



***Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie***

**La coopération entre professionnels de santé**

**Avis adopté à l'unanimité lors de la séance du 10 juillet 2014,**

**à l'exception du MEDEF**

La question de la coopération entre professionnels de santé est au cœur des préoccupations des pouvoirs publics et des acteurs du champ de la santé dans la perspective du renforcement d'une médecine de parcours.

A la demande de Mme la Ministre des affaires sociales et de la santé, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a conduit au cours du premier semestre de 2014 une réflexion sur les modèles cibles pertinents pour mieux organiser une telle coopération, au-delà des expérimentations ou transformations partielles déjà engagées dans le système de santé.

Le vieillissement de la population et les évolutions épidémiologiques s'accompagnent d'une augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques ou en situation de perte d'autonomie. Ces personnes requièrent des prises en charge au long cours mobilisant de façon organisée une diversité de moyens sanitaires aussi bien que sociaux.

Dans le même temps, les innovations techniques et thérapeutiques s'accompagnent d'un raccourcissement des durées des séjours hospitaliers qui supposent une capacité renforcée de gestion des entrées et sorties d'hospitalisation et la possibilité de prises en charge à domicile de patients qui peuvent nécessiter des soins lourds ou des aides médico-sociales ou sociales.

Il apparaît enfin de plus en plus nécessaire de développer une approche populationnelle de la santé qui a vocation à s'exprimer notamment au niveau des territoires en permettant de développer la prévention, l'éducation thérapeutique et l'inclusion de populations éloignées des soins.

Ces évolutions requièrent une profonde transformation du système de santé. Le HCAAM a concentré pour l'essentiel ses travaux sur les conditions du développement et les formes possibles des coopérations entre professionnels de santé en ambulatoire, considérant que celles-ci constituent un élément déterminant pour l'évolution d'ensemble du système de santé. En revanche, cet avis n'approfondit pas à ce stade les coopérations permettant l'articulation avec les secteurs social et médico-social, qui feront l'objet de travaux ultérieurs. Il pose un cadre et des orientations sans entrer dans l'analyse précise des différentes organisations existantes, qui fera l'objet de travaux détaillés ultérieurs du HCAAM.

Longtemps envisagé comme une réponse à la diminution annoncée du temps médical disponible, le développement de la coopération doit être aujourd'hui abordé en termes de service rendu à la population, l'argument démographique ne valant, compte tenu des perspectives de la démographie médicale, que de façon localisée et pour certaines spécialités. (I)

Pour le HCAAM, le développement de coopérations propres à structurer la prise en charge ambulatoire de la population et particulièrement la ligne de premier recours doit être envisagé comme un élément d'une transformation systémique, requérant la mobilisation simultanée de différents leviers (formation, reconnaissance professionnelle, organisation, modes de rémunération et de financement). (II)

Le HCAAM estime aussi que les évolutions envisagées sont nécessairement incrémentales, ce qui suppose qu'une attention particulière soit apportée à l'ordonnancement des étapes au sein du processus de transformation recherché. La question de savoir s'il convient d'identifier un modèle-cible de coopération ou d'en admettre plusieurs, voire de concevoir la possibilité de modèles évolutifs est ici essentielle. Il en est de même de la façon d'articuler l'évolution spontanée des

exercices des professionnels de santé, des comportements des malades et les besoins qu'ils expriment, d'une part, avec les orientations qui sont retenues et les moyens qui sont mis à leur disposition d'autre part. La contrainte financière globale doit enfin être prise en compte tout au long de la montée en charge (III).

## I. RENFORCER LES COOPÉRATIONS POUR AMÉLIORER LE SERVICE RENDU À LA POPULATION

Au cours des dernières années, en France, la coopération a surtout été envisagée sous l'angle de la substitution et de la diversification<sup>1</sup>. Dans le présent avis, la coopération entre professionnels de santé recouvre l'ensemble des dimensions des relations entre ces professionnels que sont la concertation, la coordination, la substitution et la diversification des activités. Il ne se focalise pas, de ce fait, comme cela a été le cas dans le passé, sur la problématique de la délégation.

En effet, les logiques de coopération entre les professionnels de santé sont en général imbriquées et ne se réduisent pas à une alternative entre substitution et complémentarité (I.1). Leur traduction concrète dans les activités des professionnels est tributaire d'éléments de contexte, tels que la démographie des professions. La révision des perspectives de la démographie médicale ne laissant pas présager de contraintes aussi fortes que prévu sur le temps médical disponible (I.2), l'amélioration des services à la population apparaît aujourd'hui comme le principal objectif du renforcement des coopérations entre professionnels, dont il convient de préciser le contenu et la gradation (I.3).

### I.1. COMME LE MONTRENT LES ÉTUDES ET LES EXEMPLES ÉTRANGERS, LA COOPÉRATION ENTRE LES MÉDECINS ET LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ REPOSE SUR DES LOGIQUES IMBRIQUÉES

On peut distinguer, en théorie, deux logiques justifiant le renforcement de la coopération : la substitution, qui vise à déléguer ou transférer une partie de l'activité d'un professionnel, et la diversification des services s'appuyant sur l'intervention complémentaire de différents professionnels exerçant à champs de compétences donnés.

Dans l'hypothèse d'une raréfaction de l'offre médicale, qu'elle soit liée aux perspectives démographiques ou aux choix d'activité des médecins, notamment concernant leur temps de travail, la modification des frontières entre l'intervention des médecins et celle des autres professionnels de santé peut permettre de dégager du temps médical pour maintenir une prise en charge satisfaisante de la population et de façon plus prospective progressivement répondre à la nécessité du développement des soins ambulatoires autorisés par le progrès médical (médicaments, techniques d'intervention) et conduisant à des transferts de prise en charge de l'hôpital vers la ville.

