



Soins de proximité

Réunion du 14 mai 2014

Thèmes de discussion

1. Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques (*point II des orientations du conseil de l'UNCAM du 4 avril 2014*):

- ✓ Prévention de la iatrogénie chez les personnes âgées poly médiquées dans le cadre du repérage de la fragilité
- ✓ Prévention de la iatrogénie: prise en charge des patients sous AVK

2. Renforcer la prévention (*point I des orientations du conseil de l'UNCAM du 4 avril 2014*)

- ✓ Vaccination antigrippale
- ✓ Dépistage du cancer colorectal

3. Cadre juridique

La iatrogénie chez les personnes âgées polymédiquées

- En moyenne, près de 7 molécules différentes (classe ATC) délivrées au moins 3 fois dans l'année chez les 75 ans et plus (versus 4 ou 5 entre 60-74 ans)

	Personnes de 75 ans et plus		Échantillon 60-74 ans	
	Moyenne	Médiane	Moyenne	Médiane
Nombre de dates de délivrances en 2010	15,4	15	12,6	13
Nombre de molécules (classe ATC) avec au moins trois dates de délivrances en 2010	6,8	7	4,5	4

Source CNAMTS.

La iatrogénie chez les personnes âgées polymédiquées

Fréquences de certains traitements (au moins 3 délivrances dans l'année)

CLASSES DE MEDICAMENTS	Personnes de 75 ans et + (n = 4 631 236 ind.)		Échantillon 60-74 ans (n = 997 942 ind.)	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Agents Anti-thrombotiques (B01A)	1 827 130	39%	187 363	19%
<i>dont Anti-vitamine K</i>	509 114	11%	37 077	4%
Antihypertenseurs	3 145 228	68%	472 374	47%
<i>dont Diurétiques</i>	1 881 933	41%	237 090	24%
Vasodilatateurs périphériques (C04) et Vasoprotecteurs (C05)	300 830	6%	28 372	3%
Anti-inflammatoires non stéroïdiens (M01A)	755 041	16%	196 506	20%
Anxiolytiques (N05B)	1 004 773	22%	142 312	14%
Hypnotiques et sédatifs (benzodiazépines)	576 716	12%	77 624	8%
Antidépresseurs (N06A)	737 525	16%	106 929	11%
Neuroleptiques (N05A)	150 881	3%	20 780	2%
Thymoregulateur (Lithium)	4 813	0,1%	2 002	0,2%
<i>Champ : Consommateurs du RG (y compris SLM), année 2010</i>				

Source CNAMTS.

La iatrogénie chez les personnes âgées polymédiquées

La prévention de la iatrogénie médicamenteuse, favorisée chez la personne âgée, par la poly médication liée à l'existence fréquente de pathologies ou poly pathologies chroniques, est une action de prévention essentielle : rôle notamment des médecins (MPA depuis 2013, utilisation de l'historique des remboursements...), des pharmaciens (dossier pharmaceutique, projet sur les ordonnances complexes...)

Une attention particulière à ce risque est prévue dans le cadre du repérage de la fragilité et du programme PAERPA en cours d'expérimentation, notamment en utilisant les fonctionnalités du DMP. Dès 2014, une action sera lancée dans 10 départements pour analyser les cas des patients âgés ayant plus de 10 molécules par mois et prendre des mesures pour réduire les risques de iatrogénie

Un enjeu d'articulation entre les professionnels de ville et les EHPAD et les établissements de santé

La iatrogénie liée aux AVK

L'ANSM* souligne l'importance de la coordination des soins entre professionnels chez les patients sous 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)***.

* ANSM- Bon usage des AVK- Juillet 2012;

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

*** Etude DPROD juin 2012

Les recommandations de l'ANSM pour la coordination des patients sous AVK

Lors de la mise en place d'un traitement par AVK tout patient doit recevoir des éléments d'éducation

Surveillance de l'INR au moins une fois par mois

Le biologiste doit connaître l'indication afin de prévenir rapidement le médecin et le patient en cas de résultats en dehors de la zone thérapeutique cible.

La posologie doit être réajustée jusqu'à obtention de l'INR cible

*ANSM- Bon usage des AVK- Juillet 2012

AVK- Les principes de l'accompagnement du pharmacien

La convention pharmacien de 2012 a 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*:

- Le patient désigne le pharmacien de son choix pour assurer l'accompagnement;
- Le patient et le pharmacien signent un formulaire d'adhésion;
- Le pharmacien désigné s'engage à réaliser :
 - ✓ *au moins 2 entretiens pharmaceutiques dans l'année,*
 - ✓ *à contrôler la réalisation par le patient de l'INR à chaque délivrance,*
 - ✓ *à prendre contact avec le prescripteur si nécessaire et avec l'accord du patient.*

* Article 28 : « promouvoir la qualité de la dispensation, la prévention, le dépistage et l'accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques »

AVK- L'entretien pharmaceutique

- Recueil d'informations générales sur le patient.
- Notions générales relatives au traitement par AVK : information du patient sur:
 - *Principes du traitement,*
 - *Principes de la surveillance biologique,*
 - *Importance de la surveillance de l'apparition de signes de surdosage,*
 - *Interactions médicamenteuses,*
 - *Alimentation,*
 - *Nécessité de signaler à tous professionnels de santé la prise d'AVK.*

Bilan au 31/12/2013 : 13 300 officines et 114 000 adhésions.

