

Les modes d'organisation du secteur ambulatoire : comparaisons et tendances

Dr Yann Bourgueil

Séminaire ARS 27 janvier 2010

**Politiques et organisation des soins primaires : concepts,
outils et pratiques en Europe et aux États-Unis. Quels
enseignements pour la France ?**

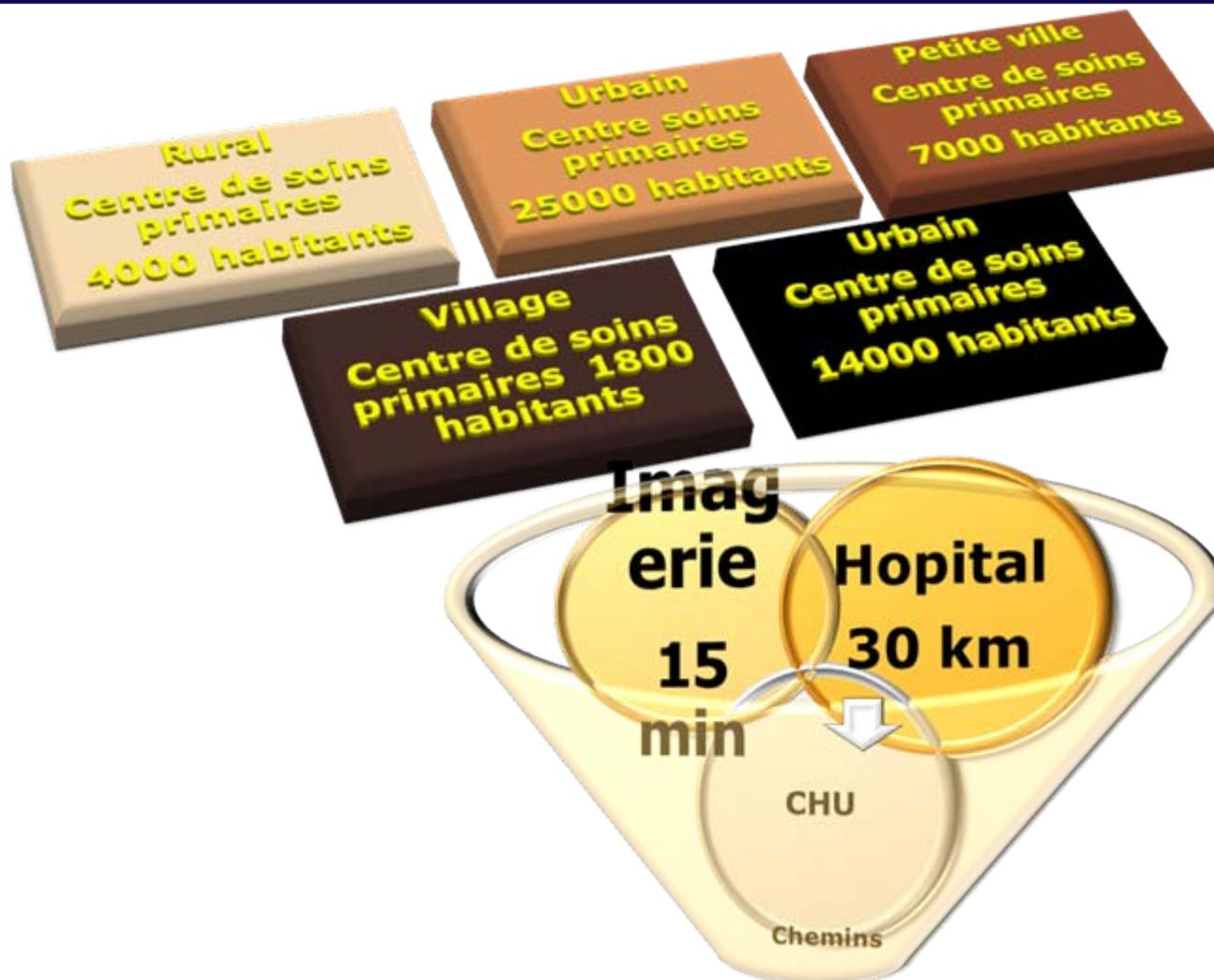
21 octobre 2009 – DREES – IRDES - PROSPERE

