

Exercice regroupé pluriprofessionnel : quels besoins, quels moyens ?

Les soins de premier recours en
questions

Jeudi 16 février 2012

Yann Bourgueil

L'organisation en médecine de ville : un potentiel de développement des soins primaires en France

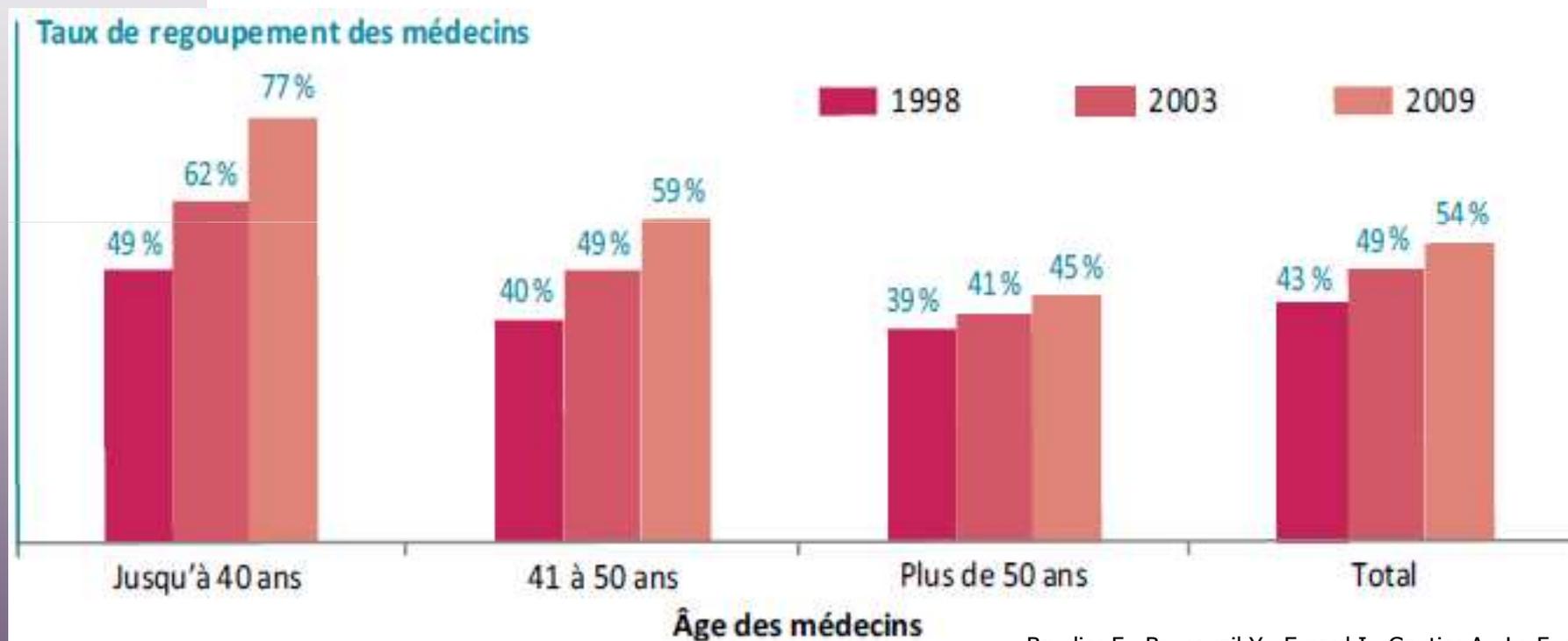
- Des marges au centre ?
- Du regroupement aux équipes : constats, connaissances, questions
- Rémunérer l'organisation : Pourquoi ?
Qui ? Pour quoi ? Comment ?
- Un moyen complémentaire pour renforcer les soins de premiers recours?

Des marges au centre ?

- Centres de santé dès 1895, cabinets de groupes années 70, réseaux de santé années 90, expérience type ASALEE (Action Santé Libérale En Equipe) années 2000, Maisons de Santé...
- Leviers de changement : démographie médicale, rapport au travail, demande de soins, contrainte financière
- Réformes structurelles : médecin traitant 2004, spécialité de médecine générale, postes universitaires, missions du premier recours...
- Nouveaux modes de rémunération

Le regroupement devient majoritaire

Le regroupement des MG en France, une illustration des préférences des jeunes généralistes



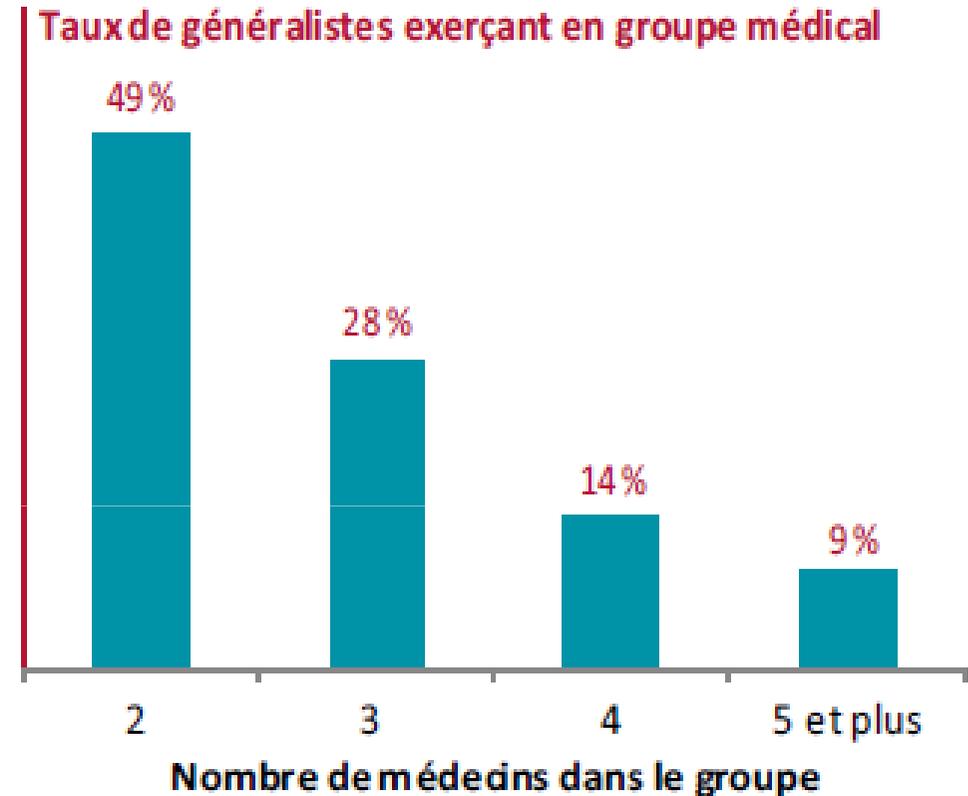
Source : Baromètre santé médecins généralistes 2009, Inpes.
Exploitation : Irdes.

Baudier F., Bourgueil Y., Evrard I., Gautier A., Le Fur P., Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Questions d'économie de la santé Irdes n° 157. 2010/09.

Regroupement mono-disciplinaire et de petite taille

Même volume d'acte,
journées plus
longues, moins de
journées

Partage des charges
et administratif,
confort, sécurité,
régulation de la
demande



Source : Baromètre santé médecins généralistes 2009, Inpes.

Exploitation : Irdes.

Baudier F., Bourgueil Y., Evrard I., Gautier A., Le Fur P., Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Questions d'économie de la santé Irdes n° 157. 2010/09.

Du regroupement aux équipes : constats, connaissances, questions

- Gains pour les patients, populations
 - Amplitudes ouverture (jour, semaine, année), nouveaux services « possibles » (prévention, éducation thérapeutique, MAD, « urgences »..), maintien d'une offre de proximité
 - Mais quid de la continuité et de la coordination pt de vue des patients ?
- Gains d'efficience : Economies de gamme et d'échelles au sein des groupes ? Effets sur les parcours de soins ? Moindres hospitalisations? DMS plus courtes ? Harmonisation pratiques de prescriptions ? Pouvoir de négociation avec spécialistes ? Négociation/discussion avec l'Hôpital ?