La prévention

- 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.

Cette coordination peut être encore améliorée, notamment par un retour d'information des IDEL aux médecins pour toute vaccination qu'elles réalisent.

- 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.

* INSERM, 22/04/2010

** Résultats ROSP 2012

Cadre réglementaire

Deux cadres réglementaires sont disponibles pour la conclusion d'accords interprofessionnels :

- **l'Accord cadre interprofessionnel (ACIP) prévu à l'article L.162-1-13 du code de la sécurité sociale**
- **l'Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) prévu à l'article L. 162-14-1 II du code de la sécurité sociale**

ACIP

Accord cadre interprofessionnel (ACIP)

(Prévu à l'article L. 162-1-13 du code de la sécurité sociale)

- Accord conclu entre l'UNCAM et UNPS applicable aux professions suivantes représentées à l'UNPS :

- Médecin, Chirurgien-Dentiste, Sage-Femme, Biologiste responsable, Pharmacien d'officine, Transporteur sanitaire, et auxiliaires médicaux : Infirmière, Masseur-Kinésithérapeute, Orthophoniste, Orthoptiste, Pédicure-podologue, audioprothésiste (12 professions)

Si au moins une organisation syndicale représentative de la profession est signataire application à la profession concernée.

- Possibilité de participation aux négociations et de signature par l'UNOCAM (L. 162-14-3 CSS)

- Rappel : ACIP signé le 15 mai 2012 entre l'UNCAM et l'UNPS puis par :

- 4 syndicats pour les médecins, 1 pour les chirurgiens-dentistes,
- 1 pour les sages-femmes, 1 pour les pharmaciens,
- 1 pour les biologistes, 3 pour les transporteurs sanitaires,
- 3 pour les infirmières, 1 pour les masseurs-kinésithérapeutes,
- 1 pour les orthophonistes, 2 pour les orthoptistes,
- 1 pour les pédicures-podologues, 1 pour les audioprothésistes.

ACIP

- Champ de l'ACIP :
 - Fixation de dispositions communes à l'ensemble des professions entrant dans le champ des conventions nationales
 - Détermination des obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des professionnels de santé exerçant en ville
 - Détermination des mesures visant à :
 - garantir la qualité des soins dispensés,
 - garantir une meilleure coordination des soins,
 - promouvoir des actions de santé publique.
 - Accord cadre national sans déclinaison régionale

ACIP

Les limites identifiées du cadre ACIP :

- L'accord étant signé potentiellement par les 12 professions représentées à l'UNPS et ayant valeur de cadre pour leurs conventions nationales catégorielles respectives doit intéresser l'activité de l'ensemble de ces professions. Il est donc difficile juridiquement de se servir de ce cadre pour mettre en place des dispositifs relatifs à des parcours de soins impliquant uniquement certaines de ces professions.
- l'ACIP ne peut porter que des rémunérations uniformes pour l'ensemble des professionnels de santé signataires. La fixation de rémunérations spécifiques à chaque profession implique une déclinaison dans un ACI ou dans les conventions nationales.

ACIP

La nécessité de définir des dispositions transverses à l'ensemble des 12 professions :

- Au regard du cadre juridique défini par le législateur pour l'ACIP, cet accord pourrait comporter des dispositions applicables à l'ensemble des PS partenaires à l'accord, par exemple sur l'optimisation du parcours en facilitant le lien ville hôpital :
 - définition des conditions de développement et de généralisation des programmes d'accompagnement du retour à domicile,
 - développement de l'implication des PS dans des programmes organisés de prise en charge du patient pour améliorer le parcours de soins
 - accompagnement des outils permettant le partage d'informations entre les PS.