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Colloques/Prospere>

Trois modèles types de soins ambulatoires

- Le modèle normatif hiérarchisé : un système organisé autour des soins primaires et régulé par l'Etat, et décentralisé (Espagne/Catalogne, Finlande, Suède)
- Le modèle professionnel hiérarchisé : le médecin généraliste comme pivot du système (Royaume-Uni, Pays-Bas, Australie, Nouvelle-Zélande)
- Le modèle professionnel non hiérarchisé : une organisation des soins primaires à l'initiative des acteurs (Allemagne, Canada)

Modèle normatif hiérarchisé : le système catalan de santé



Modèle normatif hiérarchisé : Système Catalan de Santé

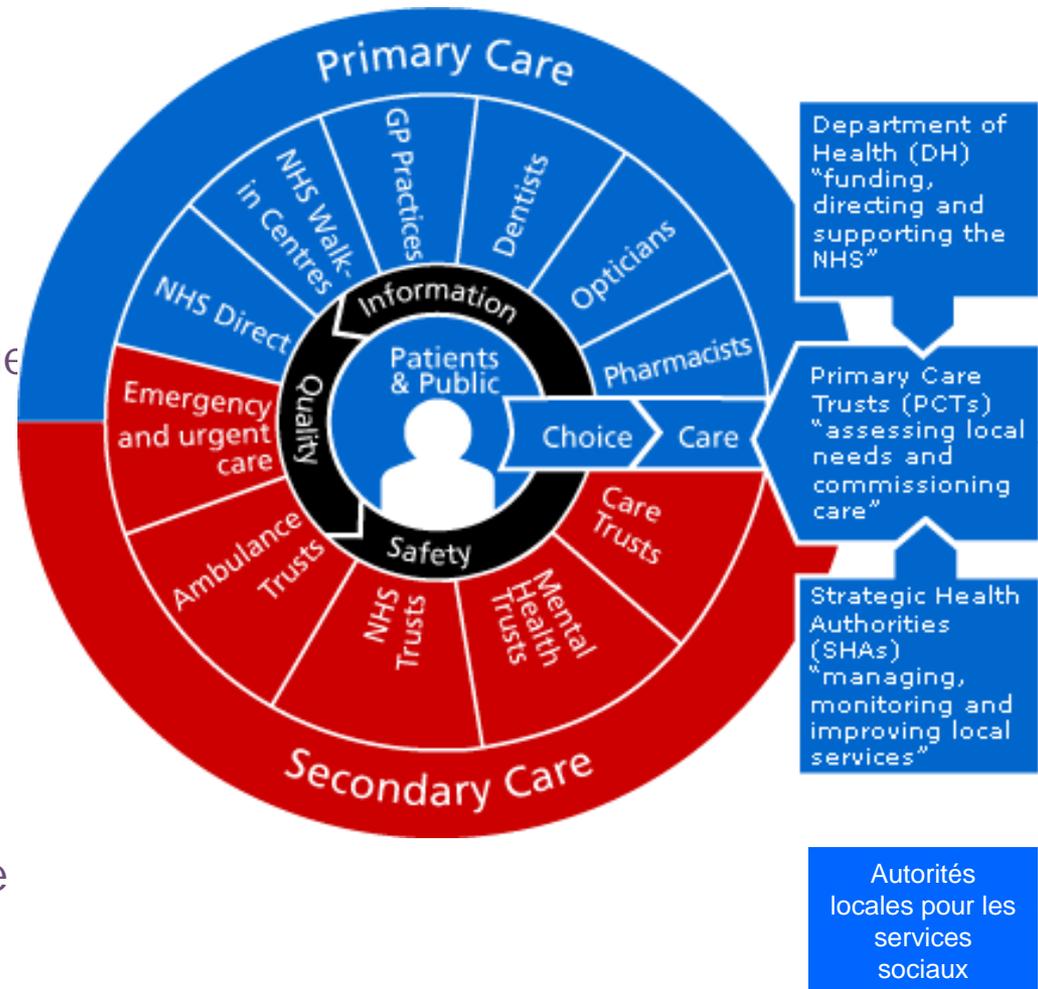
- Gatekeepers
- Equipe multidisciplinaire salariée
 - MG(>15 ans) 1 pour 1750 à 2500 hbts
 - Pediatre 1 pour 1250 à 1 500 hbts <15 ans
 - IDE (1 par médecin)
 - Dentiste (1 pour 11 000 hbts)
 - Travailleur social (1 pour 25 000 hbts)
- Informatisation, P4P, EBM
- Limites : mobilité professionnels, 12 Cs par an par patient, recours aux urgences + + +, défaut d'intégration – leadership ? Pas de participation formelle dans la communauté
- Réorganisation territoriale (7 régions santé, 37 comtés, 349 aires basiques de santé)