Du regroupement aux équipes : constats, connaissances, questions

- Les Maisons de santé (2009)
 - Hétérogènes (taille, nombre professionnels, investisseur, localisation, services, formes juridiques)
 - Points communs : accessibles, amplitudes horaires, professionnels plus jeunes, plus de femmes, accueil stagiaires, SI partagé entre médecins, échanges interprofessionnels informels (intérêt IDE ?)
 - Partage effectif des patients, pas de surcoût par patient, files actives plus grandes, moins de journées, mais plus longues et plus d'amplitude horaire, (moins de patients CMU ?)

Le partage d'activité entre MG et IDE en MSP

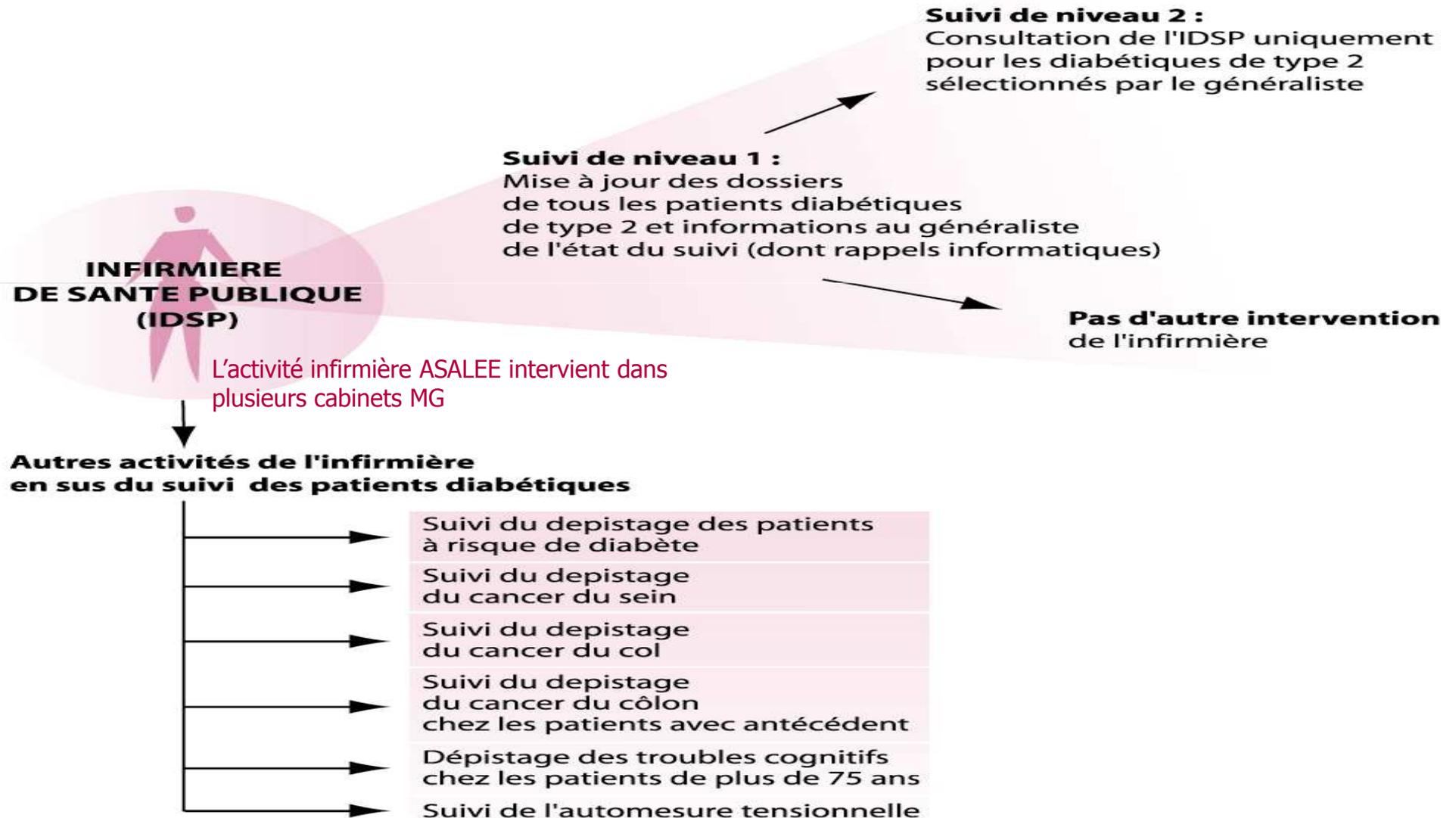
- File active MG en MSP 20 à 24 % > 60 ans
- File active IDE en MSP 50 à 60% > 60 ans
- Les IDE interviennent surtout au domicile, les MG font moins de VAD
 - Intérêt de la coopération, complémentarité ?

