveaux rôles, visant notamment à améliorer la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques (diabète, maladies cardiovasculaires, cancer...).

S'appuyant sur l'expertise d'infirmiers ayant une expérience libérale ou hospitalière, la CNAMTS a lancé en 2008 un **programme d'accompagnement** personnalisé des patients atteints de maladies chroniques : le programme sophia. L'implication des patients dans la gestion des pathologies chroniques est en effet un facteur déterminant de l'évolution de la pathologie et, plus généralement, de leur qualité de vie.

Les personnes faisant le choix de s'inscrire bénéficient d'un accompagnement comportant des conseils et des informations adaptés à leurs situation et habitudes de vie, en relais des recommandations de leur médecin traitant : envoi de documents pédagogiques d'information, mise à disposition d'un site internet dédié, entretiens téléphoniques avec des infirmiers-conseillers en santé spécifiquement formés.

Après une première phase d'expérimentation dans 18 départements, le programme sophia a intégré le champ de la convention médicale de 2011 (articles 18 et 19). Les médecins traitants sont invités à remplir un questionnaire médical pour chaque patient adhérent et sont indemnisés à hauteur d'une consultation (1C) par patient.

Ce service est actuellement proposé dans toute la France aux personnes ayant un diabète<sup>4</sup>. Il a vocation à s'étendre à l'ensemble de régimes d'assurance maladie qui souhaiteront le déployer

Une évaluation en a été réalisée à un an et à trois ans. Elle a montré une amélioration des indicateurs de qualité du suivi<sup>5</sup>, et une réduction de l'évolution des dépenses permettant d'autofinancer, en très grande partie, le programme. Sur la période 2009-2011, les adhérents sophia ont, à caractéristiques égales, des dépenses de soins moins élevées que la population témoin, qu'il s'agisse des dépenses de soins de ville ou d'hospitalisation.

En termes de résultats, l'évaluation à un an a montré une évolution de l'équilibre glycémique (niveau d'HbA1c) légèrement plus favorable dans la population sophia adhérente que dans la population témoin, mais surtout pour les patients les plus déséquilibrés. Cette analyse n'a pu être actualisée à trois ans.

---

<sup>4</sup> 500 000 adhérents actuellement

<sup>5</sup> Les patients ont 20 à 50% de chances supplémentaires de voir leur suivi s'améliorer avec le programme

Les éléments sur les taux de recours à l'hospitalisation pour diabète ou complications du diabète apparaissent encourageants : les patients accompagnés par sophia sont moins souvent hospitalisés pour leur diabète ou une de ses complications (complications cardio-vasculaires, rénales, plaies du pied,...). Il s'agit là d'un résultat important, car l'objectif poursuivi par sophia, en soutenant les patients et en les aidant à mieux prendre en charge leur maladie chronique, est de contribuer à ralentir son aggravation. Les évaluations ultérieures montreront si ces résultats se confirment dans la durée.

En 2014, le programme sophia sera proposé dans 18 départements aux personnes ayant de l'asthme, tandis que, de leur côté les pharmaciens d'officine seront amenés à favoriser le bon usage des dispositifs médicaux de traitement de fond de **l'asthme**.

La LFSS pour 2014 permet la mise en œuvre d'expérimentations portant sur les **parcours de soins des patients** souffrant de pathologies chroniques, en particulier **l'insuffisance rénale chronique**.

L'article 32 de la LFSS pour 2014, modifiant l'article L.162-31-1 du CSS, permet la mise en œuvre d'expérimentations de nouveaux modes d'organisation des soins, dans le cadre de projets pilotes visant à optimiser les parcours de soins des patients souffrant de pathologies chroniques.

Ces projets pilotes pourront concerner un nombre restreint de pathologies, dont la liste est fixée par décret en Conseil d'État, et un nombre restreint de régions dans lesquelles ils sont mis en œuvre. Pour la mise en œuvre de ces projets, il peut être dérogé aux règles habituelles de facturation.

### ❖ **L'amélioration de la coordination entre la ville, l'hôpital et le médico-social**

L'un des volets importants de l'organisation des soins de proximité concerne sans nul doute les processus de soins faisant intervenir les établissements de soins, qu'il s'agisse de l'amont – hospitalisations évitables, consultations des services d'urgence, préparation des opérations chirurgicales programmées - ou encore de l'aval – soins post-opératoires, ré-hospitalisations évitables, soins de suite-.

Le développement de la chirurgie ambulatoire, la réduction de la durée de séjour en établissement, le développement de la télé-médecine, sont autant de facteurs qui conduisent à favoriser une plus forte structuration des soins de proximité.

C'est dans ce contexte que l'assurance maladie a initié une démarche tendant à **favoriser l'organisation de l'aval des opérations chirurgicales** programmées. Le service d'accompagnement du retour à domicile après une hospitalisation (PRADO) permet au patient, lorsque son hospitalisation n'est plus jugée nécessaire par l'équipe médicale, de bénéficier d'une prise en charge à domicile plus organisée.

Il s'agit d'anticiper les besoins du patient et de fluidifier le parcours hôpital-ville. Sur la base d'un protocole de prise en charge validé par la Haute Autorité de Santé (HAS), l'Assurance Maladie organise les rendez-vous avec les professionnels de santé libéraux choisis par le patient et mobilise les aides sociales éventuellement nécessaires pour faciliter le retour à domicile.

Depuis 2010, la CNAMTS a lancé trois programmes d'accompagnement :

➤ Accompagnement des femmes après un accouchement physiologique: déployé sur l'ensemble du territoire depuis juillet 2013, ce programme, bénéficie à 3 femmes sur 10 ayant eu un accouchement par voie basse. Avec plus de 120 000 adhésions depuis 2010, cette offre répond aux attentes des assurées concernées en leur permettant de retrouver leur cadre de vie habituel tout en étant suivies à leur sortie de la maternité. 91% des jeunes mères qui ont bénéficié de ce service se déclarent très satisfaites.

➤ Depuis 2011, un second volet de PRADO permet aux patients qui ont subi une intervention en chirurgie orthopédique de bénéficier d'une prise en charge à domicile dès que leur hospitalisation n'est plus jugée nécessaire par l'équipe médicale. L'objectif est d'optimiser la rééducation post-opératoire en levant les freins qui peuvent exister à une prise en charge à domicile. Après une expérimentation concluante, cette offre est en cours de généralisation sur le territoire au début de l'année 2014.

➤ Enfin, dans le but de diminuer les taux de ré hospitalisation et de mortalité des personnes hospitalisées pour décompensation cardiaque, l'Assurance Maladie accompagne désormais la sortie d'hôpital de ces patients dans le cadre d'une expérimentation consacrée à l'insuffisance cardiaque, en lien avec le médecin traitant.

