

# Quelle organisation(s) du système de soins pour favoriser les pratiques de prévention ?

---

Centre d'analyse stratégique

Lundi 10 mai 2010

Yann Bourgueil

# Constats, modèles et opportunités

- Pratiques de prévention et organisation des soins:
  - Prévention primaire : vaccination
  - Prévention secondaire : dépistage
  - Prévention tertiaire: suivi patients complexes et/ou fragiles...
- Des modèles d'organisation différents selon les systèmes de soins
- Orientations et opportunités de changement dans le contexte Français

- Exemple de la couverture vaccinale insuffisante pour les enfants consultants de façon itérative aux urgences pédiatrique
  - Les enfants sont « vus » fréquemment aux urgences, mais « mal suivis »
  - Un exemple d'inégalités de santé par omission (Lombrail)

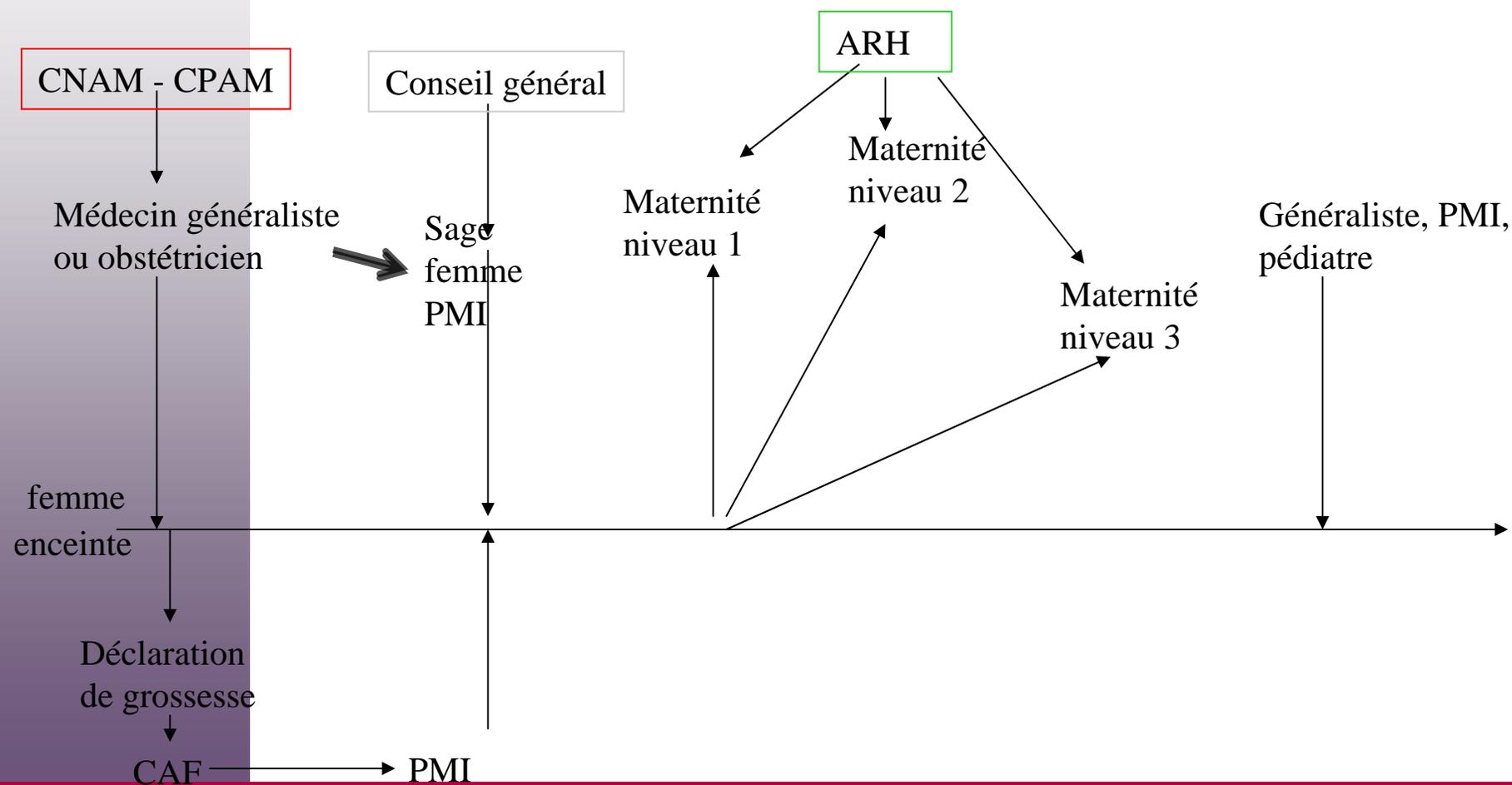
[LOMRAIL \(P.\), ALFARO \(C.\), VITOUX-BROT \(C.\), BRODIN \(M.\), BOURRILLON \(A.\), BEAUFILS \(F.\)](#) Auteurs moraux [Hôp Robert-Debré. Serv santé publique. Comité urgences. Paris. FRA](#) Titre [Analyse du recrutement en urgence d'un hôpital pédiatrique : conséquences sur l'organisation de l'offre de soins.](#) Périodique [ARCHIVES FRANCAISES DE PEDIATRIE](#)

