



# Soins de proximité

*Réunion du 10 avril 2014*

## Les orientations du Conseil de l'UNCAM adoptées le 4 avril 2014 s'inscrivent dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé

Le Conseil de l'UNCAM a précisé quatre grands domaines où la coordination interprofessionnelle des soins contribue à améliorer l'efficacité de la prise en charge des patients:

- ✓ **prévention des facteurs de risque;**
- ✓ **prise en charge des pathologies chroniques;**
- ✓ **situations de « rupture » dans le parcours de soins ou l'état de santé des patients;**
- ✓ **accès aux soins et structuration des soins de proximité.**

# 1- Renforcer la prévention des facteurs de risque

La coordination entre professionnels de santé doit permettre d'améliorer la prévention dans une approche populationnelle.

En prévention primaire, plusieurs exemples illustrent la nécessité d'accroître cette coopération :

- ✓ La vaccination contre la grippe des personnes à risques: renforcement de la coordination entre le médecin traitant, l'infirmière et le pharmacien;
- ✓ Le dépistage des cancers (sein, colorectal, col de l'utérus): intervention des médecins généralistes et spécialistes, infirmiers, sages femmes
- ✓ La coordination avec les professionnels des structures non libérales sur l'éducation à la santé (médecine scolaire, centres de santé, centres d'examen de santé, PMI)

## 1- Renforcer la prévention des facteurs de risque : exemple de la vaccination contre la grippe

La grippe saisonnière touche chaque année de 3 à 8 % de la population française.

Les patients de plus de 65 ans représentent 5 à 11 % des cas mais la quasi-totalité (90 %) des 1 500 à 2 000 décès annuels liés à la grippe.

Le critère le plus déterminant\* en faveur de la vaccination est la recommandation du médecin: près de 60 % des personnes ayant reçu une recommandation en faveur de la vaccination se déclaraient prêtes à le faire, contre 11 % en l'absence de recommandation.

L'intervention du médecin est d'autant plus importante pour les personnes qui n'ont pas encore été vaccinées.

Depuis 2008\* les infirmiers sont habilités à pratiquer l'injection du vaccin antigrippal, sans prescription médicale, à l'exception de la première injection et de situations particulières.

\* INSERM, 22/04/2010

\*\* Résultats ROSP 2012  
La santé progresse avec vous

## **1- Renforcer la prévention des facteurs de risque: exemple de la vaccination contre la grippe**

**Les personnes ayant déjà été vaccinées au cours des 3 dernières années reçoivent un bon de prise en charge leur permettant de retirer le vaccin chez le pharmacien et de se faire vacciner par une infirmière sans prescription préalable de leur médecin.**

**18% des patients invités en 2012 ont eu recours à la vaccination infirmière, contre 15% en 2010 et 17% en 2011. Cette augmentation doit être encouragée, en améliorant la coordination : recommandation par le médecin traitant, délivrance par le pharmacien, réalisation par l'IDEL et retour d'information vers le médecin traitant.**

**Les médecins n'ont cependant pas de retour d'information suffisant sur la vaccination infirmière pour leur permettre d'intervenir au cours de la campagne de vaccination**

\* Décret du 29/08/08. L'arrêté du 19/06/11 a précisé la liste des personnes pouvant bénéficier de l'injection du vaccin antigrippal effectuée par l'infirmière sans prescription médicale (>65 ans et patients de tous âges relevant de certaines ALD)

# 1- Renforcer la prévention des facteurs de risque: le dépistage des cancers

Le cancer est la principale cause de mortalité en France (148 000 décès estimés en 2012 et 355 000 nouveaux cas par an) et la principale cause de mortalité prématurée. C'est aussi une des causes des inégalités sociales en termes de mortalité.

On estime à près de 80 000 le nombre de décès évitables\* par des mesures de prévention.

Le troisième plan cancer\*\* recommande ainsi de:

- renforcer la connaissance des principaux facteurs de risque (alcool, tabac, soleil, alimentation...), très inégale et marquée par un gradient social;
- augmenter les taux de participation, aux dépistages organisés, particulièrement parmi les populations les plus défavorisées.

\* La France est à l'antépénultième place en Europe pour la mortalité évitable par cancer chez les femmes

\*\* Lancement du 3<sup>ème</sup> plan cancer couvrant la période 2014-2018 par le Président de la République le 4/12/2012

## 1- Renforcer la prévention des facteurs de risque: exemple du dépistage des cancers

- ✓ la part de patientes de 50 à 74 ans ayant bénéficié d'une mammographie dans les deux dernières années est restée stable (64,8%) et éloignée de l'objectif fixé dans la ROESP (> ou = à 80%);
- ✓ le recours des patientes de 25 à 65 ans au frottis cervico-vaginaux\* a diminué de 2%, alors que le cancer du col de l'utérus touche plus de 2 800 femmes et cause près de 1 000 décès chaque année en France;
- ✓ le taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal était de 29,4% en 2012\*\* (contre 32% en 2011). La mise en place du nouveau test immunologique et l'intervention accrue des médecins traitants sont une opportunité pour inverser la tendance.