Ce modèle théorique de substitution suppose :

---

<sup>1</sup> Délégation, transferts, nouveaux métiers...Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? Recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS, avril 2008

- une forte demande de soins pesant sur les médecins qui peut conduire à envisager le transfert ou la délégation de certains types d'actes ou de missions sans effet majeur sur les revenus des médecins,
- un cadre juridique pour la réalisation de l'activité exercée par les autres professionnels de santé (responsabilité en fonction du degré de supervision par le médecin, existence ou mise en place d'une nomenclature pour la prise en charge).

Il peut, à certaines conditions, favoriser une optimisation des coûts en faisant évoluer la répartition des activités prises en charge entre les différentes catégories de professionnels.

Cependant, le développement de la coopération entre les professionnels de santé pour mieux répondre aux besoins d'une population vieillissante, ne se réduit pas, en général au seul objectif d'optimisation quantitative des moyens mis en œuvre. Autorisant une meilleure utilisation et une synergie des compétences, elle est aussi conçue comme devant permettre une nouvelle approche de la prise en charge des malades chroniques dont la prévention et le suivi impliquent une relation active et dynamique entre le patient et le système de soins de proximité, comportant un premier recours et un second recours coordonnés. Indépendamment de tout contexte de tension sur la démographie médicale, le renforcement de la coopération entre professionnels peut ainsi avoir pour objectif d'offrir de nouveaux services à la population, dans une logique d'extension de l'offre et d'amélioration de la qualité du processus de soins.

Le renforcement des coopérations entre les professionnels de santé contient dans cette perspective une « promesse » d'enrichissement des services qu'ils rendent aux patients, s'appuyant notamment sur les outils suivants :

- le soutien à la gestion par le patient de sa maladie,
- la définition d'outils d'aide à la décision des praticiens : groupes de pairs, outils éducatifs, référentiels,
- la mise en place de schémas d'intervention actifs et pluridisciplinaires auprès des patients (équipes pluri-professionnelles, relance des malades qui n'ont pas effectué les examens recommandés, planification des consultations),
- la construction d'un système d'information permettant d'échanger entre les différents professionnels de santé et par exemple d'alerter pour contrôler le respect des protocoles de suivi, d'assurer au médecin un retour sur les résultats de sa prise en charge.

A ces éléments, peut être ajoutée la capacité de mobiliser des « ressources » de l'environnement social (travailleurs sociaux, groupes de patients), en complément ou en relais des professionnels de santé.

Ces évolutions ont pour objectif le développement des services tels que :

- améliorer l'orientation rapide dans la réponse à la demande de soins,
- assurer un meilleur suivi pour les patients affectés de maladies chroniques, associé le cas échéant à des programmes leur permettant une prise en charge active de leur maladie (programmes d'éducation thérapeutique ou de « *disease management* »).

Dans la pratique, et notamment lorsque l'on considère l'organisation des professions de santé en France et les modèles étrangers on rencontre rarement des cas de figure purs de substitution ou de diversification. Dans la réalité, les deux logiques sont le plus souvent imbriquées.

Divers types de distribution des activités entre professionnels mais aussi de composition des équipes de soins sont ainsi décrits<sup>2</sup>: la prise en charge par un professionnel plutôt que par un autre (suivi par une sage femme des grossesses plutôt que par un médecin), la délégation, constituée par le déplacement d'une tâche vers un autre professionnel (par exemple actes techniques de médecins vers les infirmiers), l'amélioration de l'expertise par l'acquisition de nouvelles compétences (exemple d'infirmière en éducation thérapeutique ou en diabétologie), l'innovation lorsque que l'on crée un nouveau métier ou que les métiers évoluent (par exemple infirmière clinicienne autorisée à diagnostiquer ou à prescrire dans certaines situations spécifiques).

Si les deux premiers types renvoient plutôt à une logique de substitution et les deux suivants plutôt à une logique de complémentarité, les évolutions effectives des activités respectivement prises en charge par les différents professionnels dépendent fortement du contexte en termes de démographie professionnelle. Dans un contexte sans tension forte sur la démographie des professionnels médecins et non médecins par exemple, on observe que le développement des activités des non médecins y compris dans le cadre d'une délégation peut s'accompagner de nouveaux développements dans les activités médicales, l'intervention des uns n'excluant pas celle des autres en ce cas, toutes les deux voyant en pratique leur contenu évoluer<sup>3</sup>.

Il faut, en outre, noter que les nouveaux services identifiés ne relèvent pas tous exclusivement de la coopération entre des professionnels de santé. Certains peuvent aussi être offerts en recourant à un prestataire extérieur (une plateforme d'appel ou un réseau d'appui, par exemple).

## I.2. EN FRANCE, L'ÉVOLUTION DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE N'IMPOSE PAS UNE COOPÉRATION UNIQUEMENT FONDÉE SUR LA SUBSTITUTION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ MAIS IMPLIQUE UNE ANALYSE EN TERME DE DISPONIBILITÉ D'ÉQUIPES

### I.2.1 LES PERSPECTIVES GÉNÉRALES DE LA DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTÉ

Il convient de souligner que les perspectives démographiques des médecins ne laissent pas présager, comme on l'imaginait jusqu'à présent, de pénurie générale.