(source étude exploratoire MSP 2009)

Du regroupement aux équipes : constats, connaissances, questions

- Les centres de santé polyvalents (le retour ?)
- Gros centres (Moyenne 86 personnes – temps partiels ++ , gamme élargie, municipaux, milieu 20eme) et petits centres (moyenne 20 personnes – T pleins – peu de spécialistes, approche communautaire, associatifs , années 70) projets accès aux soins pour tous et une inscription territoriale forte
- Horaires étendus (année) rôle important joué par les soins infirmiers
- Dispositifs de facilitation de l'accès aux soins (tiers payant, secteur 1, tarifs dentaire, aide à l'ouverture de droit) , variabilité dans la pratique du tiers payant sur la partie complémentaire
- Une informatisation inégale (gouvernance). Financement acte : de 100% à 41%, « Potentiel » pour la coopération
- Clientèle précaire ++ (score epice, CMUC 15%), moindre recours chez les patients « exclusifs »

Du regroupement aux équipes: constats, connaissances, questions (le cas Asalee)



Du regroupement aux équipes: constats, connaissances, questions (le cas Asalee)

- L'amélioration de la prise en charge consécutive à la mise en place du programme de suivi des diabétiques dans Asalee (cf. l'amélioration importante de tous les indicateurs de suivi (de processus)
- et du résultat de soins (contrôle glycémique)
- ne se fait pas à coût total ou moyen croissant pour l'Assurance Maladie
- Effect of a French experiment of team work between general practitioners and nurses on efficacy and cost of type 2 diabetes patients care – Julien Mousquès, Yann Bourgueil, Philippe Le Fur, Engin Yilmaz - Health Policy 98 (2010) 131–143

Rémunérer l'organisation : Pourquoi ? Qui ? Pour quoi ? Comment ?

- Rémunérer une structure (150 sites en 2011 - MSP, CDS, PDS) pour:
 - Favoriser l'installation et le maintien des professionnels
 - Améliorer la performance (qualité, efficience, équité) mesurée :
 - Module structure pour valoriser la coordination → répartition et gouvernance (SISA – SI)
 - Module éducation thérapeutique pour valoriser de nouvelles pratiques
 - Ajustement au case mix ? CMU ?
- Pilotage DSS – ARS, évaluation IRDES - Prospere (identification sites selon culture – croiser données enquêtes et données SNIIRAM, Indicateurs (limites) – tester recours hôpital et prescription – (design évaluation pluriannuel et comparatif)

Rémunérer l'organisation : Pourquoi ? Qui ? Pour quoi ? Comment ?

- Enjeu du système information clinique et structuré - entre professionnels et pour usage « stratégique » (requêtes)
- Enjeu de mutualisation – ressources à partager, voire acheter (TIM, éducation thérapeutique, case management, fonctions réseaux spécialisées...)
- Quelle gouvernance avec les professionnels sur le territoire ? (152 PCT au RU, 100 départements en France ? HMO territoriaux GCS ? Quelle place pour l'hôpital ? Quelle place pour le social ?)

Des formes innovantes pour alimenter l'institution des soins de premiers recours?

- Des lieux de production de connaissances et de transfert des savoirs
- Vers une clinique de l'ambulatoire en équipe?
- La « coordination » par la standardisation des qualifications
- Pour la fabrique des nombreux professionnels de demain (50% MG des 7 400 futurs médecins)
 - Infrastructures de recherche (lieux, SI, expertise)
 - Accueil d'enseignants, chefs de cliniques, étudiants
- Régulation à l'installation, gate keeping dans le contrat global des MG ?