\* Ce frottis peut être réalisé par un gynécologue, un médecin généraliste ou une sage femme

\*\*Une réorganisation du circuit de dépistage est en cours : le médecin pourra commander le test immunologique sur Espace pro

## 2- Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques

**En France, 15 millions de personnes présentent au moins une pathologie chronique: diabète, HTA et maladies cardiovasculaires, asthme et pathologies respiratoires...**

**La prise en charge de ces patients doit permettre d'éviter ou retarder l'apparition de complications grâce à un suivi clinique et para clinique adapté, conforme aux données actuelles de la science.**

**Les actions engagées pour améliorer le suivi et l'éducation à la santé de ces patients doivent être poursuivies et renforcées grâce au développement de protocoles de suivi coordonné entre professionnels de santé.**

## 2- Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques: exemple du diabète

La rétinopathie diabétique touche 30 à 40% des patients diabétiques de type 2 (800 000 personnes). En France, elle est la première cause de cécité avant 65 ans\*.

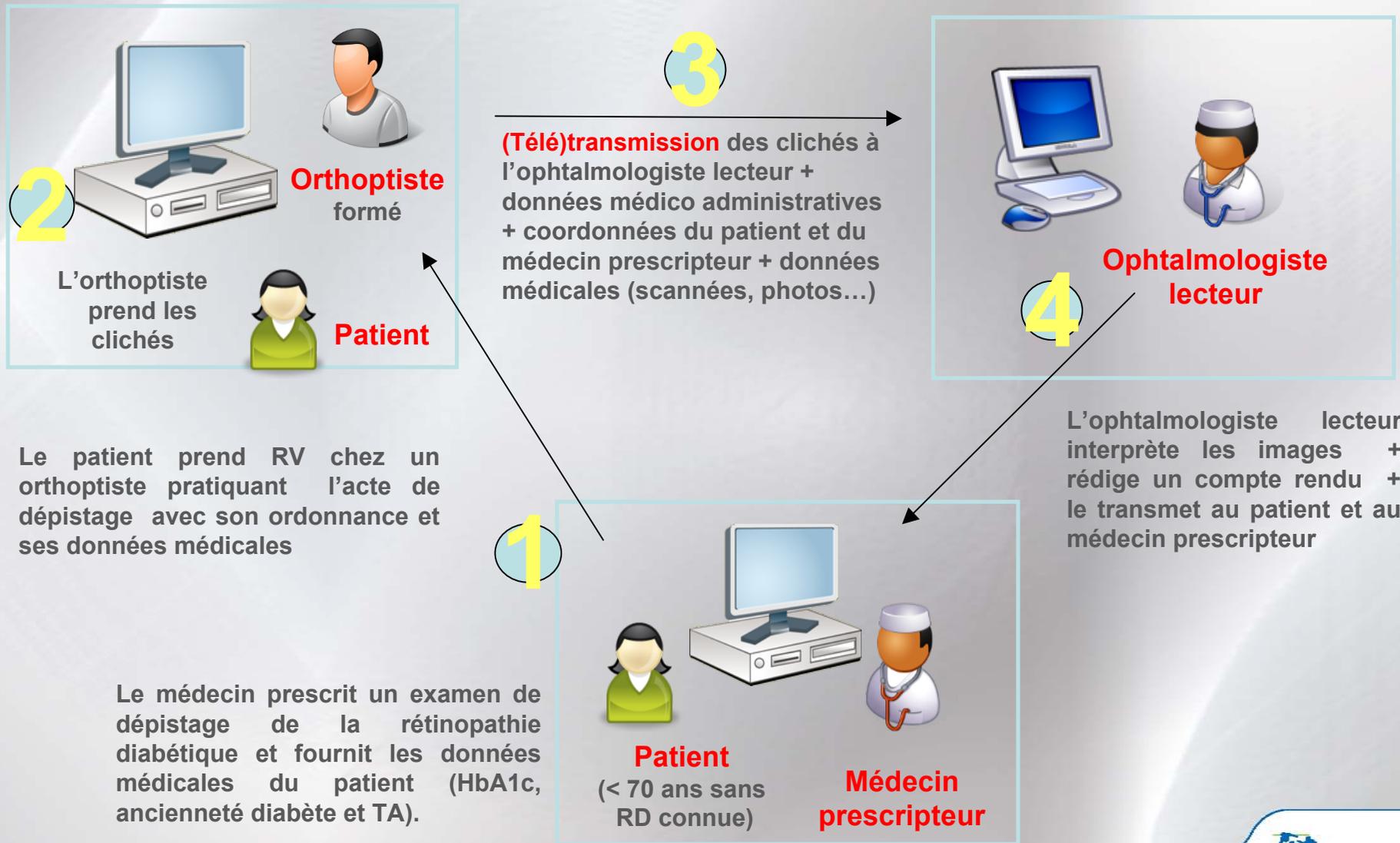
Pour autant, la part des patients diabétiques ayant eu une consultation d'ophtalmologie ou un examen du fond d'oeil dans les deux dernières années était de 61,5% fin 2012 (pour un objectif > ou = à 80%)\*\*.