Modèle professionnel hiérarchisé : les soins ambulatoires au Royaume-Uni

- Une extension des rôles dévolus au MG depuis 1948
- Organisation et financement des SP par les Primary Care Trust (152 PCTs) avec une allocation des ressources Etat (Trésor/DOH)-Régional-(10 SHAs)-local (152 PCTs) pondérée selon les « besoins »
- Politique incitant au regroupement et le travail en équipe (8433 GPPs) – Investissement dans les structures, incitations au travail en équipe (24 personnes en moyenne, 22% MG Tps plein, 45% infirmières Tps partiel, 22% administratifs)
- La mise en place d'une politique de contractualisation selon la qualité/performance en plus de la capitation (GP contract de 1990 & dépistage/vaccination -> PMS 1998 -> QOF&P4P 2004 – 30% des revenus) Domaines : cliniques (HTA, DNID...), organisationnels (dossier patient..) satisfaction (attente..) domaines spécifiques (grossesse...)

Les soins ambulatoires au Royaume-Uni : soins primaires et secondaires

- Définition des professionnels et des services/structures couvrant les SP: une gamme de soins et services étendue
- Organisation spécifique pour l'urgence
- GP gatekeeper et responsable d'une population au niveau local (liste)
- GPP/PCT, notamment les infirmières, assurent la coordination (sanitaire et social)



Modèle professionnel non hiérarchisé – Allemagne, France

- Nombreux spécialistes et généralistes en ambulatoire, accès directe, pratique solo dominante, paiement à l'acte , plus ou moins assistants des médecins
- Principes organisateurs des soins ambulatoires en France
 - Charte de la médecine libérale 1927
 - Création de l'assurance maladie 1946 universelle en 1999 (CMU) (Assurés/habitants et paritarisme)
 - Réforme Debré en 1958 : CHU et organisation de l'ordre médical (Flexner 1910)
- Offre abondante, en ambulatoire
 - Diverse, concurrentielle, peu hiérarchisée, foisonnement institutionnel

Vers une hybridation des modèles

- Pratiques en équipes/groupes
- Modes de rémunérations mixtes
- Services spécialisés en proximité
- Prendre en charge les patients aux multiples problèmes au long cours
- Rapprochement médical et social
- Place de la technologie de l'information

Des problèmes similaires

- Complexité et « chronicité » des situations cliniques
- Progrès techniques et déplacement de l'hôpital vers l'ambulatoire → Proximité - relation – clinique
- Augmentation des dépenses: enjeu d'équité
- Diminution du nombre de médecins
- Arbitrage différent entre Tps travail et loisir
- Féminisation et choix d'installation
→ contexte de travail et rémunération

L'exemple des programmes de disease management en Allemagne

- Définition nationale des programmes
- Les médecins généralistes jouent un rôle leader
- Coopération avec les spécialistes (ambulatoire et cs hospitalières)
- Les assureurs ont un rôle d'orientation du patient
- Des incitations financières substantielles pour les organismes assureurs actuellement 180/par an et par patient
- Incitation financière pour les cabinets (approx. € 100 par an, par patient pour les tarifs les plus élevés)

Les programmes de disease management en Allemagne

- Actuellement 6 maladies
 - Maladies cardio vasculaires (un module sur l'insuffisance cardiaque)
 - Diabète type I et II
 - Cancer du sein
 - Asthme
 - BPCO
- Participants
 - 5.773.000 patients (Avril 2009)
 - Approx. 6.8% de tous les assurés
 - Plus de 60.000 médecins (MG, spécialistes)
- Des résultats prometteurs

Les USA : ex de la Caroline du Nord

- La Caroline du Nord (NC) historiquement un état pauvre du sud
 - Population 8,970,000
 - 127,000 km²
 - Taux de pauvreté 19% (US 17%)
 - Mortalité infantile 8.6/1000 (US 6.8)
 - 113 hôpitaux, 19,100 médecins
85,000 IDE
 - 8,200 médecins de premiers recours
 - 6 CHU



Medicaid: programme clé pour populations particulières

- Programme fédéral et état pour personnes à bas revenus et certains groupes
- Financement de réseaux de professionnels pour les bénéficiaires
- Infrastructure de l'état pour la formation, le management, la gestion de l'information, l'animation des réseaux, la rémunération des directeurs médicaux, audits, nouveaux projets

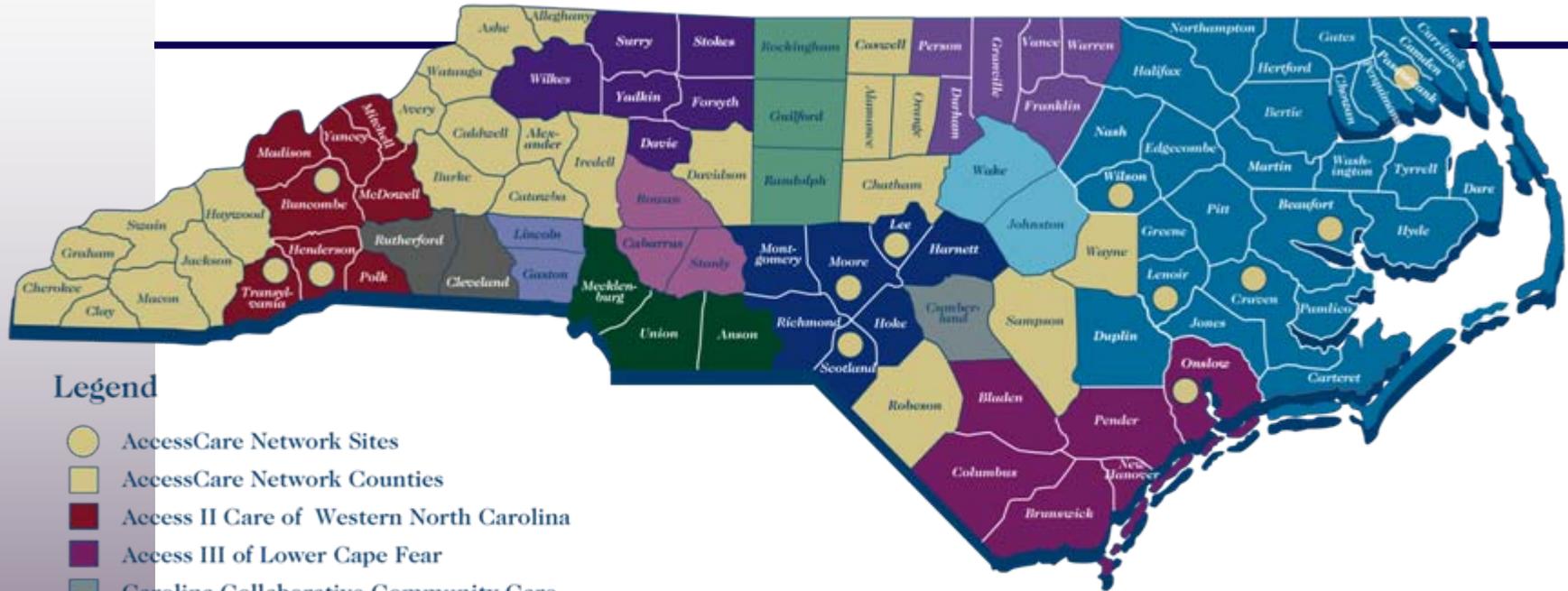
Communautés de soins de Caroline du Nord : éléments clés

Réseaux de praticiens et

- Versement au réseaux par bénéficiaire par mois
 - \$2.50 pour la gestion des cas
 - +\$3.00 pour activités de santé for AFDC
 - *OR*, \$5-\$8 pour les cas les plus lourds
- Le programme doit démontrer son efficience
- 14 réseaux de communauté, 3,500 praticiens au sein de 1,200 pratiques, 913,000 patients inclus.

Community Care of North Carolina

Access II and III Networks



Legend

-  AccessCare Network Sites
-  AccessCare Network Counties
-  Access II Care of Western North Carolina
-  Access III of Lower Cape Fear
-  Carolina Collaborative Community Care
-  Carolina Community Health Partnership
-  Community Care of Wake / Johnston Counties
-  Community Care Partners of Greater Mecklenburg
-  Community Care Plan of Eastern Carolina
-  Community Health Partners
-  Northern Piedmont Community Care
-  Northwest Community Care Network
-  Partnership for Health Management
-  Sandhills Community Care Network
-  Southern Piedmont Community Care Plan

Que fait une communauté de soins (réseau) ?

- Assumer la responsabilité des soins primaires pour les bénéficiaires Medicaid
- Identifier les patients gros consommateurs, contractualiser avec les services (ex urgences)
- Développer et mettre en oeuvre des processus pour gérer le recours aux services de santé et les coûts (ex, services d'urgences, visites de suivi, consommation de médicaments)
- Développer les soins aux "malades chroniques" (Disease Management global, Asthme, insuffisance cardiaque);
- Développer les processus d'amélioration continue de la qualité

Eléments de synthèse

- Le territoire
 - Définir le contenu des soins de premiers recours (normes ? , gamme de services: professionnels, contrats, nomenclature)
 - Quel est le bon niveau ? PCT ? Articulation social sanitaire ?
 - Structurer l'offre ambulatoire en réseau – s'appuyer sur les dynamiques professionnelles – territoires de projets

Eléments de synthèse

- Travail en équipes (cabinets, centres, réseaux *cf.* NC), rôles professionnels
 - Attente des professionnels, *medical home* aux US, MSP en France
 - Attente des usagers ? Continuité ?
- Contractualisation et financement
 - Limites du seul paiement à l'acte
 - Contrat national et contrats locaux ?

Eléments de synthèse

- Articulation programmes nationaux et organisation de l'offre de soins
 - Appui sur les professionnels ?
(*cf.* Allemagne)
 - Programmes de santé publique/gestion du risque et organisation de l'offre
(*cf.* réseaux de la Caroline du Nord)

La France un modèle professionnel non hiérarchisé en évolution

- Éléments « normatifs » : Les soins de premiers recours dans la Loi HPST
- Éléments professionnels : les missions des médecins généralistes, émergence de la spécialité au sein des facultés : 10 postes de Professeurs titulaires, CCA
- Vers
 - Des modes mixtes de rémunération : paiement à la performance ou la rémunération de services avec les CAPI, forfait ALD...
 - L'exercice en équipe :
 - Investissement et expérimentations de rémunérations : MSP, Centres, Pôles de santé – coopérations et nouvelles pratiques ?
 - Le disease management par la CNAMTS : projet SOPHIA
 - Des Schémas d'organisation des soins ambulatoires
 - Des disparités tarifaires notamment pour l'accès aux spécialités ?

Quelques références accessibles sur le WEB

- Beaulieu M. D., Contandriopoulos A. P., Denis J. L., Haggerty J., Lamarche P. À, Pineault R., (2003). *Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (www.fcrss.ca).
- Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J. [Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande](http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes141.pdf) Questions d'économie de la santé IRDES n° 141. Avril 2009 - <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes141.pdf>
- Boerma W., Rico, A., Saltman R., (2006). *Primary Care in the Driver's seat?*, European Observatory on Health. Systems and Policies Series, Open University Press.
- Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J., *Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives*, Rapport Irdes, n°1675, 2007. <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes127.pdf>
- Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J., *Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières*, Rapport Irdes, n°1624, 2006. <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes95.pdf>
- Cozzarolo B., Jalon E., Sarlat G., Durieux B. (sous la supervision de), (Mars 2003) ; *Rapport d'enquête sur la régulation et l'organisation de la médecine de ville : les enseignements des expériences étrangères*, Inspection générale des Finances, 198 pages.
- World Health Organization, *Primary Health Care, Now More Than Ever*, The World Health Report 2008.