ACI

Accord conventionnel Interprofessionnel (ACI)

(Prévu à l'article L. 162-14-1 II du code de la sécurité sociale)

- Accord conclu entre l'UNCAM et une ou plusieurs organisations représentatives
- Possibilité de participation aux négociations et de signature par l'UNOCAM (L. 162-14-3 CSS)
- Champ des ACI :
 - améliorer l'organisation, la coordination et la continuité des soins ou la prise en charge des patients,
 - déterminer les objectifs et les modalités de mise en œuvre et d'évaluation de dispositifs mis en place *(notamment par la création de réseaux de santé, la promotion du DPC et de dispositifs visant à améliorer la qualité des soins)*.
- Contenu des engagements :
 - engagements et objectifs, notamment de santé publique, de qualité et d'efficience des soins

ACI

- **Modalités de contractualisation :**
 - engagements sous la forme d'un ou plusieurs contrats types
- **Déclinaison régionale possible :**
 - des contrats conformes à ces contrats types peuvent être conclus conjointement par l'agence régionale de santé et un organisme local d'assurance maladie avec des maisons, centres et professionnels de santé intéressés.
- **Modalités de fixation de la rémunération :**
 - « Ces ACI établissent les modalités de calcul d'une rémunération annuelle versée en contrepartie, d'une part, du respect de ces engagements et, d'autre part, du respect des objectifs fixés. Ils précisent les possibilités d'adaptation de ces engagements et objectifs et de modulation des rémunérations prévues, par décision conjointe de l'agence régionale de santé et de l'organisme local d'assurance maladie » .

ACI

Au regard de l'article L. 162-14-1 II CSS les professions suivantes peuvent prétendre participer à la négociation d'ACI (*professions de santé ayant une convention nationale*) :

- **médecins, dentistes, sage femmes, biologistes responsables, pharmaciens d'officine, transporteurs sanitaires, auxiliaires médicaux (infirmières, MK, orthophonistes, orthoptistes, pédicures podologues), centres de santé, opticiens, audioprothésistes, podoprothésistes, orthoprothésistes, ocularistes et épithésistes.**

Soit au maximum 48 syndicats ou fédérations représentatifs.

....

ACI

Application d'un ACI aux PS exerçant au sein d'une structure type maison de santé :

- l'application de l'ACI (et de sa déclinaison régionale) aux maisons de santé en SISA est conditionnée au fait que l'ensemble des professions qui comptent des représentants dans la structure ait validé l'ACI (Composition type d'une MSP : médecins, infirmiers, MK, et autres paramédicaux (pédicures, orthophonistes) et composition type d'un pôle : médecins, infirmiers, pharmaciens, MK, et autres paramédicaux (pédicures, orthophonistes).
- A noter qu'un professionnel de santé non partie à l'ACI peut néanmoins intervenir dans la maison de santé

ACI

La conclusion d'ACI avec les professions de santé potentiellement concernées au sens de l'article L.162-14-1 II CSS peut se faire de manière progressive.

Dans une première étape, un choix des professions concernées par une première négociation peut être fait en fonction des thèmes choisis.

Ex : si un ACI est le vecteur juridique choisi pour la pérennisation des ENMR, choix de retenir les professions présentes dans les maisons de santé (article L.6323-3 CSP : Professionnels médicaux, auxiliaires médicaux, pharmaciens)

Composition type actuelle d'une MSP ou d'un pôle : médecins, infirmiers, MK, et autres paramédicaux (pédicures, orthophonistes) + pharmaciens.

- Centres de santé

.....

Procédure de l'arbitre dans le cadre ACI

La LFSS 2014 a introduit la possibilité de recourir au règlement arbitral avec la désignation d'un arbitre en cas de rupture de la négociation préalable à l'élaboration d'un ACI (II de l'article L. 162-14-1 II).

Procédure de désignation de l'arbitre : avant ouverture des négociations, désignation de l'arbitre « par l'UNCAM et au moins une organisation syndicale représentative des professionnels de santé libéraux concernés » (L. 162-14-2 CSS)

Nécessité d'avoir l'accord d'au moins une organisation syndicale représentative de chacune des professions concernées par l'ACI (très lourd compte tenu du nombre de professions potentiellement concernées).

Procédure de l'arbitre dans le cadre ACI

Dès la date d'ouverture des négociations : dans un délai de 10 jours

- L'UNCAM informe les OSR et les ministres du nom de l'arbitre proposé (R. 162-54-7 CSS).
- Les OSR disposent de 3 jours à compter de la réception de ce courrier pour manifester leur opposition.

Opposition valable si elle est formée par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national, réunissant la majorité des suffrages exprimés aux élections URPS (dans chacun des 3 collèges pour les médecins ; la majorité des suffrages exprimés pour les autres professions), ou réunissant au moins le double des effectifs de professionnels représentés par les organisations signataires (article L. 162-15 CSS).

Si opposition valide ou si aucun arbitre n'est désigné dans un délai de dix jours courant de la date d'ouverture de la négociation : UNCAM saisit le Président du HCAAM qui dispose de 8 jours pour désigner un arbitre.

Règle de signature et conditions de validité des accords

ACIP : application à une profession uniquement si au moins une OSR de cette profession l'a signé

ACI : signature par une ou plusieurs OSR ayant réuni au moins 30 % des SE dans chacun des 3 collèges pour les médecins ou 30% des SE aux élections URPS pour les autres. Pour les professions sans élections URPS, validité si signature par une OSR.