# Prévention secondaire : l'exemple du dépistage des situations à risques en périnatalité(1)

- Gestion du haut risque médical : adaptation des lieux de naissance par transfert anténatal
  - A l'étranger : 80 à 90% de transfert antenatal pour les enfants à risques (petits poids et grand prématurés). En France en 1991 : seulement 16% (enquête Gain) des enfants à risques naissaient dans des lieux adaptés
  
- L'amélioration des résultats de santé à la naissance passe
  - par un repérage et une gestion précoce des situations à risques (sociaux et médicaux), une orientation adaptée au risque présenté, la mise en place d'actions préventives (soins au domicile, repos....)
  - ce qui suppose coordination entre les professionnels et les institutions

**Ceci passe principalement par un changement de cultures et de pratiques autant que des structures !**

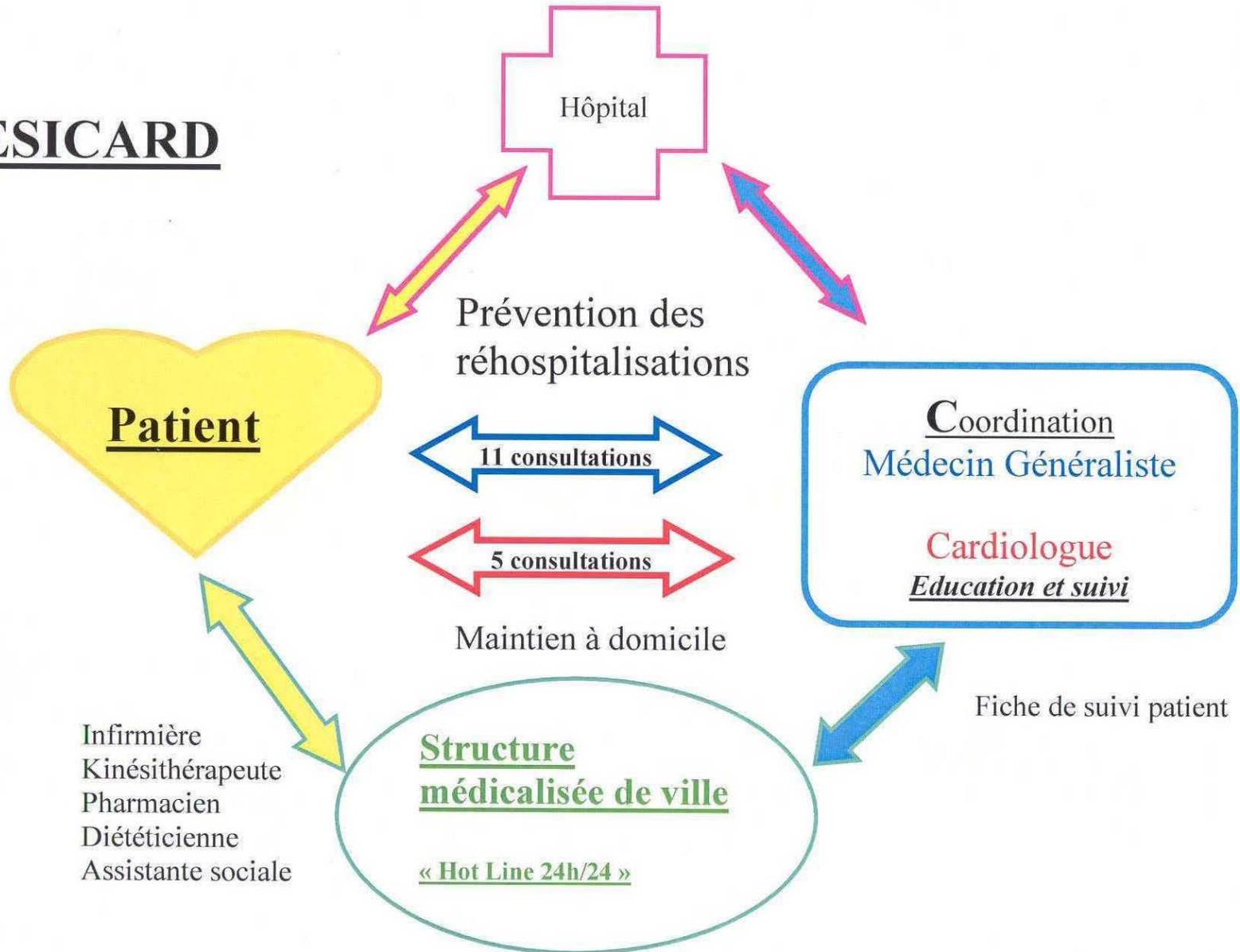
# Prévention secondaire : l'exemple du dépistage des situations à risques en périnatalité(2)