Les dernières projections de la démographie médicale réalisées en 2009 par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) laissaient attendre une diminution du nombre de médecins entre 2007 (point de départ de la projection) et 2020, suivie à partir de cette date par une remontée des effectifs. Dans ces projections, les comportements des médecins étaient supposés constants, qu'il s'agisse de l'âge du départ à la retraite ou de l'ampleur des entrées de médecins étrangers. Les évolutions attendues reflétaient, en conséquence, pour l'essentiel les

---

<sup>2</sup> B. Sibbald et al, " Changing the skill-mix of the health care work force". Journal of health Services Research and Policy 9 (supp 1) 28-38.

<sup>3</sup> B. Sibbald, Transferts de tâches entre professionnels de santé dans les soins primaires au Royaume Uni et enseignements de la littérature internationale, Revue Française des Affaires sociales, 2010/3.

modifications historiques du *numerus clausus* à l'entrée dans les études médicales (passé de 8 000 dans les années 1970 à environ 3 500 au milieu des années 1990).

Les constats actuellement faits par la DREES relatifs à l'évolution observée du nombre de médecins entre 2007 et 2014 infirment les prévisions. Ils mettent, en effet, en évidence la poursuite d'une légère augmentation du nombre de médecins en activité qui résulte du recul de l'âge effectif de départ à la retraite des médecins sous l'effet des réformes des régimes de retraites. S'y ajoute l'augmentation des entrées de médecins diplômés à l'étranger, dont les débuts d'activité se partagent entre l'hôpital et la ville dans des proportions similaires à celles observées pour les médecins diplômés en France. Ces constats sont cohérents avec ceux récemment publiés par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM). En effet, la DREES inclut dans ses analyses les médecins remplaçants ainsi que les médecins qui cumulent un emploi et une retraite qui ne sont pas considérés par le CNOM comme des médecins ayant une « activité régulière ». La forte croissance du nombre de médecins cumulant un emploi et une retraite (près de 13 000 en 2014 contre 200 en 2005) explique l'essentiel de l'écart.

Ces constats conduisent la DREES à revoir ses projections. Elle anticipe désormais que la baisse projetée du nombre de médecins (correspondant au départ à la retraite de classes d'âge aux effectifs nombreux) se produira plus tard et pour une durée plus brève que celle qui était attendue.

Parallèlement, les effectifs d'infirmiers ont sensiblement augmenté depuis 2006, un peu plus rapidement que ce qui était anticipé. Cette évolution devrait se poursuivre d'ici 2030 sans inflexion majeure, à un rythme d'environ +1,3 % par an. Il est par ailleurs prévisible que le niveau de formation des infirmiers s'élèvera avec l'inscription de leur cursus dans le cadre Licence-Master-Doctorat.

Les évolutions projetées des autres professions, notamment des masseurs-kinésithérapeutes et des pharmaciens, mériteraient d'être actualisées.

Si la problématique de la rareté du temps médical disponible n'apparaît pas aussi alarmante qu'on le pensait, il faut tenir compte de la situation critique rencontrée sur certains territoires, en particulier ruraux ou périurbains, ou pour certaines disciplines. En effet, l'évolution globale recouvre des évolutions contrastées selon les disciplines et les territoires.

Les évolutions de certaines disciplines, telles l'ophtalmologie, conduisent d'ores et déjà à faire évoluer le partage des rôles entre différentes professions intervenant dans la prise en charge des patients (ophtalmologistes, orthoptistes). Le nombre de médecins généralistes fléchit. Certains territoires connaissent déjà des tensions qui appellent une diversité de réponses, incluant l'exercice professionnel groupé (en équipes qui peuvent être mono disciplinaires ou pluri disciplinaires). L'analyse des enseignements à tirer de ces différentes expériences mériterait d'être établie.

Au total, la coopération entre professionnels de santé, dans un contexte démographique moins contraint que prévu, doit être envisagée comme un moyen d'améliorer les services rendus à la population. Elle s'inscrit, par ailleurs, dans certains territoires et pour certaines disciplines, dans un contexte de tensions fortes.

## I.2.2 ENVISAGER LA DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS DANS LA PERSPECTIVE DE CONSTITUTION D'ÉQUIPES DE PROXIMITÉ

---

Il est possible que la constitution d'équipes de professionnels de santé de proximité rencontre des difficultés liées à l'absence de l'ensemble des compétences nécessaires dans certains territoires. La mise en place d'une ligne de prise en charge ambulatoire structurée suppose en effet, de ne plus raisonner profession par profession, mais de s'assurer que toute personne dispose d'un accès effectif à un ensemble de professionnels organisés pour la prendre en charge (médecins, paramédicaux et pharmaciens).

La DREES a présenté au HCAAM une étude mesurant la « colocalisation » des médecins généralistes et des infirmières. Ces travaux montrent que la présence des ces deux professions dans les bassins de vie n'est pas toujours simultanée. Une zone peut être sous-dense pour ce qui concerne les médecins généralistes et être bien pourvue en infirmières, l'inverse étant aussi possible. Dans les zones où la densité d'infirmières est actuellement forte, elles sont disponibles pour assurer des coopérations et effectuer aussi bien des actes techniques que des soins d'hygiène. Le dispositif de régulation démographique inscrit dans la convention nationale des infirmiers est à cet égard important. Plus généralement, cette problématique de la bonne répartition sur le territoire se pose pour d'autres professions de santé.