La difficulté d'accès (démographie des PS, délais) à un ophtalmologiste est l'un des obstacles à l'amélioration de ce taux. L'assurance maladie a inscrit aux nomenclatures les actes nécessaires à une coopération professionnelle permettant de dépasser cette difficulté et d'améliorer le dépistage de la rétinopathie diabétique.

\* ENTRED 2007-2010. L'étude ENTRED 2007-2010 souligne également l'insuffisance de transmission des compte-rendu, transmis par l'ophtalmologiste au médecin généraliste dans 38% des cas ( et au médecin spécialiste dans 51% des cas)

\*\* Résultats ROSP 2012

## 2- Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques: dépistage de la RD en coopération avec lecture différée



## 2- Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques: exemple du diabète

Le mal perforant plantaire: cette lésion du pied peut conduire à l'amputation. Sa présence est rapportée par 9,9 % des personnes diabétiques de type 2 dans l'étude ENTRED (mais par seulement 2,3 % de leurs médecins).

La prévention de ces lésions passe par une gradation du risque et la prescription de soins podologiques.

Deux types de forfaits de prévention (« POD ») sont pris en charge pour les patients diabétiques présentant des pieds à risque: 4 séances/an au grade 2\*; 6 séances/an au grade 3\*\*. En 2012, 155 000 patients ont eu en moyenne 2,6 actes pris en charge (contre 67 000 en 2009) .

Lors de l'apparition d'une plaie, une coordination précoce avec les IDEL est indispensable afin d'éviter complications et hospitalisations.

\* Neuropathie sensitive associée à une artériopathie des membres inférieurs et/ou à une déformation du pied

\*\* Antécédents d'ulcération du pied et/ou amputation de membres inférieurs.

### 3- Prévenir et gérer les situations de rupture dans le parcours de soins du patient

L'amélioration de la coordination ville-hôpital doit permettre d'améliorer l'efficacité de la prise en charge des patients lors des situations à risque de décompensation que représentent les hospitalisations.

**Il s'agit notamment de:**

- *améliorer l'accompagnement en aval des hospitalisations pour chirurgie ou épisode hospitalier ponctuel;*
- *prévenir les décompensations et la iatrogénie médicamenteuse, notamment chez les personnes âgées;*
- *éviter des ré-hospitalisations en améliorant le suivi des maladies chroniques après hospitalisation.*

### **3- Prévenir et gérer les situations de rupture dans le parcours de soins du patient: l'accompagnement de la transition ville/hôpital**

**Depuis 2010, l'assurance maladie a mis en place plusieurs programmes d'accompagnement du retour à domicile permettant au patient qui le souhaite de retourner chez lui lorsque son hospitalisation n'est plus jugée nécessaire par l'équipe médicale, tout en bénéficiant d'une prise en charge à domicile.**

**Sur la base d'un contenu médical validé par la HAS, l'Assurance Maladie favorise la prise de 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.**

### 3- Prévenir et gérer les situations de rupture dans le parcours de soins du patient: l'accompagnement de la transition ville/hôpital

- En matière de chirurgie orthopédique: l'objectif est de favoriser, chaque fois qu'elle est possible, la prise en charge à domicile plutôt que l'hospitalisation en SSR. Plus de 130 000 patients sont potentiellement concernés.
- La sortie d'une hospitalisation pour insuffisance cardiaque vise à diminuer les taux de ré hospitalisation et de mortalité des patients concernés\* grâce à une protocolisation des interventions et à une coordination des professionnels intervenants. 90 000 patients par an pourraient relever d'une telle prise en charge.
- Des travaux sont en cours concernant la prise en charge des plaies chroniques et de la BPCO en ville avec les mêmes objectifs. 80 000 patients pourraient être concernés pour la BPCO et plus de 200 000 pour les plaies chroniques.