# Prévention tertiaire (éducation thérapeutique) : suivi patients complexes et/ou fragiles...

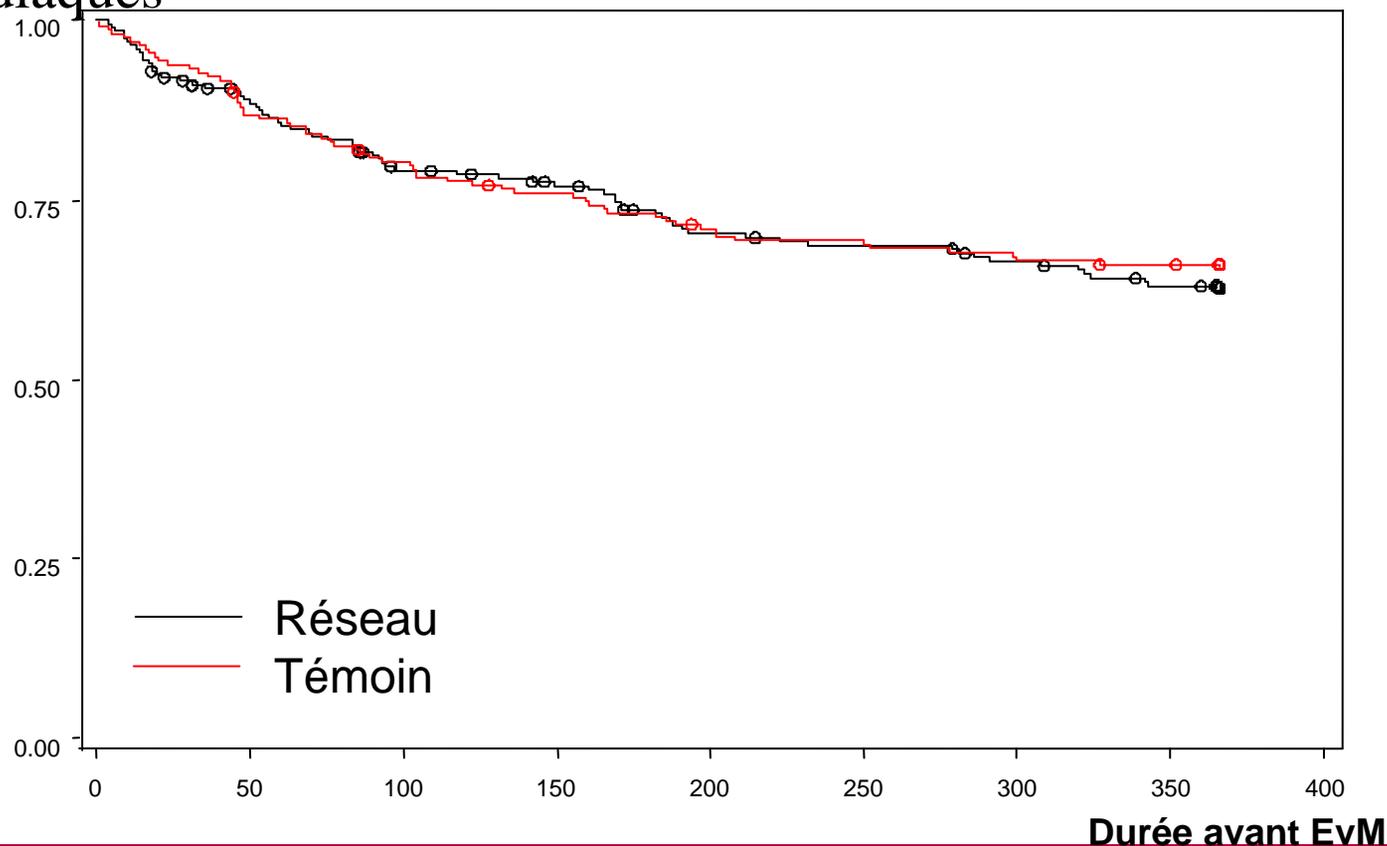
- L'exemple d'un réseau de prise en charge des insuffisants cardiaques
  - Améliorer la qualité de vie des patients insuffisants cardiaques en augmentant leur autonomie (prévention secondaire) et en intensifiant leur suivi (poids, poussées IC)
  - Ce qui se traduit par une meilleure observance (régime, traitements) et la maîtrise des hospitalisations (notamment urgentes)
- (RESICARD: East Paris network for the management of heart failure: Absence of effect on mortality and rehospitalization in patients with severe heart failure admitted following severe decompensation. Assyag P., [Renaud T.](#), Cohen-Solal A., Viaud M., Krys H., Bundalo A., Michel P.-L., Boukobza R., [Bourgueil Y.](#), Cohen A., Archives of Cardiovascular Diseases, vol 102, Issue 1, 2009/01, 29-41

**RESICARD**



# Aucune différence entre phases Témoin et Réseau

Pas d'effet global de Résicard (en phase expérimentale) sur l'amélioration de la morbi/mortalité des patients insuffisants cardiaques



## **Pourquoi Résicard ne favorise ni une sous-mortalité des patients ni des ré-hospitalisations moins fréquentes?**

**La qualité préexistante de la prise en charge des insuffisants cardiaques en IdF, et donc la faible marge de progression possible.** hypothèse d'un réseau informel, tout au moins de cardiologues, préexistant et fonctionnant bien.

**Un défaut de ciblage de l'intervention, par une analyse insuffisante du problème initial dans le contexte français et qui plus est parisien** (corollaire du point précédent).

**L'insuffisance cardiaque : quelles interventions pour quels patients (polypathologiques) ?**

HAD à Grenoble, Cardio-Saintonge, Respecti-Cœur (Nantes)...

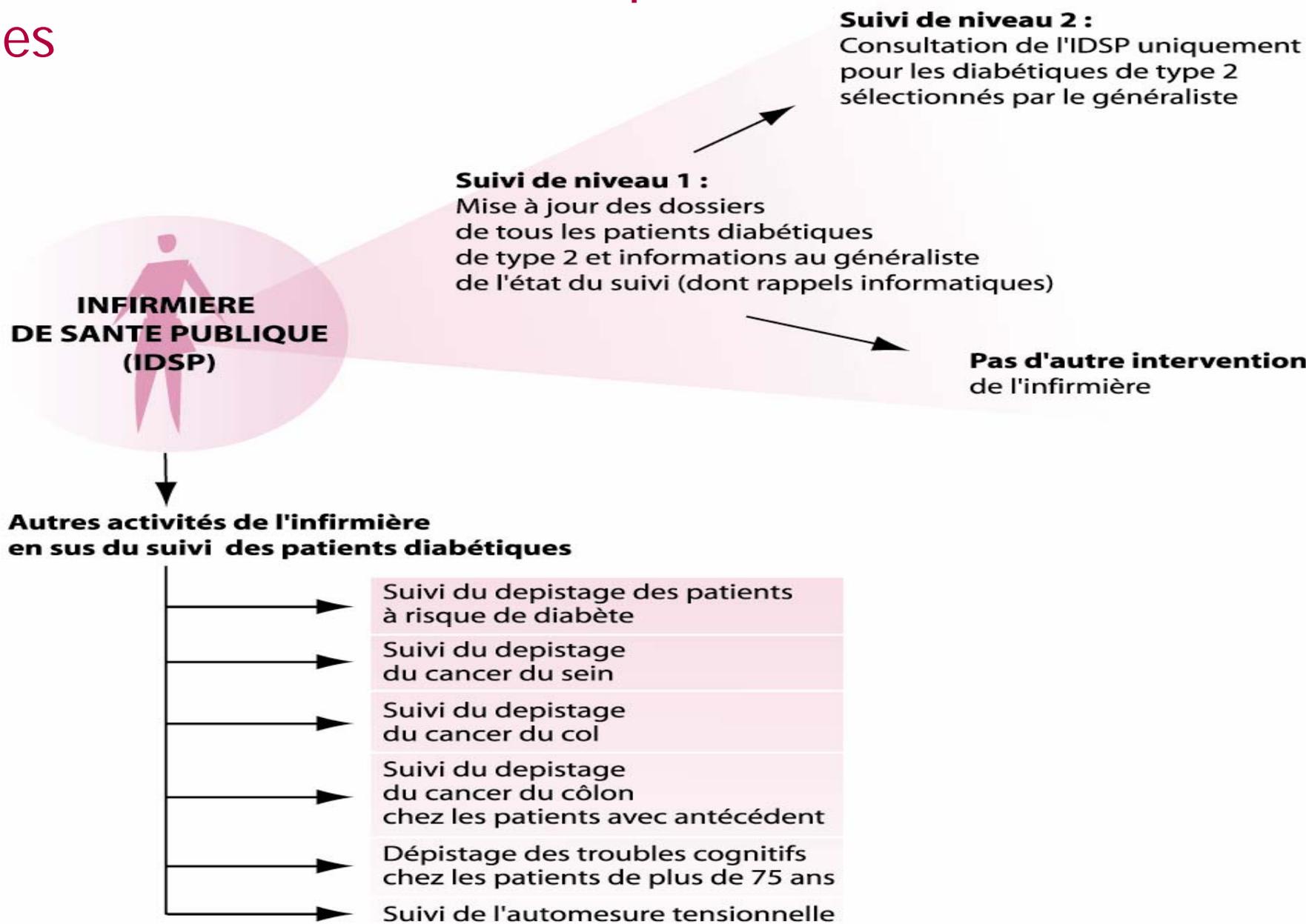
## Prévention en soins primaires : le projet ASALEE (Action de Santé Libérale En Equipe)

- Une initiative de terrain (Les deux sèvres – leaders - option référent - URML)
- Faisabilité (2003)
  - Objectif d'amélioration de la qualité des soins (data management, dépistage, éducation à la santé, coordination)
  - Attirer des nouveaux médecins à terme en rural
  - Choix de la profession infirmière, procédures de soins communes
  - Exigence de l'évaluation

## Le projet ASALEE : Action de santé Libérale En Equipe (2)

- ASALEE : association loi 1901 employeur pilotage de projet – fonds URML puis FAQSV