**Ceci met en évidence que la coopération doit être envisagée en liaison avec le contexte démographique dans lequel elle s'inscrit et sur lequel on doit dans un certain nombre de cas agir.**

**Le HCAAM considère qu'il est désormais nécessaire d'observer et de raisonner sur la démographie en passant de la notion de disponibilité par catégorie de professionnels, à celle d'une offre concrète de professionnels susceptibles de coopérer, voire d'équipes pluri professionnelles sur un territoire donné.**

## I.3. LE DEVELOPPEMENT DE LA COOPERATION DOIT CONDUIRE À UNE AMELIORATION CONCRÈTE DU SERVICE RENDU À LA POPULATION

Le renforcement de la coopération entre les professionnels ne constitue pas un objectif en soi, mais une condition nécessaire au développement d'une coordination effective de leurs interventions autour du patient pour rendre de nouveaux services à la population. Ces services doivent être rendus par une offre de soins de premier recours, articulée avec le second recours, ayant vocation à s'inscrire dans une dimension territoriale. Cette offre doit répondre à des critères de proximité, d'accessibilité et de continuité, intégrant la permanence des soins.

### I.3.1 DE NOUVEAUX SERVICES...

---

Ces nouveaux services ont déjà été abordés dans les réflexions sur la médecine de parcours, telle que résumées dans l'avis du HCAAM, Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM. Ils intègrent une fonction de « synthèse médicale » et une fonction de « coordination soignante et sociale»<sup>4</sup>.

**Tout d'abord, la coopération doit permettre d'améliorer les prises en charge des patients au long cours, que leurs situations relèvent de pathologies chroniques, de polyopathologies ou de cas complexes.** Elle doit contribuer à assurer une continuité de la prise en charge, notamment pour les soins non programmés. Pour fonctionner, cette continuité suppose un échange régulier et formalisé d'information entre les différents professionnels, médecins généralistes et spécialistes, paramédicaux, pharmaciens intervenant autour des patients dans le cadre d'une protocolisation renforcée des soins pour les patients ayant une pathologie qui le nécessite. Elle doit permettre d'éviter l'aggravation ou la décompensation des maladies dans certaines situations conduisant à des hospitalisations.

**Ensuite, elle doit permettre de gérer des épisodes de soins particuliers, marqués par de possibles ruptures.** Cette coopération doit notamment intervenir à l'occasion du retour à domicile après un épisode de soins hospitaliers et s'adresser sous une forme adaptée aux personnes en perte d'autonomie.

**Enfin, elle peut permettre d'adapter la prise en charge de santé publique, notamment au titre de la prévention, du dépistage** et de l'éducation générale à la santé. Les services à développer dans cette perspective doivent s'adresser aussi aux personnes ne recourant pas au système de soins.

L'élaboration de référentiels par la Haute Autorité de Santé (HAS) est un appui indispensable pour cette démarche<sup>5</sup>. Ce travail doit être prolongé de façon à spécifier précisément les services attendus.

Les services doivent être définis pour des types de patients identifiés, dans des situations précises.

### I.3.2 QUI DOIVENT S'ORGANISER DANS DES TERRITOIRES DE PROXIMITÉ...

---

Cette approche doit s'inscrire dans des territoires dans le prolongement des actions engagées notamment pour répondre à la problématique des zones médicalement sous-dotées.

L'organisation de ces services aux patients et plus largement à toute la population suppose de s'appuyer sur les diagnostics territoriaux partagés sous la responsabilité des ARS, reposant sur une appréciation des besoins et des réponses susceptibles de leur être apportées ainsi que des limites

---

<sup>4</sup> « La première vaut pour tous les assurés, centralise l'ensemble des décisions sur les soins et les modes de prise en charge, et est assurée par principe par le médecin traitant. La seconde ne s'impose que dans les situations les plus complexes, garantit la circulation de l'information entre tous les soignants de proximité et veille à la bonne succession des interventions à domicile. Également exercée sous la supervision du médecin traitant, elle devrait le plus couramment être assurée par une infirmière, mais pourrait l'être aussi par un autre professionnel de santé, voire –dans les cas qui n'appellent pas une telle intervention – par une assistante sociale », HCAAM, avis du 22 mars 2012.

<sup>5</sup> Guides de parcours de soins de la HAS (BPCO, maladie de Parkinson, maladie rénale chronique, insuffisance cardiaque, cancers broncho-pulmonaires et mésothéliome pleural malin, lymphome de l'adulte, diabète de type 2 de l'adulte, fibrillation atriale) ; mode d'emploi du plan personnalisé de santé ; cahier des charges pour la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique dans le cadre de l'expérimentation PAERPA.



des réponses existantes. Ce diagnostic doit associer notamment les représentants des usagers du système de santé ainsi que les professionnels de santé de proximité et particulièrement ceux qui s'inscrivent dans une démarche de travail en équipe.

Cette organisation doit également prendre en compte des remontées d'information et l'expression des attentes aussi bien portées par les représentants des usagers que produites par les équipes de proximité.

**Le HCAAM estime que le territoire doit être envisagé à partir de la demande de services attendus par la population plutôt qu'à partir de l'offre que l'on souhaiterait remodeler.**

Le service attendu est ainsi un service complet tel que décrit ci-dessus qui doit permettre une prise en charge organisée a priori du parcours des personnes (ce qui n'interdit pas de distinguer suivi au long cours de certains malades, gestion d'épisodes critiques, actions de prévention au bénéfice de toute la population).

L'offre peut ainsi être organisée dans le cadre d'un territoire « flottant » s'agissant de la réponse à apporter aux patients, tenant compte des zones d'exercice des professionnels ou des équipes qui se sont constituées ainsi que des pratiques observées de recours au système de soins<sup>6</sup>.

Elle se déploiera, en revanche, nécessairement sur un territoire prédéterminé pour les actions de santé publique s'adressant à toute la population (ou à certains publics de non recourant aux soins).

**Le HCAAM estime qu'en toutes hypothèses l'offre de services doit répondre à un objectif de lisibilité particulièrement nécessaire pour gérer les points d'entrée dans le système, notamment en cas d'urgence et dans le cadre de la permanence des soins. Cette réponse inclut la garantie de trouver un médecin traitant accessible et susceptible de mobiliser des ressources adaptées de proximité.**

### I.3.3...QUI DOIVENT APPORTER UNE RÉPONSE GRADUÉE AUX BESOINS DE LA POPULATION

La structuration d'une ligne de prise en charge ambulatoire doit être conçue pour apporter une réponse adaptée et graduée aux besoins de la population. Toute la population n'a pas, en effet, vocation à bénéficier de tous les services indifféremment. La coopération doit répondre à une gradation des besoins, à l'image de la stratification modélisée par Kaiser Permanente, adaptée aux niveaux de risques de la population tels que mesurés par la CNAMTS (cf. schéma ci-dessous).

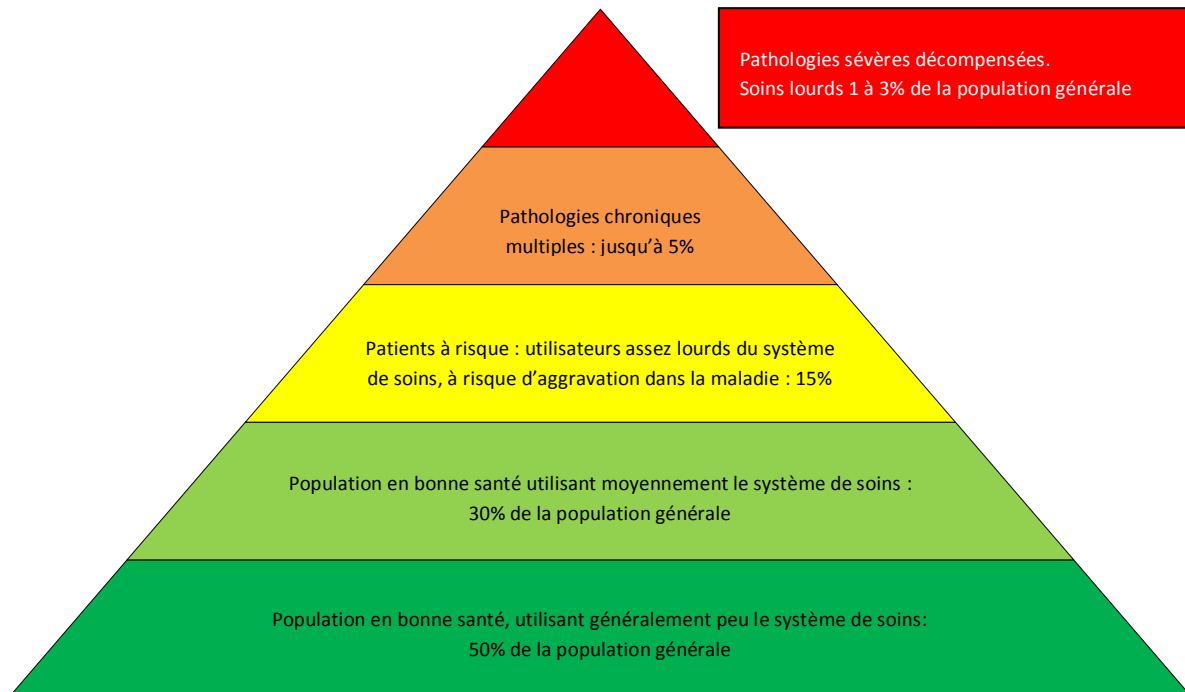
Selon ces données, 20 % de la population est affectée de pathologies nécessitant un suivi spécifique, notamment des pathologies chroniques non stabilisées, entre 1 et 3 % supplémentaires relèvent quant à eux de soins lourds. Concrètement, ceci signifie que sur une patientèle moyenne d'un médecin traitant de 800 personnes<sup>7</sup>, 160 auraient besoin d'une coopération renforcée, entre 8 et 24 autres relèveraient potentiellement de la gestion de cas. La population cible de la gestion de cas est

---

<sup>6</sup> DREES, l'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux, études et résultats n°795, mars 2012.

<sup>7</sup> De plus de 16 ans

toutefois délicate à évaluer précisément, dans la mesure où la complexité ne naît pas seulement de l'état de santé du patient mais aussi de sa situation sociale (isolement, perte d'autonomie).



Si l'on considère les épisodes critiques tels que les sorties d'hospitalisation, on peut estimer qu'ils représentent en moyenne 200 occurrences par an pour une patientèle moyenne de médecin traitant, ce qui est considérable (estimation fondée sur le ratio entre le nombre de séjours hospitaliers en MCO hors séances et l'effectif de la population en France, 25 %, et la taille moyenne d'une patientèle de médecin traitant de 800 personnes).

Les proportions des différents types de situations dans la file active des paramédicaux sont certainement très différentes (on peut penser que la part des malades chroniques et situations complexes de personnes âgées notamment y sont plus importantes).

D'autres classifications existent pour rendre compte de la variété des situations et des besoins, notamment médico-sociaux et sociaux, ainsi que des enjeux de santé publique. Dans tous les cas, une gradation de services rendus à la population est nécessaire.

**Le HCAAM observe que les études permettant d'analyser et de quantifier les besoins correspondant aux différents types de situations ainsi que leur poids dans l'activité effective ou potentielle des différents professionnels de santé mériteraient d'être développées.**

## II. UNE ÉVOLUTION SYSTÉMIQUE

La richesse des coopérations des professionnels de santé dépend avant tout des modèles d'organisation des soins qui définissent les cadres d'exercice des professions (regroupées ou non, par profession ou de façon pluri professionnelle), même si les statuts, les modes de rémunération ou les rôles professionnels ont une influence importante : les coopérations « découlent » en quelque sorte des choix d'organisation des systèmes effectués par les pouvoirs publics.

C'est d'ailleurs en ces termes que certains pays étrangers ont pensé précocement les coopérations des professionnels et engagé les évolutions de leur système de soins, et notamment des soins primaires, premier recours dans ces pays avant les soins hospitaliers. Pour autant, toutes les organisations recherchent encore une meilleure articulation et donc une optimisation des différents niveaux de leurs soins (primaires, secondaires) et des liaisons opérantes avec le système social.

En France, l'effort de structuration du système de soins a jusqu'à présent porté essentiellement sur le secteur hospitalier. Il est désormais impératif de faire des choix explicites pour la prise en charge ambulatoire.

### II.1. UNE ÉVOLUTION DANS LE PROLONGEMENT DE LA TRANSFORMATION ENGAGÉE DE LA PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE ET QUI DOIT ÊTRE CONÇUE DE FAÇON SYSTÉMIQUE

Le modèle de santé français fortement centré sur l'hôpital et déterminé, s'agissant des soins ambulatoires, par les principes de la Charte de la médecine libérale de 1927, s'est historiquement caractérisé par l'absence de projet global explicite d'organisation des soins primaires à une échelle territoriale ou populationnelle. Il a ainsi développé une offre ambulatoire de médecine générale et de médecine spécialisée, fonctionnant le plus souvent dans le cadre d'un exercice libéral individuel et coexistant avec des structures minoritaires diverses telles que les centres de santé, tournés dans un certain nombre de cas vers des populations défavorisées.

Dans ce modèle<sup>8</sup>, l'offre de soins ambulatoires se trouve faiblement structurée et inégalement répartie sur le territoire, pharmaciens mis à part. Les tâches et les missions des différents professionnels se définissent par le contenu des métiers résultant pour les médecins des référentiels de formation gérés par les instances académiques et pour les professionnels paramédicaux de textes définissant leurs compétences. La coordination des soins repose, par conséquent, largement sur le patient et sa famille ainsi que sur des modalités d'entente plus ou moins explicites entre les différents professionnels.

A partir des années 1970, les efforts de gradation de la prise en charge de la population ont logiquement porté sur l'hôpital, centre de gravité du système en vue d'organiser différents niveaux de recours au système hospitalier correspondant à une différenciation des moyens mis en œuvre.

Depuis plusieurs années, cependant, ce modèle a connu d'importantes évolutions tendant à rationaliser l'offre de soins ambulatoires et à structurer une ligne de prise en charge de premier

---

<sup>8</sup> Qualifié par la littérature académique de modèle professionnel non hiérarchisé. IRDES, Questions d'économie de la santé n° 141, avril 2009.

recours susceptible de répondre de façon plus organisée aux objectifs d'accessibilité, de proximité, de continuité et de permanence des soins en lien avec les autres secteurs du système de santé (qui caractérisent la notion de soins primaires au sens de l'Organisation mondiale de la Santé, OMS).

La réforme du médecin traitant et du parcours de soins introduite en 2004 par la convention médicale marque à cet égard un tournant. Elle donne au médecin traitant choisi par l'assuré un rôle central dans la coordination des soins et du parcours des patients. Elle a été prolongée dans les conventions médicales ultérieures et particulièrement dans la convention de 2011 par une évolution des modes de rémunération des médecins favorisant l'émergence, à côté de la rémunération à l'acte, de rémunérations forfaitaires pour la prise en charge et le suivi des patients en affection de longue durée (ALD), des patients âgés (pour le médecin traitant), ou dans le cadre du parcours coordonné (pour le médecin correspondant), ainsi que de rémunérations associées à des objectifs de qualité et de santé publique (rémunération sur objectifs de santé publique, ROSP). Cette évolution concerne également les conventions des auxiliaires médicaux (majoration de coordination infirmière en 2011).

La loi hôpital, patients, santé, territoires de 2009 donne une définition de la médecine de premier recours ainsi que des missions du médecin généraliste. Elle organise une territorialisation de l'offre sanitaire et médicosociale dont elle confie le pilotage à un niveau déconcentré aux Agences régionales de santé. La recherche d'une meilleure répartition de l'offre sur le territoire, de l'accessibilité et de la permanence des soins se traduit par des mesures prises par l'État et les ARS (contrat d'engagement de service public, de praticien territorial de médecine générale, référent installation dans les ARS, développement des maisons médicales de garde, etc.), par les collectivités territoriales ainsi que par des dispositions conventionnelles.

Plus récemment, des évolutions ayant pour la plupart une dimension encore expérimentale ont été engagées visant à encourager la coopération dans le cadre de l'exercice regroupé des professionnels (expérimentation des nouveaux modes de rémunération - ENMR, ASALEE, deux dispositifs approfondis et étendus en 2014<sup>9</sup>) ainsi que la coopération entre professionnels autour de certaines populations, personnes âgées en situation de perte d'autonomie (PAERPA) notamment, qui s'ajoutent à des dispositifs plus anciens (MAIA pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer). Ces évolutions tendent à faire émerger de nouveaux modes de prise en charge par des équipes pluri professionnelles en ambulatoire, à côté de dispositifs qui préexistaient tels que les réseaux de santé (généralement structurés autour d'une pathologie), les filières (gérontologiques notamment) et l'hospitalisation à domicile.

**Se dessine ainsi une évolution tendant à la constitution d'une ligne de prise en charge ambulatoire de premier recours. Le HCAAM estime que cette transformation doit être explicitement conçue comme une transformation systémique, faute de quoi l'ensemble des éléments ne sera jamais réuni pour mettre en œuvre de façon effective cette organisation centrée sur les besoins de santé de la population.**

**Il s'agit d'organiser en France un étage ambulatoire, premier contact de chaque patient avec le système de soins, appuyé et non pas concurrencé par les autres étages et au sein duquel la**

---

<sup>9</sup> Refonte du mode de financement et ouverture à 160 nouvelles structures pour les ENMR, nouvelle vague de 100 ETP supplémentaires pour ASALEE.

**gradation de la prise en charge est prévue. C'est une condition nécessaire pour rééquilibrer notre système. Le renforcement des coopérations entre professionnels de santé doit être pensé de façon cohérente avec cette transformation structurée autour du médecin traitant et intégrant la dimension populationnelle à l'échelon territorial<sup>10</sup>. La coopération entre médecin traitant et correspondant, entre soins primaires et soins hospitaliers, entre soins primaires et secteur social et médicosocial sont les défis qui s'ajoutent à celui de la coopération entre acteurs de soins primaires.**

La poursuite de cette transformation nécessite d'actionner des leviers à la fois dans le champ de la formation et de la recherche, dans le domaine de l'organisation, du mode de rémunération des professionnels et de systèmes d'information communicants. Elle suppose, pour pouvoir se concrétiser, la disponibilité des professionnels nécessaires sur le territoire, le développement de systèmes d'information et la mise en place d'articulations satisfaisantes entre les professionnels exerçant en ambulatoire, l'hôpital et les secteurs sociaux et médico-sociaux.

**Mais avant toute chose, le HCAAM estime que la mise en place d'un nouveau modèle constitue une exigence qui doit être portée politiquement dans la durée. Elle doit être mise en œuvre selon des étapes identifiées et suivie à l'aide, notamment, d'indicateurs pertinents. La troisième partie du présent avis revient sur ce point.**

**Le premier levier à actionner concerne la formation, la recherche et la reconnaissance professionnelle.**

Les ressources humaines sont la composante principale et la richesse des systèmes de santé. Au moins autant que le progrès technique, qu'elles incorporent d'ailleurs dans une large mesure, elles en déterminent à très long terme la logique. La « standardisation » des qualifications est le principal vecteur de la coordination dans les organisations de santé, comme dans toute organisation où la production est assurée par des professionnels à haut, voire très haut niveau de qualification.

Il est dès lors stratégique de valoriser tant dans le cadre de la formation initiale que continue la dimension pluri professionnelle et la logique de prise en charge en termes de parcours. En même temps que l'on souhaite faire émerger de nouvelles missions et pratiques professionnelles en ambulatoire, il convient de mettre en forme les pratiques validées, d'assurer leur diffusion et leur transmission tant dans le cadre de la formation théorique que de la pratique. C'est la condition de leur intégration dans les projets professionnels et de leur réussite durable. Cette orientation doit se traduire notamment dans les cursus théoriques de l'ensemble des professionnels de santé ainsi que dans les stages proposés.

Il convient d'être attentif à la tendance à l'acquisition par les médecins généralistes de compétences particulières, tendance qui est renforcée par les offres de formations spécialisantes telles que les diplômes d'études spécialisées complémentaires (DESC). Elle peut être utile pour assurer dans le cadre d'exercices regroupés la prise en charge de dimensions spécifiques telles que la santé mentale

---

<sup>10</sup> Ce qui fait évoluer le modèle français vers un modèle hybride empruntant des traits, d'une part au modèle professionnel hiérarchisé qui donne un rôle particulier au médecin traitant (l'accès aux autres acteurs s'effectuant par son intermédiaire, comme au Royaume Uni), et d'autre part au modèle communautaire qui privilégie une organisation décentralisée sur des territoires, le médecin étant inclus dans un ensemble (centres, cliniques) qui dessert une population définie avec un objectif de santé et organise une coopération entre les professionnels de santé, fréquemment par un regroupement physique (comme en Suède).

ou la gériatrie, et permettre des évolutions professionnelles des médecins. Elle peut aussi, en répondant à une logique de différenciation, faire courir des risques par rapport au modèle souhaité de prise en charge globale des patients.

Il faut également constituer un appareil de recherche et de formation intégrant la dimension que l'on souhaite développer, la coopération pluri professionnelle, dans la perspective de la gestion de parcours, en ambulatoire.

**Le deuxième levier à actionner est celui de la disponibilité sur le territoire de professionnels susceptibles de coopérer en vue d'assurer des prises en charge coordonnées dans des conditions lisibles pour la population.**

Ce qui importe c'est l'existence d'une organisation a priori qui évite l'intervention gérée dans l'urgence et au cas par cas. Il faut mettre à disposition des malades des informations leur permettant de savoir où s'adresser et de connaître le service qu'ils sont en droit d'attendre.