La CNAMTS, dans le cadre de son rapport de propositions pour l'assurance maladie de juillet 2013, a souligné l'enjeu de mieux accompagner en sortie d'hôpital les patients hospitalisés pour BPCO pour éviter des ré-hospitalisations et de mieux prendre en charge les plaies chroniques qui concernent essentiellement des personnes âgées.

**En amont de l'hôpital**, l'accompagnement de certains traitements médicamenteux, dans l'objectif de prévenir les incidents iatrogéniques, est susceptible de **diminuer le risque d'hospitalisation évitable**.

Dans ce cadre, la convention pharmaceutique a permis la mise en place d'entretiens pharmaceutiques dans le cadre de l'accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques. Cet accompagnement concerne actuellement les patients sous traitement par anti vitamine K. Il doit s'étendre aux patients asthmatiques (cf supra).

**Améliorer l'organisation de la prise en charge des personnes âgées** après une hospitalisation et pour éviter des hospitalisations en urgence est l'objectif du programme PAERPA (personnes âgées en risque de perte d'autonomie) lancé en 2012 par le gouvernement avec une large concertation sur les possibilités d'évolution et d'amélioration de l'offre de soins.

L'article 48 de la LFSS 2013 a créé les conditions d'expérimentation de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser le parcours de santé de ces personnes âgées. Des expérimentations de projets pilote vont débiter dans neuf régions, visant à encourager, la coordination des professionnels sur un même territoire, qu'il s'agisse d'acteurs sanitaires, sociaux ou médico-sociaux et intervenant en ville ou dans les établissements.

Le premier niveau d'organisation consiste en une coordination de proximité autour du médecin traitant, de l'infirmier et du pharmacien. Cette coordination, qui peut s'enrichir d'autres ressources, est structurée selon un plan personnalisé de santé (PPS) initié dès lors que les acteurs du champ sanitaire ou social repèrent une situation de fragilité de la personne âgée. Ce PPS, dont le contenu a été validé par la HAS, formalise le travail des professionnels. Un cadrage des conditions de rémunération du PPS est en cours au niveau du ministère de la santé.

### **❖ La consolidation de l'offre de soins, notamment dans les territoires en difficulté**

Le développement du travail en équipe, avec des maisons de santé ou des pôles de santé pluridisciplinaires, peut contribuer à conforter l'offre de soins dans certaines zones en répondant aux aspirations des jeunes professionnels de santé et en permettant de dégager du temps médical par la mutualisation de certaines activités pour offrir de nouveaux services aux patients, comme le rappelle l'engagement n°5 du Pacte territoire santé annoncé par la Ministre de la Santé en décembre 2012.

L'article 44 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008 a permis de mettre en place des expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) visant à financer de nouveaux services aux patients. Ces expérimentations ont été menées en priorité dans des territoires identifiés comme en difficulté en termes d'offres de soins, notamment pour le module 1 sur la coordination des soins et sur le module 3 sur les coopérations entre professionnels de santé (ASALEE...), et l'évaluation de l'IRDES montre des résultats encourageants (cf infra).

Initialement prévues sur une période de cinq ans (2008-2012), ces expérimentations concernaient toute structure pluridisciplinaire ambulatoire (maisons, centres, pôles et réseaux de santé) ayant formalisé un projet de santé visant à favoriser la continuité et l'accès aux soins et s'engageant à participer à la permanence des soins.

Le contrat signé avec l'ARS précisait les modalités d'allocation de forfaits financiers venant en contrepartie d'améliorations attendues en termes de qualité des soins et d'efficience.

Une première vague d'expérimentations est entrée dans sa phase opérationnelle le 1er janvier 2010 et a concerné plus de quarante sites répartis dans 6 régions. En 2012, ces expérimentations concernaient 19 régions françaises et, en octobre 2013, 147 structures participaient aux expérimentations (111 maisons et pôles de santé<sup>6</sup> et 36 centres de santé).

Quatre modules différents étaient prévus, dont trois seulement ont réellement été mis en œuvre<sup>7</sup>:

---

<sup>6</sup> Mi 2013, 291 maisons et pôles de santé seraient en fonctionnement (Source IRDES- QES n° 189)

<sup>7</sup> Le module 4 devait consister en une rémunération forfaitaire de la prise en charge d'un patient atteint de maladie chronique par une équipe soignante. Ce forfait par patient était appelé à remplacer la totalité des actes et forfaits facturés précédemment par les professionnels de santé pour le traitement de ces patients. Cependant, les exemples étrangers et les questions de faisabilité soulevées ont amené à poursuivre la réflexion autour d'un forfait à la « capitation ajustée » (ajusté à la morbidité) plutôt qu'autour d'un forfait à la pathologie.



- module 1 (missions coordonnées) : le forfait rémunère la coordination au sein des sites expérimentateurs. Versé à la structure (et non directement aux professionnels), il est déterminé en fonction du nombre de patients ayant désigné comme médecin traitant des professionnels exerçant dans la structure et du nombre de médecins généralistes (équivalents temps plein) exerçant dans celle-ci.  
Ce forfait devait être modulé pour partie en fonction de l'atteinte d'objectifs souscrits par convention avec l'ARS et adapté en fonction de la précarité de la patientèle (prise en compte du taux de patients bénéficiaires de la CMUC). Cependant, la modulation des montants des forfaits selon l'atteinte d'objectifs de performance a été abandonnée pour des raisons pratiques<sup>8</sup>.  
En moyenne, ce forfait s'est élevé à 50 000€ par structure de 12 professionnels de santé dont 4 médecins généralistes.
- le module 2 (nouveaux services aux patients) n'avait pas vocation à se limiter à la seule éducation thérapeutique. Des expérimentations concernant la préparation de la sortie d'hospitalisation pouvaient, par exemple, répondre à ce critère C'est également dans ce module que s'est, plus tard, inscrite l'expérimentation ESPREC (cf. annexe) Pour autant, la plupart des structures ayant adhéré à ce module ont bénéficié d'un paiement forfaitaire rémunérant la réalisation d'une éducation thérapeutique (ETP) du patient: le montant de ce forfait est fonction du nombre de séances d'ETP proposées au patient<sup>9</sup>.
- Le module 3 (coopérations entre professionnels de santé) : son objectif était de s'articuler avec l'article 51 de la loi HPST en permettant une rémunération forfaitaire des structures ayant adhéré à un protocole de coopération autorisé par la HAS.