\* 60 796 personnes hospitalisées pour décompensation cardiaque sont retournées à domicile en 2010 (régime général). Un tiers d'entre elles (34%) a été ré hospitalisé pour décompensation cardiaque . 16% sont décédés dans les 6 mois suivant l'hospitalisation.

### 3- Prévenir et gérer les situations de rupture dans le parcours de soins du patient: la iatrogénie liée aux AVK

Environ 1 000 000 patients sont traités par anti vitamines K (AVK) en France chaque année (croissance de 50 000/an, soit + 5%). 350 000 traitements sont initiés, dont 120 000 pour une durée < 2 mois.

Les accidents hémorragiques viennent au premier rang des accidents iatrogéniques: 17 300 hospitalisations par an (13% des hospitalisations pour effets indésirables médicamenteux, 20% des hémorragies cérébrales hospitalisées en neurochirurgie) et 4 000 décès.

Plusieurs enquêtes\* ont montré que, même en phase de suivi thérapeutique, seuls 45% des patients ont un INR en zone thérapeutique\*\*. 55% n'ont pas de carnet de suivi et 48% n'ont aucun document indiquant leur traitement. L'indication du traitement est inconnue du biologiste pour 48% des patients.

\* Afssaps 2000 et 2003

\*\* Le plus souvent entre 2 et 3

### 3- Prévenir et gérer les situations de rupture dans le parcours de soins du patient: la iatrogénie liée aux AVK

En début de traitement, l'ANSM\* recommande un contrôle de l'INR tous les 2 à 4 jours jusqu'à stabilisation sur deux contrôles successifs. Or, les délais entre deux examens en phase d'équilibration restent > 6 jours pour la moitié des patients et > 9 jours pour un quart d'entre eux\*\*.

Lorsque le traitement est équilibré, l'INR doit être réalisé au minimum une fois par mois. Une proportion importante de patients ne bénéficie pas d'un tel suivi: sur 7 mois de 2011, 22% des patients ont eu moins de 7 INR (9% moins de 4)\*\*\*.

Ces données pourraient être améliorées par une plus grande coordination entre professionnels (médecin traitant, biologiste, pharmacien). La convention pharmaceutique de 2012 a ainsi prévu la mise en place d'entretiens visant à renforcer l'information du patient afin qu'il s'approprie son traitement et ait une meilleure observance.

\* ANSM- Bon usage des AVK- Juillet 2012;

\*\* HAS- STV Juillet 2008- Prise en charge des surdosages en AVK

\*\*\* Etude DPROD juin 2012

## 4- Participer à la structuration des soins de proximité

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.

Un enjeu particulier existe dans les zones présentant des difficultés démographiques ou socio-économiques.

Un ou plusieurs accord pluri-professionnels pourront définir les objectifs à atteindre, en préservant des possibilités d'adaptations conventionnelles territoriales établies en cohérence avec les projets régionaux de santé des ARS.

Les expérimentations des nouveaux modes de rémunération seront relayées par un dispositif financier pérenne et généralisable optimisant les parts respectives du paiement à l'acte et du forfait.

## 4- Participer à la structuration des soins de proximité

Fin 2013, 111 maisons et pôles de santé et 36 centres de santé participaient aux expérimentations (modules 1).

Dans le cadre de la Stratégie nationale de santé, la Ministre a annoncé pour 2014 le lancement d'une troisième vague d'inclusion de 150 nouvelles structures.

Les modalités d'inclusion ont évolué et conditionnent le financement à des critères relevant des trois dimensions suivantes :

- travail en équipe;
- accès aux soins;
- structuration du système d'information.

## 4- Participer à la structuration des soins de proximité

Quel que soit son mode de structuration, l'exercice en équipe doit permettre d'améliorer l'accès aux soins, notamment en termes de disponibilité horaire et d'accessibilité sociale.

Le système d'information (SI)\* doit évoluer pour permettre une gestion partagée (habilitations différenciées éventuelles) des dossiers des patients: dossier médical structuré, comprenant un volet médical de synthèse; DMP; logiciels métier permettant la mise en place d'alertes (risques de iatrogénie; nécessité d'actions de prévention); usage de messagerie sécurisée ...

L'interopérabilité des SI entre la ville et l'hôpital doit être développée.

\*73% des omnipraticiens ont mis à disposition de l'Assurance maladie un justificatif comportant un descriptif de l'équipement permettant la tenue du dossier médical informatisé et 64% un justificatif témoignant de l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié.