

ATELIER 5

Jeudi 24 Septembre 2015

Du protocole pluriprofessionnel à la rémunération d'équipe : le DataSet

Pr Jean-Michel Chabot, Conseiller Médical du Président et du Directeur, HAS
m.chabot@has-sante.fr

Dr Pierre de Haas, Président, FFMPS
pierre.de-haas@ffmps.fr

1. Les mutations des pratiques : vers le regroupement des professionnels

Le modèle du médecin généraliste exerçant de façon isolée semble être à bout de souffle. **Une majorité** des internes de médecine générale sont des femmes, souvent attirées par le travail à temps partiel. Pour assurer une continuité de prise en charge d'un patient qui sera vu par plusieurs professionnels et non plus un seul, une organisation en équipe s'impose. Mais l'intervention de plusieurs professionnels sur un même patient nécessite de réfléchir à une prise en charge lissée grâce à des « protocoles ».

En outre, les médecins généralistes prennent conscience que certains actes pourraient être mieux faits par d'autres professionnels. La part croissante des maladies chroniques et le besoin de suivi cohérent et régulier (et éventuellement de prise en charge de la dépendance) par plusieurs professionnels jouent en faveur de la mise en place formalisée d'une pluridisciplinarité.

Actuellement, 2 types de regroupement de professionnels, dédiés aux soins primaires, coexistent :

- A) Les Centres de santé, qui ont remplacé les anciens dispensaires (il y en a environ 1200 mais seuls 400 sont pluriprofessionnels).
- B) Les Maisons de santé : environ 700 à la fin de cette année.

On estime actuellement qu'il ~~en~~ faudrait **quelques milliers de ces regroupements professionnels** pour couvrir le territoire. En moyenne, dans un centre ou une maison de santé, on compte 4,5 ETP de médecins généralistes.

Une étude de l'IRDES (**et plusieurs références internationales**) a montré que le travail en équipe pluriprofessionnelle améliorerait l'accessibilité aux soins, ainsi que la qualité des soins, et était plus efficace dans la mesure où il contribuait à une réduction de la prescription médicamenteuse et diminuait les dépenses de santé (**même si de telles études sont délicates à mener**)

2. Les nouveaux enjeux liés au travail en équipe pluriprofessionnelle

3 thématiques importantes se dégagent :

- La question des Systèmes d'Information (SI) utilisés par ces équipes.
- La question des protocoles de soins primaires pluriprofessionnels.
- La question des rémunérations : la seule rémunération à l'acte n'est en effet pas adaptée à ces nouvelles pratiques professionnelles.

Les NMR (nouveaux modes de rémunération) prennent mieux en compte cette problématique, mais leur application est balbutiante. Les NMR tiennent compte de l'amélioration de l'accessibilité, de la réalité du travail en équipe, et du système d'information dont dispose l'équipe. Ces NMR sont attractifs pour les médecins. Avec les ROSP, les NMR sont devenus les seuls moyens d'augmenter leur rémunération (à la marge, de l'ordre de 5% des revenus) alors que les prix des actes stagnent.

Focus sur le règlement arbitral : qui peut en bénéficier des NMR et comment ?

Lorsqu'une équipe veut bénéficier d'un NMR, elle constitue un projet de santé qui est soumis à l'ARS. Chacun des 3 éléments du NMR est coefficienté, de même que le nombre de patients complexes donnant lieu à des réunions d'équipe. Cela détermine la rémunération finale, indexée sur le nombre de patients (on peut y voir un début de rémunération à la capitation, proche du modèle anglais). L'équipe a obligation de produire 5 protocoles spécifiques de prise en charge par an.