**L'IRDES a réalisé une évaluation de ces expérimentations** en explorant deux hypothèses principales<sup>10</sup> :

***Première hypothèse:** les exercices collectifs interprofessionnels seraient plus attractifs pour les professionnels, et constitueraient un levier pour maintenir une offre de premier recours sur des territoires défavorisés*

Principaux résultats énoncés dans l'évaluation de l'IRDES<sup>11</sup>:

- ✓ les maisons de santé sont majoritairement implantées dans des espaces à dominante rurale, plus fragiles en termes d'offre et sont proportionnellement plus implantées dans ces espaces fragiles que les médecins généralistes exerçant en cabinet individuel;
- ✓ le développement de ces structures semble efficace puisqu'on observe une moindre diminution de la densité des médecins généralistes entre 2008 et 2011 dans ces espaces comparés à ceux du même type mais sans maisons de santé ;

<sup>8</sup> IRDES- Questions d'économie de la santé n° 189 - juillet-août 2013

<sup>9</sup> 300€ pour le diagnostic éducatif et 3 ou 4 ateliers collectifs ; 350€ lorsque le nombre d'ateliers est porté à 5 ou 6. Couvre le diagnostic éducatif initial, la rémunération des PS pour les séances individuelles; l'évaluation individuelle finale avec synthèse écrite ; les frais de fonctionnement et les supports. En sus de ce forfait, un forfait de 1000€ peut être alloué (une seule fois en début de programme) pour l'élaboration et la structuration initiale du programme. Un forfait de formation (1000€ par PS) est possible (sur production de dépense) dans la limite de deux formations par an et par type de programme.

<sup>10</sup> IRDES- Qes n° 189- Juillet-août 2013- -

<sup>11</sup> IRDES- Qes n° 190- septembre 2013

- ✓ dans les espaces à dominante urbaine, la logique d'implantation suggère également une logique de rééquilibrage de l'offre de soins de premiers recours en faveur des espaces périurbains moins dotés ;
- ✓ l'évolution de la densité de médecins généralistes y est plus favorable que dans les espaces sans maisons de santé.

**Seconde hypothèse:** *les exercices collectifs interprofessionnels seraient plus performants en matière de soins et services offerts (qualité, efficacité, équité)*

Un sous-échantillon des sites participant aux ENMR a été comparé à des témoins proches (médecins généralistes exerçant dans la « zone locale témoin») à partir des indicateurs retenus. L'évaluation a porté sur 94 sites (dont 65 maisons ou pôles de santé et 29 centres de santé) et concernée 1,7 millions de patients ayant désigné un médecin traitant.

Principaux résultats énoncés dans l'évaluation de l'IRDES :

- ✓ l'évolution des indicateurs est globalement favorable pour tous (tant pour les sites expérimentateurs que pour les témoins) ;
- ✓ sur certains indicateurs, les maisons et pôles de santé de la vague 1 présentent des améliorations sensibles par rapport aux témoins (dosages de l'HbA1C ; dosage de la créatininémie et de la micro albuminurie chez le patient diabétique ; taux de génériques des statines...) ;
- ✓ ce constat est moins vrai pour les maisons et pôles de la vague 2.

Dans le cadre de la Stratégie nationale de santé, la Ministre a annoncé le lancement d'une troisième vague d'inclusion de 150 nouvelles structures dans l'expérimentation pour l'année 2014 et une relance du protocole ASALEE expérimenté dans le cadre du module 3, module par ailleurs peu activé

Les modalités d'inclusion évoluent afin de conditionner le financement à des critères issus de l'évaluation et de limiter les effets liés à la taille de la structure<sup>12</sup> : les inclusions des 150 nouvelles structures se feront dans un module 1 « bis » aux modalités renouvelées<sup>13</sup>.

Ces expérimentations, prolongées jusqu'au 31/12/2014, doivent être relayées par un dispositif pérenne à définir dans le cadre des négociations des soins de proximité pluri professionnels.

De plus, dans l'objectif de consolider l'offre de soins dans les zones rurales sous dotées la Mutualité Sociale Agricole a initié une expérimentation « Pays de santé » de manière à répondre aux besoins exprimés par les professionnels de santé et les patients dans 2 zones médicalement sous dotées, l'une dans les Ardennes (cantons du Porcien, de Rumigny et

<sup>12</sup> La rémunération du module 1 tient compte de la taille de la patientèle médecin traitant et du nombre d'ETP de professionnels de santé signataires du projet de santé. Le montant ainsi calculé peut être modulé en fonction de la précarité de la patientèle. Ces critères conduisent à mieux rémunérer les plus grosses structures, en général des pôles de santé multi sites. L'évaluation a montré les limites de ce mode de calcul : les structures les mieux rémunérées sont les moins efficacement coordonnées, celles qui ont les résultats les moins convaincants sur la prise en charge et l'accès aux soins

<sup>13</sup> Respect de quelques critères permettant de cibler les structures les plus pertinentes et « bonus » de rémunération aux structures particulièrement matures (coordination plus approfondie et services supplémentaires rendus aux patients).

Signy-l'Abbaye) et en Dordogne (cantons de Bussière-Badil, Nontron et Saint-Pardoux-la Rivière). L'évaluation, en cours de finalisation, semble indiquer que l'allègement de tâches administratives des médecins par la mise en place de services mis à leur disposition entraîne une augmentation de l'activité dans ces zones et permet de lutter contre la désertification médicale.

### ***3- Les outils émergent pour développer et accompagner la coordination des soins et le travail pluri-professionnel***

#### **❖ Les référentiels sur le rôle de chaque acteur**

Un parcours de soins impliquant différents professionnels de santé nécessite, pour être efficient, une coordination garantissant au patient la réalisation du « juste soin au bon moment ». Cette coordination doit pouvoir s'appuyer sur des procédures et des protocoles permettant d'optimiser la prise en charge en précisant notamment, pour chaque affection concernée, le moment d'intervention et le rôle des différents professionnels participant à la prise en charge (qui doit intervenir, quand, comment et dans quel but).

Un certain nombre d'outils commencent à émerger : les référentiels validés par la HAS, notamment dans le cadre des programmes d'accompagnement des patients (prise en charge des insuffisants cardiaques dans le cadre de PRADO, référentiel PPS dans le cadre de PAERPA...) et des protocoles établis par les équipes pluridisciplinaires, notamment la FFMPs. Ces outils nécessitent d'être consolidés et développés dans une perspective médico-économique.

**Dans le cadre de l'article 51 de la loi HPST<sup>14</sup>**, qui a posé le principe général des coopérations entre professionnels de santé, les projets de **protocoles de coopération** sont élaborés par les professionnels de santé qui remplissent un dossier spécifique édité par la HAS. Le ou les actes dérogatoires (au vu des conditions légales d'exercice de chacune des catégories de professionnels concernés) y sont précisément définis, ainsi que la formation nécessaire.

Au 31/12/2012, 19 protocoles de coopération ont été validés par la HAS<sup>15</sup>. Nous n'avons toutefois pas connaissance ni du nombre de ces protocoles réellement mis en place ni du cadre dans lesquels ils sont appliqués (structure hospitalières ou en ville). La mise en œuvre de cette procédure de l'article 51 a suscité de fortes réactions du centre national des professionnels de santé et de certains syndicats de professionnels libéraux quant aux conséquences, mal évaluées, sur les conditions d'exercice de ces professions.

L'article 35 de la LFSS pour 2014 a introduit la nécessité d'accompagner les protocoles soumis à la HAS d'un modèle économique (établi avec l'appui de l'ARS) précisant les modalités de financement et de rémunération des actes et prestations réalisés. Ce modèle

---

<sup>14</sup> Inscrit à l'article L.4011-1 du CSP : « les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs *modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles définis aux articles L. 4011-2 et L. 4011-3.* »

<sup>15</sup> cf. rapport d'activité 2012

économique est soumis à un collège des financeurs (composé de représentants de l'assurance maladie et des ministères concernés-composition précisée dans un futur décret) qui doit émettre, pour chacun des protocoles de coopération transmis par l'ARS, un avis portant sur le modèle économique ainsi que sur l'opportunité d'une prise en charge financière dérogatoire et la durée de celle-ci laquelle ne peut excéder trois ans.

Des **protocoles pluri-professionnels** ont été développés par la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMSP) : à ce jour 7 protocoles pluriprofessionnels sont à disposition et concernent la bronchiolite du nourrisson, l'amélioration de la couverture vaccinale, l'amélioration du suivi et de l'autonomisation du patient dans le diabète de type 2, la gestion quotidienne des traitements par AVK, la prévention des récurrences de la lombalgie commune, la prise en charge des plaies chroniques et des ulcères de jambe, la conduite à tenir devant une découverte fortuite d'une pression artérielle élevée par un professionnel de santé.

### ❖ **Les rémunérations pour accompagner le développement de la coordination**

Conformément aux orientations du conseil de l'UNCAM, la diversification des modes de rémunération des professionnels de santé et notamment des médecins a permis d'accompagner le développement du rôle pivot du médecin traitant et la coopération entre professionnels. La part des rémunérations forfaitaires a ainsi sensiblement progressé, passant de 6,3% des honoraires des médecins généralistes en 2007 à 12,2% en 2013.

Des rémunérations forfaitaires, complétant le paiement à l'acte et valorisant le rôle du **médecin traitant** dans la coordination des soins et le suivi au long cours des patients ont été mises en place<sup>16</sup>. Par ailleurs, une rémunération valorisant la qualité des pratiques a été mise en place, initialement dans un cadre contractuel (contrat d'amélioration des pratiques individuelles- CAPI) puis, en 2011, de manière conventionnelle (rémunération sur objectifs de santé publique-ROSP). Cette rémunération forfaitaire valorise :

- ✓ l'organisation du cabinet et la qualité des services apportés aux patients : informatisation, utilisation de logiciels d'aide à la prescription certifiés, élaboration de dossiers médicaux informatisés et mise à disposition d'une synthèse médicale annuelle par le médecin traitant pour chaque patient ;
- ✓ la qualité des pratiques médicales, comprenant trois volets : suivi des pathologies chroniques, prévention et efficacité des prescriptions

Les indicateurs correspondants sont évalués sur l'ensemble de la patientèle (et non par individu), ce qui permet de valoriser la démarche de santé publique du médecin traitant.

---

<sup>16</sup> Forfait RMT pour le suivi des patients présentant une affection de longue durée et forfait RST pour les patients en suivi post ALD, forfait médecin traitant (FMT), rémunérant les actions de prévention (suivi des vaccinations, actions de dépistage de certains cancers...) et de prise en charge des affections intercurrentes pour les patients ne bénéficiant pas d'une ALD, majoration personnes âgées (MPA) valorisant l'action de l'ensemble des médecins intervenant dans le parcours de soins coordonné pour le suivi des personnes âgées afin de tenir compte de la présence fréquente de comorbidités et de la complexité du suivi des traitements (prévention de l'iatrogénie médicamenteuse).

Au-delà de ces avancées, les partenaires conventionnels ont inscrit dans la convention médicale de 2011 la nécessité de développer la coordination des soins entre professionnels de santé, notamment grâce à des modes d'organisation plus collectifs.

Pour les **infirmiers**, une majoration de coordination infirmière a été instaurée pour permettre de renforcer leur rôle dans la prise en charge de soins complexes comme les soins palliatifs et les pansements complexes.

Concernant les **pharmaciens**, la convention de 2012 a marqué un tournant majeur dans les missions des pharmaciens, en valorisant de nouvelles missions d'accompagnement (AVK, asthme) et en créant des modes de rémunérations diversifiés:

- rémunération sur objectifs de santé publique (volets modernisation de l'officine, qualité et efficacité de la dispensation des médicaments génériques) ;
- honoraire de dispensation dont les conditions de mise en œuvre sont en cours de négociation.

Enfin, les conventions nationales ont permis d'engager des actions destinées à rééquilibrer la **répartition géographique des professionnels de santé**. Les professionnels sont incités, dans ce cadre, à exercer en groupe ou, en cas d'exercice isolé, à assurer la continuité des soins :

- pour les infirmières : mise en place d'un zonage pertinent du territoire, avec incitation à l'installation dans les zones très sous dotées<sup>17</sup> et régulation des conventionnements dans les zones sur dotées ;

- dispositifs analogues mis en place en 2011 et 2012 pour les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes ;

- pour les médecins (secteur 1 et secteur 2 adhérant au CAS ou pratiquant les tarifs opposables dans la zone): engagement à :

- ✓ s'installer ou exercer dans une zone fragile (ou à proximité immédiate),
- ✓ exercer en groupe ou pôles de santé;
- ✓ réaliser au moins 2/3 de leur activité auprès de patients résidant dans la zone
- ✓ assurer la continuité et la permanence des soins (remplacement ou organisation avec un confrère du groupe ou du pôle de santé; PDSA).

En contrepartie le médecin bénéficie d'une aide forfaitaire à l'investissement<sup>18</sup> et d'une aide à l'activité<sup>19</sup>.

### ❖ Les systèmes d'information pour faciliter les échanges entre professionnels de santé

La mise en place du volet organisation du cabinet dans le cadre de la rémunération sur objectifs de santé publique a permis d'accélérer l'équipement des médecins en logiciels de gestion de leurs dossiers patients et en logiciels certifiés par la HAS d'aide à la prescription :

<sup>17</sup> Dans les zones très sous-dotées, engagement à exercer en groupe (ou, en cas d'exercice isolé, à assurer la continuité des soins) et à réaliser plus de 2/3 de son activité dans cette zone. En contrepartie, versement d'une aide forfaitaire de 3 000€ maximum par an et prise en charge de la totalité de ses cotisations sociales dues au titre des allocations familiales

<sup>18</sup> 5 000 €/an pour les médecins exerçant en groupe et 2 500 €/an pour les médecins d'un pôle de santé

<sup>19</sup> 10% des honoraires annuels dans la limite de 20 000 €/an pour les médecins exerçant en groupe ; 5% dans la limite de 10 000 €/an pour les médecins membres d'un pôle de santé

fin 2012, 73% des omnipraticiens ont mis à disposition un justificatif comportant un descriptif de l'équipement permettant la tenue du dossier médical informatisé et la saisie de données cliniques pour le suivi individuel et de la patientèle ; 64% un justificatif témoignant de l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié et 67% un justificatif d'équipement informatique permettant de télétransmettre et d'utiliser les télé services.

Au vu du développement du dossier médical personnel<sup>20</sup>, la Ministre de la Santé a annoncé dans le cadre de la stratégie nationale de santé le souhait de réorienter le DMP vers un outil professionnel au service de la coordination des soins. Des travaux ont été engagés pour améliorer la structuration des informations médicales déposées (référentiels publiés). La messagerie sécurisée est également un outil fortement attendu des professionnels de santé : l'ASIP a développé une messagerie qui est en cours de test depuis juin 2013.

Un cahier des charges du système d'information des maisons et pôles de santé pluri professionnels et des centres de santé polyvalents a été mis en ligne par l'ASIP en décembre 2011. Depuis, un e-label à deux niveaux a été créé (août 2012), décrivant toutes les fonctionnalités nécessaires). Au moins trois éditeurs ont d'ores et déjà été labellisés.

### **3 PROPOSITIONS D'ORIENTATIONS**

L'enjeu est d'améliorer la qualité et l'efficacité de la prise en charge des patients, avec l'intervention adéquate des différents acteurs du secteur sanitaire (articulation ville-hôpital) et social (lien avec les structures médicosociales et les intervenants sociaux), en accompagnant le développement de l'exercice pluri-professionnel de premier recours.

Les négociations qui vont s'ouvrir avec l'ensemble des professionnels de santé concernées devront s'intégrer dans le cadre d'un respect strict de l'ONDAM.

Pour les patients dont la prise en charge et l'état de santé peuvent être améliorés par une action coordonnée multidisciplinaire et une articulation entre les secteurs, les objectifs attendus d'une meilleure coordination des soins sont :

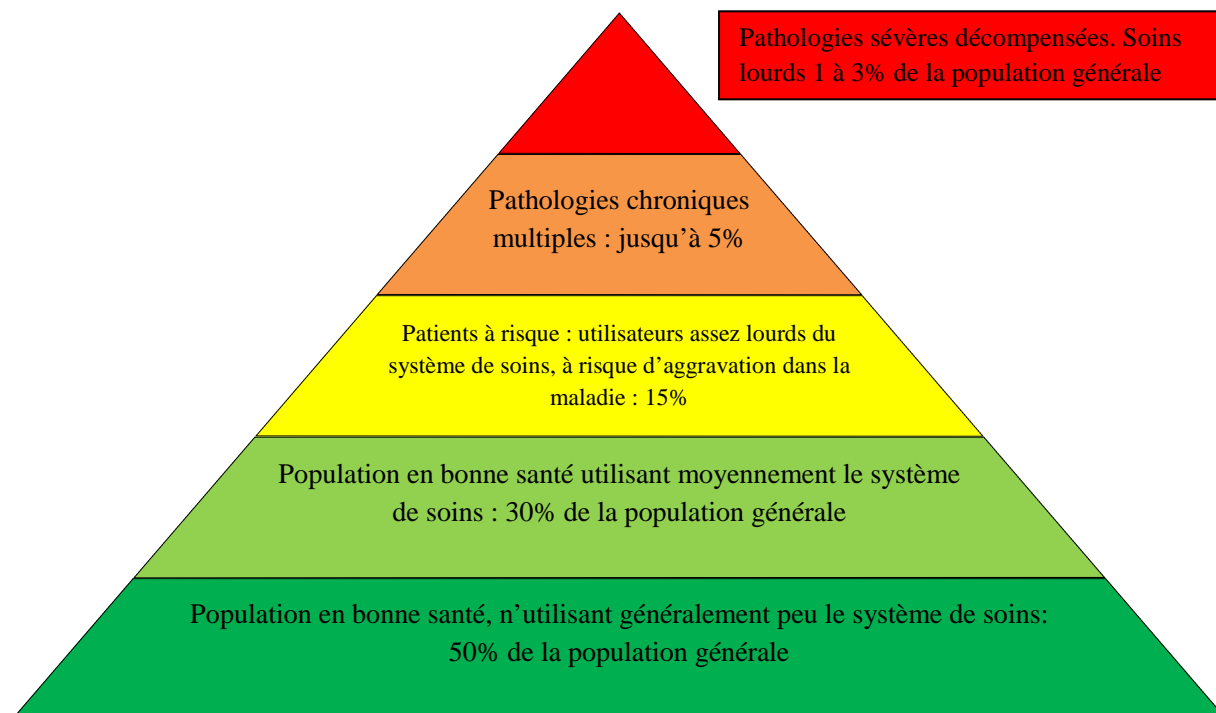
- de renforcer la prévention et la qualité de la prise en charge des patients grâce à de nouveaux services coordonnés (ex: dépistage du cancer, sensibilisation à l'arrêt du tabac, éducation en santé...);
- d'améliorer le suivi et l'évolution des pathologies chroniques (ex: suivi du diabète pour prévention des complications);
- d'améliorer l'articulation entre la ville, l'hôpital et le médico-social afin d'assurer la continuité des parcours. Il s'agit notamment d'éviter des hospitalisations par une prise en charge de qualité en ville (ex: suivi de l'insuffisance cardiaque ou de la BPCO permettant de réduire le taux de ré-hospitalisation, amélioration de la qualité de la chirurgie programmée);

---

<sup>20</sup> 426 701 DMP créés en janvier 2014 dont 211 478 alimentés ; 390 établissements de santé et 5 572 professionnels de santé libéraux impliqués.

- conforter ou stabiliser l'offre de soins de proximité dans les territoires en difficulté en facilitant le travail en équipe des professionnels de santé

Les services offerts dépendront des besoins des patients et s'appuieront notamment sur des référentiels validés par la HAS. La répartition des niveaux de risque dans la population générale a été estimée selon le diagramme suivant :



Ainsi, 20% environ de la population couverte présente des niveaux de risques élevés et 5% nécessite une prise en charge particulièrement lourde. La coordination soignante et sociale aura des objectifs adaptés en fonction du niveau de risque, visant à éviter le passage à un niveau de risque supérieur.

L'objectif est d'inciter au développement de nouveaux services rendus à la population et de veiller à ce que la rémunération se fonde sur les résultats et l'amélioration du service apporté au patient.

## 1. Renforcer la prévention des facteurs de risque

La coordination entre les différents professionnels de santé doit permettre d'améliorer la prévention dans une approche populationnelle. Il s'agit notamment de faire progresser la vaccination contre la grippe des personnes à risques, avec un renforcement de la coordination entre le médecin traitant, l'infirmière et le pharmacien, ainsi que le dépistage des cancers (cancer du sein, colorectal, du col de l'utérus) pour les populations concernées.

Le travail en équipe doit ainsi permettre au médecin traitant de jouer un rôle pivot en sensibilisant sa patientèle au suivi des examens de prévention et à la prévention des facteurs

de risque (notamment tabac) et en mettant en place des relais avec les autres acteurs intervenant dans la prise en charge du patient (médecine du travail, médecine scolaire...).

Ces actions doivent s'appuyer sur la mise en place d'indicateurs susceptibles de mesurer leurs résultats sur l'amélioration de la prise en charge des patients.

## **2. Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques**

L'enjeu est de renforcer la qualité et l'efficacité de la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques (diabète, maladies cardiovasculaires, asthme et maladies respiratoires, cancer...) en veillant notamment à progresser dans le suivi des examens de prévention pour éviter les complications. Les actions engagées en termes de rémunération des professionnels de santé en fonction de l'atteinte des objectifs de santé publique doivent être poursuivies pour réduire l'hétérogénéité des résultats sur le territoire en s'appuyant sur un renforcement de la structuration des équipes de soins de proximité.

Les actions pour améliorer l'éducation à la santé des patients, en lien avec leur médecin traitant, méritent d'être développées : l'articulation entre le programme d'accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques (Sophia) et les équipes de soins de proximité devra être renforcée, notamment dans une perspective inter-régimes, notamment en permettant au médecin de recommander un thème d'accompagnement et d'avoir un retour sur les actions menées ; les protocoles de suivi coordonné et renforcé des patients pourront être développés en veillant à leur efficacité médico-économique.

## **3. Prévenir et gérer les situations de « rupture » dans le parcours de soins ou l'état de santé des patients :**

La coordination pluri professionnelle doit permettre d'améliorer l'efficacité de la prise en charge des patients lors des situations de « rupture » du parcours de soins comme l'hospitalisation pour une chirurgie ou un épisode de décompensation.

Il s'agit en particulier de veiller à améliorer la qualité et l'efficacité des soins délivrés aux patients. Le parcours de soins doit être prioritairement un parcours médical en évitant d'alourdir les tâches administratives des professionnels de santé.

L'amélioration de la coordination ville-hôpital passe par le développement de services d'accompagnement de type PRADO en respectant le libre choix des patients et en s'appuyant sur des engagements contractualisés avec les établissements de santé.

- ***Améliorer l'accompagnement en aval des hospitalisations pour chirurgie ou un épisode ponctuel :***

Parmi les 3,8 millions de personnes qui, sans être atteintes d'une pathologie chronique, ont recours au système de soins pour une hospitalisation ponctuelle, notamment une intervention chirurgicale, il apparaît nécessaire de mieux accompagner le retour à domicile d'une partie d'entre elles, pour faciliter une prise en charge plus efficace ou prévenir des difficultés liées à l'âge.



En particulier, les études réalisées dans les rapports « charge et produits » pour les années 2013 et 2014 ont montré l'intérêt d'améliorer les parcours des patients en aval des opérations courantes de chirurgie afin d'organiser de façon plus pertinente la rééducation des patients en favorisant la rééducation en ville, lorsqu'elle est possible. L'articulation ville-hôpital doit en particulier être développée dans la perspective de favoriser le recours à la chirurgie ambulatoire..

A ce titre, l'assurance maladie s'appuiera sur l'expérimentation menée par la MSA tendant à accompagner les assurés pour favoriser le recours à la chirurgie ambulatoire dans une coordination ville/hôpital.

Encourager le développement de la coordination entre la ville et l'hôpital est ainsi un objectif qui passe par un soutien à des programmes de prise en charge coordonnée de type PRADO ou PAERPA s'appuyant sur des protocoles et des engagements de qualité de prise en charge en ville.

Les épisodes hospitaliers ponctuels concernent 1 248 000 patients de plus de 75 ans<sup>21</sup>, pour un total d'un peu plus de 2 millions de séjours. Ces hospitalisations ponctuelles, lorsqu'elles concernent des patients fragiles (patients très âgés ou porteurs de pathologies chroniques sévères ou multiples) peuvent être à l'origine de décompensations. Elles présentent également des risques de rupture dans la prise en charge, particulièrement préjudiciables aux patients. Des difficultés spécifiques sont souvent liées au retour à domicile de ces patients, qui peut nécessiter une coordination importante également au plan médico-social afin d'éviter des hospitalisations prolongées ou de retarder l'admission en EHPAD.

- ***Prévenir les épisodes de décompensation, notamment des personnes âgées, en améliorant le suivi***

Les affections chroniques présentent des risques importants de décompensation (déséquilibre de la maladie à l'origine d'aggravations soudaines) nécessitant des soins lourds (hospitalisation) et augmentant les taux de morbidité et de mortalité des patients. Pour ces patients, une coordination interprofessionnelle accrue doit permettre de mieux gérer les épisodes critiques comme l'initialisation d'un nouveau traitement. On peut citer par exemple la prévention de la iatrogénie lors de la mise sous anticoagulant AVK par une prise en charge du médecin traitant avec parfois l'appui d'un spécialiste et du pharmacien ; la mise sous insuline est également une phase critique qui peut être mieux prise en charge par une coordination entre médecin et infirmière.

- ***Eviter des ré-hospitalisations en améliorant le suivi après hospitalisation*** (insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire ou rénale, cirrhose décompensée, pathologies mentales, chirurgie du genou...).

La population des insuffisants cardiaques se caractérise par des taux élevés de ré hospitalisation (34 % de ré hospitalisation pour décompensation cardiaque et 112% pour une autre cause dans les 6 mois) et de mortalité à moyen terme (16 % de décès dans les 6 mois

---

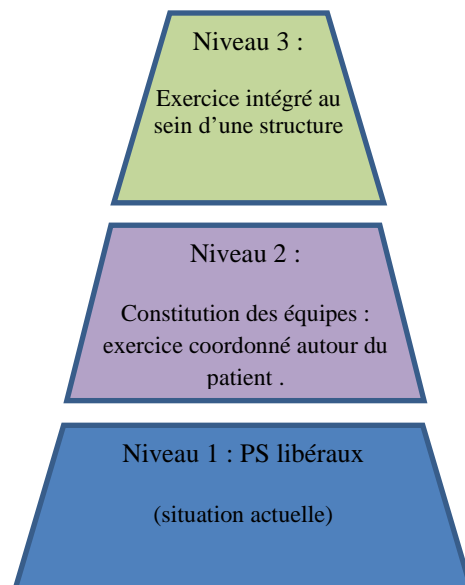
<sup>21</sup> Les motifs les plus fréquents d'hospitalisation ponctuelle programmée au-delà de 75 ans sont représentés par la chirurgie de la cataracte, les chirurgies orthopédiques majeures (hanche ; genou) et les endoscopies digestives. Source CNAMTS-Rapport charges et produits pour 2014

suivant l'hospitalisation). L'enjeu est de diminuer ces taux de ré hospitalisation et de mortalité par une meilleure coordination des acteurs concernés pendant la période à risque suivant l'hospitalisation. Tel est l'objectif du programme PRADO en cours d'expérimentation qui pourrait, après évaluation, être étendu sur le territoire. Une analyse des principaux motifs de ré-hospitalisation doit conduire à élaborer des protocoles et des programmes de prise en charge coordonnée des patients en incitant les professionnels de santé à mettre en œuvre ces actions, en lien avec les établissements de santé.