- Protocoles diabète (dépistage/suivi), dépistage cancer du sein, col, cancer colo-rectal, troubles mnésiques -→ prévention cardiovasculaire (référentiels de pratique – HAS)
- 2004 : 3 cabinets, 12 MG et 3 IDSP
- 2007 : 18 cabinets, 41 MG et 8 IDSP
- 31 370 patients concernés (choix MT) dont 14 653 inclus dans un protocole.

# L'activité infirmière retenue dans le cadre de l'évaluation réalisée par l'Irdes





# Comparaison de l'évolution de l'équilibre glycémique entre patients Asalee et Témoin: résultats

- Nous constatons une diminution de la valeur de l'HbA1c plus importante pour les patients de l'échantillon ASALEE (suivi médian=11 mois)
- Cette diminution concerne essentiellement les patients bénéficiant d'au moins une consultation infirmière (suivi 2)

		OMG				ASALEE					Tests de différence de moyenne			
		Vague d'inclusion			Total	Vague d'inclusion			Suivi		Total	Asalee vs Omg	Suivi1 vs OMG	Suivi2 vs OMG
		06/04 - 12/04	02/05 - 07/05	01/06 - 06/06		06/04 - 12/04	02/05 - 07/05	01/06 - 06/06	1	2				
Taux de variation moyen (en %)	N	65	70	67	202	184	171	233	376	212	588	1.779 ( <i>p</i> <10%)	0.834 ( <i>ns</i> )	3.008 ( <i>p</i> <1%)
	Moy.	3.94	-1.24	-2.82	-0.1	0.2	-1.32	-4.55	-1.09	-3.95	-2.12			
	Sigma	15.42	16.36	11.31	14.76	11.43	10.85	10.69	11.16	10.89	11.14			
	Min	-26	-36.45	-28.3	-36.45	-38.14	-38.46	-42.48	-42.48	-38.46	-42.48			
	Max	61.84	66.67	32.35	66.67	49.28	31.91	37.5	49.28	33.33	49.28			
TOTAL	N	65	70	67	202	184	171	233	376	212	588			

Ces résultats  
sont confirmés  
par les analyses  
multivariées

N = 790	Taux de variation de l'hba1C entre l'avant et l'après [(hba1c après -hba1c avant) / hba1c avant]		Taux de variation de l'hba1C entre l'avant et l'après [(hba1c après -hba1c avant) / hba1c avant]	
	Coefficient	Valeur de p	Coefficient	Valeur de p
Constante	0,29531	<.0001	0,27765	<.0001
Echantillon				
<i>OMG</i>	<i>Réf.</i>		<i>0,01613</i>	<i>0,0879</i>
<i>ASALEE suivi1</i>	<i>Réf.</i>		<i>Réf.</i>	
ASALEE ou ASALEE suivi2	-0,02597	0,0033	-0,02696	0,005
Age				
< 65 ans	-0,00813	0,3173	-0,00836	0,3014
>= 65 ans	<i>Réf.</i>		<i>Réf.</i>	
Sexe				
Femmes	-0,00182	0,8134	-0,0004115	0,9574
Hommes	<i>Réf.</i>		<i>Réf.</i>	
Niveau initial (avant) de	-0,04413	<.0001	-0,04339	<.0001
Nb. d'Hba1c réalisées dans	-0,00963	0,2482	-0,00742	0,3737
Nb. de mois séparant les deux	0,00545	0,0026	0,00529	0,0033
Vague d'inclusion				
<i>Vague1</i>	<i>Réf.</i>		<i>Réf.</i>	
Vague2	-0,0193	0,0476	-0,02636	0,0086
Vague3	-0,04759	<.0001	-0,05229	<.0001
Ajustement				
R <sup>2</sup>	0,2344		0,2421	
R <sup>2</sup> ajusté	0,2266		0,2334	

Effet propre de la consultation infirmière d'éducation thérapeutique confirmé par les analyses multivariées

N = 790		Probabilité d'être maintenu ou ramené à une hba1c<=6,5%		Probabilité d'être maintenu ou ramené à une hba1c<=8%	
		Rapport des cotes	Valeur de p	Rapport des cotes	Valeur de p
Groupe					
OMG		0,868	0,5339	0,731	0,2388
ASALEE suivi1		<i>Réf.</i>		<i>Réf.</i>	
ASALEE suivi2		<b>1,566</b>	<b>0,0533</b>	<b>1,954</b>	<b>0,0335</b>
AGE1					
	< 65 ans	1,538	0,0264	0,899	0,6593
	>= 65 ans	<i>Réf.</i>		<i>Réf.</i>	
Sexe					
	Femmes	0,713	0,0661	1,12	0,6237
	Hommes	<i>Réf.</i>		<i>Réf.</i>	
Niveau initial (avant) de l'hba1c		<b>0,186</b>	<b>&lt;.0001</b>	<b>0,364</b>	<b>&lt;.0001</b>
Nb. d'Hba1c réalisées dans l'année suivant l'inclusion		0,903	0,6044	0,969	0,9027
Nb. de mois séparant les deux mesures de l'hba1c		0,947	0,2091	<b>0,906</b>	<b>0,0716</b>
Vague d'inclusion					
	<i>Vague1</i>	<i>Réf.</i>		<i>Réf.</i>	
	<i>Vague2</i>	1,018	0,9425	1,418	0,2214
	<i>Vague3</i>	<b>1,861</b>	<b>0,006</b>	<b>1,787</b>	<b>0,0427</b>
Ajustement					
	deviance	720,42	0,826	509,64	1
	pearson	3941,26	<.0001	677,62	0,9821
	Test de Wald	171,50	<.0001	110,53	<.0001
	Pseudo R2	0,3009		0,2306	
	Paires concordantes	86,00		84,90	
	Le D de Sommer	0,72		0,70	
	La courbe ROC	0,86		0,85	
	gamma	0,72		0,70	

Pour l'ensemble des indicateurs de processus et des situations (reste bien suivi, devient bien suivi) les différences de proportions observées sont significativement supérieures dans Asalee

	Suivi du HBA1C					Suivi de la créatinine					Suivi de la microalbuminurie				
	ASALEE		TEMOIN		<i>Valeur de p</i>	ASALEE		TEMOIN		<i>Valeur de p</i>	ASALEE		TEMOIN		<i>Valeur de p</i>
	N	%	N	%		N	%	N	%		N	%	N	%	
Reste bien suivi	319	38,1	257	25,3	0,0%	623	74,3	667	65,5	0,0%	294	35,1	98	9,6	0,0%
Devient bien suivi	200	23,9	196	19,3	0,8%	144	17,2	163	16,0	25,0%	247	29,5	123	12,1	0,0%
Devient mal suivi	73	8,7	102	10,0	16,8%	47	5,6	100	9,8	0,0%	120	14,3	83	8,2	0,0%
Reste mal suivi	246	29,4	463	45,5	0,0%	24	2,9	88	8,6	0,0%	177	21,1	714	70,1	0,0%
TOTAL	838	100,0	1018	100,0		838	100,0	1018	100,0		838	100,0	1018	100,0	

	Suivi de l'examen du bilan lipidique				Suivi de l'électrocardiogramme				Suivi du fond d'œil						
	ASALEE		TEMOIN		<i>Valeur de p</i>	ASALEE		TEMOIN		<i>Valeur de p</i>	ASALEE		TEMOIN		<i>Valeur de p</i>
	N	%	N	%		N	%	N	%		N	%	N	%	
Reste bien suivi	468	55,9	444	43,6	0,0%	110	13,1	90	8,8	0,2%	134	21,9	141	19,8	15,7%
Devient bien suivi	232	27,7	230	22,6	0,6%	280	33,4	187	18,4	0,0%	113	18,5	118	16,5	16,6%
Devient mal suivi	95	11,3	147	14,4	2,4%	99	11,8	129	12,7	28,7%	130	21,3	127	17,8	4,9%
Reste mal suivi	43	5,1	197	19,4	0,0%	349	41,7	612	60,1	0,0%	234	38,3	328	45,9	0,2%
TOTAL	838	100,0	1018	100,0		838	100,0	1018	100,0		611	100,0	714	100,0	

## Discussion (3)- L'expérimentation ASALEE

- Des effets à mesurer dans un agenda plus étendu et prospectif
- Évaluer les autres dimensions d'actions que le diabète
- Quels impacts sur les pratiques de prescriptions ?
- Quelles possibilités de généralisation ?
- Quel modèle de financement pérenne ?
  - Expérimentation tarifaires ?
  - Ressources autres acteurs (conseil général, expérience réseaux toxicomanie en Alsace...)
  - Autres modèles d'organisation possibles ? Maisons de santé, centres de santé...

# Trois modèles types d'organisation des 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)

# 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

# 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
- Développement des technologies de l'information

## 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...)

## 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 soins hospitaliers)
- 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 km<sup>2</sup>
  - 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.

# 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

# Éléments de synthèse des modèles étrangers

- 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 des modèles étrangers

- 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 des modèles étrangers

---

- 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)

# Orientations et opportunités de changements : la France un modèle professionnel non hiérarchisé en évolution (1)

- Éléments « normatifs » : Les soins de premiers recours dans la Loi HPST comprennent:
  - la prévention, dépistage, diagnostic, traitement, suivi des patients
  - dispensation médicaments, produits, conseil pharmaceutique
  - Orientation système de soins, secteur médico-social
  - Éducation pour la santé
- Éléments professionnels : les missions des médecins généralistes de premiers recours
  - S'assurer de la prévention, dépistage, diagnostic, traitement, suivi des patients
  - S'assurer de la coordination
  - Veiller application protocoles, reco...
  - Synthèse des informations transmises
  - Prévention, dépistage, permanence des soins, accueil des stagiaires
- Emergence de la spécialité au sein des facultés : 10 postes de Professeurs titulaires, CCA
- Evolution des professions de santé (nombre, formation, coopérations) → **Recherche et formation**

# La France un modèle professionnel non hiérarchisé en évolution (2)

- L'inscription des patients auprès des médecins traitants majoritairement des MG (réforme de 2004)
- 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](http://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/Oes/Oes141.pdf) Questions d'économie de la santé IRDES n° 141. Avril 2009 - <http://www.irdes.fr/Publications/Oes/Oes141.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/Oes/Oes127.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/Oes/Oes95.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.