3. La production de données, étape clef pour les équipes pluriprofessionnelles

Il convient de disposer d'un SI labellisé, afin de produire des données qui serviront à l'ARS et la CPAM pour vérifier si les engagements sont tenus. Aujourd'hui, très peu d'équipes savent produire des données consolidées car les médecins manquent de compétences en ingénierie de santé, et sont mal formés au recueil de données. On peut penser à transposer le médecin DIM dans les maisons ou centres de santé. **On peut également envisager que les SI (logiciel métier) parviendront à un niveau suffisant de maturité/simplicité pour que leur exploitation se fasse en routine par et au bénéfice des membres du regroupement professionnel).**

Focus : les recherches en soins primaires

Une structure pluridisciplinaire pérenne accueillera valablement des stagiaires, des internes. Pour les accueillir, il est **important** que les maisons et centres de santé soient capables de se doter d'un SI permettant d'extraire des données utiles aux recherches en soins primaires que réaliseront leurs étudiants.

4. Le DataSET, l'identification des données clefs des patients

Le DataSET correspond aux données clefs **qui permettent de suivre sur le long terme et avec un bon rapport « pertinence/faisabilité » un patient**, par les professionnels regroupés ;

Il s'agit d'identifier pour une pathologie chronique les données qui permettent d'en suivre les évolutions, les co-morbidités. Elles doivent permettre de prendre les décisions adéquates.

L'objectif est de standardiser les données recueillies pour qu'elles s'incrémentent seules, en fonction de ce qui est fourni par les différents intervenants. Cela correspond à du suivi d'indicateurs personnalisés. Le protocole d'équipe permet également, selon ce qui est fourni par le DataSET, de déterminer quel professionnel doit intervenir et quand, et quelles données sont impérativement partagées.

Le DataSET **s'accompagne** d'une série de « mémos » actualisables et qui peuvent – à la demande – fournir des assistances à l'exercice des professionnels outil.

Focus : DataSET Fiche d'aide à la prescription Infections respiratoires hautes

La HAS travaille actuellement à la réalisation d'un DataSet Infections respiratoires hautes (angines, sinusites et otites) chez les enfants. En effet, il s'agit de maîtriser les prescriptions d'antibiotiques, afin d'éviter les prescriptions inutiles, qui sont nombreuses, et afin d'adapter les prescriptions (notamment en ce qui concerne la durée des traitements).

Si elles présentent les mêmes informations que celles disponibles sur un site comme AntibioClic, les fiches préparées par la HAS et la DGS pré-trient les informations et fournissent un programme de prescription automatiquement.

L'hypertension artérielle est également un terrain sur lequel les DataSET devraient progresser en priorité, car il s'agit d'un sujet qui se prête à un traitement par les DataSET et qui concerne une très large population (15 millions de patients). Avec 1 million de nouvelles prescriptions d'anti-HTA tous les ans en France, l'HTA est également très génératrice de iatrogénie médicamenteuse.

L'HTA pose le problème des conditions de collecte des données des patients : on sait notamment qu'il faut des outils connectés pour mesurer la pression artérielle hors du cabinet (et éviter l'effet « blouse blanche »).

Conclusion

Le groupe de travail fait le constat que les outils financiers - **incluant les modes de rémunération** - actuels ne permettent pas de rendre compte du « parcours de soins »

La mise en place de dispositifs comme le DataSET se heurte à une réalité, **qui est le déficit et l'inhomogénéité persistante** de l'informatisation des médecins généralistes et des autres professionnels.

LISTE DES PARTICIPANTS

Responsables : **Pr Jean-Michel CHABOT**, Conseiller Médical du Président et du Directeur, HAS
Dr Pierre de HAAS, Président, FFMPs

Jean-Marc AUBERT, Directeur France, IMS Health

Jacques BLACHER, PU-PH, AP-HP

Anne-Claude CREMIEUX, Professeur, CCMSA

Marcel GARNIER, Président, Network Santé +

Bruno GROSSIN, Directeur du Pôle Etude, ASIP Santé

Josselin LE BEL, Médecin généraliste, FEMASIF

Florence MARECHAUX, Chef de Projet, HAS

Iris PASSY, Elève, directeur d'hôpital, EHESP

Jean-Frédéric SCHWAAB, Co-Gérant, International Cross Talk

Véronique TOURNOLIAS, Gérante, International Cross Talk