#### **4. Participer à la structuration des soins de proximité sur le territoire et améliorer l'accès aux soins**

Différentes modalités d'organisation des professionnels de santé sont possibles, plus ou moins intégrées :

- la coordination de professionnels indépendants, qu'ils exercent ou non en groupe, peut se réaliser autour du patient dans le cadre de programmes identifiés (sortie d'hospitalisation ; prise en charge des pathologies chroniques...)
- la constitution d'équipes de soins de proximité ne partageant pas un lieu d'exercice commun mais élaborant ensemble des protocoles de prises en charge de cas complexes peut également être une modalité d'organisation possible ;
- la coordination peut s'exercer dans le cadre de structures formalisées comme les maisons pluridisciplinaires prenant en charge une patientèle, en réunissant les professionnels de santé dans des structures communes. Cette organisation est également celle des centres de santé.



Les patients dont la prise en charge et l'état de santé peuvent être améliorés par une action coordonnée multidisciplinaire et une articulation entre l'hôpital et la ville représentent l'enjeu prioritaire des soins pluri professionnels de proximité : le service rendu au patient pourra être

optimisé dans les cas où une coordination soignante et sociale<sup>22</sup> s'impose, c'est-à-dire dans les situations les plus complexes et pour les situations à risque de dégradation.

Un ou plusieurs accord pluri-professionnels pourront définir les objectifs à atteindre pour ouvrir droit à une rémunération d'équipe en veillant à conserver un rôle d'adaptation dans le cadre d'options conventionnelles pouvant être déclenchées en fonction du territoire, notamment sur le choix d'implantation de ces équipes qui pourrait relever des ARS en cohérence avec les projets régionaux de santé.

L'enjeu est de favoriser, par la structuration de soins de proximité, le juste recours à l'hôpital tant en amont, en évitant les hospitalisations inutiles, qu'en aval, en favorisant une prise en charge de qualité en ville.

L'exercice en équipe doit inciter les professionnels de santé à améliorer l'accès aux soins, notamment en termes de disponibilité horaire (hors PDSA) avec le développement de plages horaires pour les consultations non programmées et en termes d'accessibilité sociale.

Un enjeu particulier d'accessibilité aux soins existe dans les zones présentant des difficultés démographiques ou socio-économiques :

- ✓ En 2011, sur les 1 916 bassins de vie que compte la France métropolitaine, 295 (soit plus de 15%) ont une densité de médecins généralistes inférieure de 30 % à la moyenne<sup>23</sup>.
- ✓ Les travaux récents menés par l'IRDES<sup>24</sup> ont montré le lien fort existant entre précarité et renoncement aux soins, et ce de manière cumulative. L'absence de couverture complémentaire est le principal paramètre qui paraît influencer le taux de renoncement pour raisons financières.

L'évaluation des ENMR réalisée par l'IRDES<sup>25</sup> a validé l'hypothèse selon laquelle les exercices collectifs interprofessionnels seraient plus attractifs pour les professionnels, et constitueraient un levier pour maintenir une offre de premier recours dans des territoires défavorisés.

L'ensemble de ces données incite à favoriser le développement de soins de proximité pluri professionnels dans les zones présentant des difficultés démographiques ou socio-économiques d'accès aux soins.

Les expérimentations des nouveaux modes de rémunération doivent être relayées par un dispositif pérenne financièrement généralisable et qui optimise globalement à cette fin les parts respectives du paiement à l'acte et du forfait.

---

<sup>22</sup> Cf. avis du HCAAM du 22 mars 2012

<sup>23</sup> Cf. annexe 1 au PLFSS 2013 (PQE). Le découpage par bassin de vie a été réalisé par l'INSEE

<sup>24</sup> Cf. Questions d'économie de la santé n°170. 32,6% des individus non couverts déclarent avoir renoncé à des soins en 2010. En supprimant les différences d'âge et de sexe, les bénéficiaires de la CMU-C sont 20,4% à renoncer, quand ceux protégés par une couverture privée sont 14,7%. L'écart des taux standardisés de renoncement aux soins pour raisons financières entre les bénéficiaires de la CMU-C et les bénéficiaires d'une couverture privée est de l'ordre de 5 à 7 points selon les années (5,7 points en 2010).

<sup>25</sup> IRDES- Qes n° 189- Juillet-août 2013-

Pour accéder aux rémunérations conventionnelles, ces structures devront également s'équiper d'outils facilitant **les échanges d'information entre professionnels de santé** pour accompagner l'évolution de leurs modes d'organisation et offrir de nouveaux services aux patients.

Les équipes de soins de proximité, et tout particulièrement le médecin traitant, doivent également disposer, dans des délais rapides, des informations nécessaires à la prise en charge des patients en sortie d'hospitalisation (compte-rendu d'hospitalisation, médicaments prescrits...). Elles doivent en retour formaliser les éléments qu'elles transmettent aux établissements hospitaliers et médico-sociaux afin de faciliter la continuité du parcours de soins.

Différentes pistes peuvent être développées pour favoriser l'évolution du système d'information permettant une gestion partagée et structurée des échanges autour du suivi des patients (messagerie sécurisée, DMP, dossier médical partagé avec des habilitations différenciées et des fonctionnalités adaptées aux différents intervenants, tenue de documents structurés comme le volet médical de synthèse enrichi par les différents intervenants, mise en place d'alerte sur des risques de iatrogénie ou sur la nécessité d'actions de prévention ...).

La rémunération conventionnelle versée aux structures devra enfin être modulée en fonction de l'atteinte d'indicateurs d'efficacité et d'efficience en lien avec les objectifs poursuivis notamment celui d'améliorer l'accès aux soins des personnes les plus démunies et celui de privilégier les zones dans lesquelles la densité des professionnels de santé est faible et s'articuler ainsi avec la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP).

Il s'agit en particulier de veiller à la cohérence des dispositifs financiers et d'éviter le cumul de rémunérations versées pour des objectifs qui seraient similaires.

## ANNEXE 1 : Les expériences étrangères en matière de soins de proximité

### 1- Deux principaux modèles organisationnels, conçus aux États-Unis, sont intimement liés dans leur application pratique en soins primaires.

❖ Le Chronic Care Model (CCM): théorisé à la fin des années 1990<sup>26</sup>, le CCM est le modèle de référence concernant la coordination des soins pour les patients souffrant de maladies chroniques. Il comporte six dimensions clés:

- organisation du système de soins
- utilisation d'un système d'information clinique (SI)
- organisation de l'équipe de soins, des consultations et du mode de suivi
- mise à disposition d'aides à la décision
- utilisation des ressources communautaires
- soutien à l'autonomisation et à l'auto prise en charge des patients.

Il existe des preuves de la pertinence de ce modèle pour améliorer la qualité et les résultats intermédiaires des soins chez les diabétiques. Des arguments sont en faveur d'une réduction des coûts pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque et de diabète déséquilibré. Les meilleurs résultats ont été observés chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque qui sont mieux traités, ont moins souvent recours aux urgences et dont l'hospitalisation est réduite de 35 % par rapport aux contrôles.

❖ Le Modèle de la maison de santé « centrée sur le patient » : Patient-Centered Medical Home (PCMH) : les principes de fonctionnement des PCMH ont été définis par un ensemble de sociétés savantes en 2007<sup>27</sup>.

Ainsi, une PCMH comprend les cinq dimensions suivantes :

- prise en charge globale de l'individu
- démarche centrée sur le patient
- soins coordonnés
- services accessibles
- amélioration de la qualité et de la sécurité

Les trois fondements des PCMH sont constitués par le rôle central des systèmes d'information en santé, un financement adapté et le développement des équipes.

Des dispositifs de labellisation / accréditation en tant que PCMH existent et plusieurs plusieurs organismes délivrent des labels avec des processus et des critères variables. Le plus important de ces organismes est le NCQA (National Committee on Quality Assurance )

Un nombre croissant d'études démontrent l'effet de l'organisation ambulatoire en exercice regroupé de type PCMH sur l'efficacité des prises en charge et la qualité des soins<sup>28</sup>. Il existe

<sup>26</sup> Wagner EH, Austin BT, Von KM. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q* 1996;74(4):511-44.

<sup>27</sup> American College of Physicians , American Academy of Family Physicians , American Academy of Pediatrics and American Osteopathic Association

une étroite parenté entre ces deux modèles et celui des regroupements pluri professionnels (maisons et pôles de santé pluri professionnels, centres de santé).

## **2- Trois modèles types d'organisation des soins primaires sont recensés dans les pays développés<sup>29</sup> :**

- ❖ le « modèle normatif hiérarchisé », dans lequel le système de santé est organisé autour des soins primaires et régulé par l'État (Espagne/Catalogne, Finlande, Suède) : des textes législatifs organisent le système de soins selon les principes et les concepts des soins primaires, préalablement définis. Dans les pays concernés, la loi propose de façon relativement détaillée une définition des soins primaires et la traduit de façon plus précise à travers des services types de soins primaires et des niveaux de dotation précis.
- ❖ le « modèle professionnel hiérarchisé », dans lequel le médecin généraliste est le pivot du système (Australie, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Royaume-Uni) : il ne propose pas de définition ni de modèle complet des soins primaires, bien que les quatre pays qui appartiennent à ce modèle aient en commun d'être organisés autour d'un mécanisme de solidarité universel devant le risque maladie. Dans ces pays, le médecin généraliste a une fonction essentielle de filtre et de pivot du système de soins (fonction de *gatekeeping* attribuée aux médecins généralistes)
- ❖ le « modèle professionnel non hiérarchisé », qui traduit une organisation des soins primaires laissée à l'initiative des acteurs (Allemagne, Canada) : il est caractérisé par l'absence de projet global explicite des soins primaires et par l'absence d'organisation populationnelle et territoriale des soins ambulatoires, notamment au regard du secteur hospitalier. Ces systèmes ont en commun la coexistence d'un système de financement collectif des dépenses de santé et d'une offre de soins privée. Coexistence de modes contrastés d'organisation des soins primaires avec majoritairement une médecine libérale payée à l'acte et des centres de santé, minoritaires, orientés vers des populations défavorisées.

L'évolution et les réformes menées depuis les années 1990 tendent à rapprocher les systèmes de soins primaires. Cette hybridation des modèles caractérise notamment la France dont le système de santé, appartenant initialement au modèle professionnel non hiérarchisé, emprunte désormais des caractéristiques d'organisation similaires aux deux autres modèles

## **3 Des programmes de prévention des ré-hospitalisations sont menés dans plusieurs pays**

- ❖ En Angleterre : chaque personne âgée vulnérable se voit attribuer un référent médical désigné par l'hôpital (médecin ou infirmier) pour tous ses soins, afin d'éviter les réadmissions. Des dispositifs de moindre rémunération des établissements de santé ont été mis en place en cas de séjours trop longs en soins aigus du fait d'un manquement de

---

<sup>28</sup> Patient-Centered Primary Care Collaborative. Benefits of implementing the Primary Care Patient-Centered Medical Home: a review of cost and quality results, 2012. Washington: PCPCC, 2012.  
[http://www.pcpcc.net/files/benefits\\_of\\_implementing\\_the\\_primary\\_care\\_pcmh.pdf](http://www.pcpcc.net/files/benefits_of_implementing_the_primary_care_pcmh.pdf)

<sup>29</sup> IRDES QES n° 141 Avril 2009 Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande

coordination des soins (remboursement au NHS) ou pour certaines réadmissions aux urgences dans les 30 jours.

❖ Aux USA : Medicare et Medicaid ne prennent pas en charge les réadmissions qui auraient pu être évitées et peuvent décider de pénalités de 1 % (3 % à partir de 2015) des paiements pour les hôpitaux qui enregistrent un nombre excessif de réadmissions. Par ailleurs, le bundled payment (forfait pour certaines pathologies, qui inclut les hospitalisations multiples) favorise les non réadmissions.

Un « coach de transition » prépare la sortie des patients : il rentre les données dans le dossier médical électronique, établit une checklist de l'ensemble des interventions nécessaires, rend visite au patient tous les 2 jours durant son séjour à l'hôpital, procède à sa sortie et l'oriente vers la structure retenue ou assure un suivi après son retour à domicile (visites et appels téléphoniques).

❖ En Australie : Une équipe de médecins du Service d'Orientation est chargée de l'évaluation des personnes âgées afin de les orienter vers le modèle de service et la réponse les plus appropriés à leur état de santé. L'objectif est d'éviter les hospitalisations et de favoriser un retour rapide à domicile. Des « Medihotels » existent, visant à assurer la transition entre le secteur des soins aigus et le domicile.