**Le troisième levier est celui des moyens minimum permettant aux professionnels de coopérer.**

La coopération suppose au minimum des secrétariats. Les regroupements mono professionnels qui s'opèrent spontanément facilitent la mutualisation des secrétariats<sup>11</sup>.

**Le quatrième levier est celui des systèmes d'information communicants et sécurisés entre professionnels de santé.**

Ce levier constitue une condition nécessaire à toute structuration de l'offre de soins de premier recours. C'est un point capital que le HCAAM n'a pas approfondi à ce stade.

**Les développements qui suivent portent plus particulièrement sur les leviers à actionner en termes d'organisation et de rémunération des professionnels.**

## II.2. FAUT-IL UN OU PLUSIEURS MODÈLES D'ORGANISATION DE LA COOPÉRATION EN VILLE ?

En ville, l'exercice de la coopération entre plusieurs professions n'est à l'heure actuelle généralement pas formalisé. Le code de la santé publique indique seulement que le médecin généraliste de premier recours a pour mission de coordonner les soins nécessaires à ses patients, de coopérer avec les autres professionnels pour la prise en charge de ses malades chroniques sans que la façon de s'organiser pour le faire ne soit précisée dans la loi, hormis la responsabilité qui lui est confiée d'assurer la synthèse des informations transmises par les différents professionnels. Cette synthèse figure d'ailleurs dans la liste de ce qui incombe au médecin traitant dans la convention médicale de 2011.

---

<sup>11</sup> 44 % des généralistes assurent eux-mêmes leur secrétariat. Ce taux est de 66 % pour les médecins exerçant seuls et de 24 % pour ceux exerçant en groupe. 70 % des médecins de moins de 45 ans disposent d'un secrétariat. 29 % des médecins sans secrétariat tiennent aussi leur comptabilité, contre 16 % pour les autres. DREES, Études et résultats n° 797, mars 2012, les emplois du temps des médecins généralistes.

Plusieurs questions se posent quant au cadre organisationnel dans lequel la coopération est susceptible de se développer.

En effet, diverses formes d'organisations sont possibles pour développer la coopération entre professionnels. Selon la forme retenue, la portée potentielle de la coopération (en termes d'intensité et de contenu aussi bien que du nombre de patients susceptibles d'être pris en charge) ainsi que, corrélativement, son coût de mise en œuvre sont très variables.

**Le HCAAM estime que les choix les plus déterminants portent sur l'organisation des équipes soignantes ainsi que sur la façon dont se gère l'adéquation entre les besoins des personnes et le type de services (et de coopération associée) dont ils bénéficient.**

### II.2.1.L'ÉQUIPE DOIT-ELLE PRÉEXISTER À LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT ET ÊTRE PHYSIQUEMENT REGROUPÉE OU NON?

---

Depuis plusieurs années, l'exercice regroupé des différents professionnels libéraux se développe. Le travail dans le cadre de cabinets de groupe tend à devenir le mode d'exercice de référence, ce qui est un élément de nature à favoriser une certaine mutualisation des moyens et une réponse à la demande de continuité et de permanence des soins ambulatoires. Il prend cependant majoritairement la forme d'un exercice regroupé mono professionnel et plus rarement celle d'un exercice regroupé pluri professionnel.

En outre, le mode d'exercice groupé des professionnels peut recouvrir plusieurs types d'organisation, allant de la moins intégrée à la plus intégrée. Certains cabinets de groupe où plusieurs professionnels sont rassemblés en un même lieu peuvent ne pas partager de projet de santé ni avoir établi de procédures formalisées de coopération pour la prise en charge d'un malade et a fortiori d'une patientèle ou d'une population. La coopération entre professionnels est en revanche formalisée dans un certain nombre de maisons de santé, de pôles de santé (maisons de santé pluriprofessionnelles, MSP, sans toit commun) et les centres de santé. L'hospitalisation à domicile, indépendamment de son statut spécifique d'établissement de santé, fonctionne en coopération très formalisée avec des professionnels de ville.

**Le premier type possible de coopération est celui de la coopération mise en œuvre autour du patient dans le cadre des formes traditionnelles d'exercice.** C'est celle qui existe le plus souvent actuellement et se déploie dans le cadre de réseaux informels, qui articulent le premier et le second recours et dont il ne faut pas sous-estimer l'efficacité pour la majorité des patients pris en charge. Les professionnels de santé avec lesquels les médecins généralistes ont le plus de contact sont les spécialistes de ville et les pharmaciens, viennent ensuite les infirmiers, les biologistes et les masseurs-kinésithérapeutes. S'agissant de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, elle mobilise des réseaux plus divers, impliquant fortement infirmiers libéraux, SSIAD, consultations spécialisées, HAD, aides ménagères notamment<sup>12</sup>.

En principe, le patient peut choisir lui-même les professionnels qui le prendront en charge, suivant les principes du colloque singulier et du libre choix par le patient des différents intervenants.

---

<sup>12</sup> DREES, Études et résultats n° 649, août 2008, les médecins généralistes : un réseau étendu et varié.

D'un point de vue pratique, cette forme de coopération présente des limites matérielles du fait de la multiplicité des équipes *ad hoc* qui se constituent pour la prise en charge des patients. Potentiellement, dans une grande ville, une telle organisation pourrait conduire à ce qu'un médecin traitant, un infirmier ou un pharmacien se trouve impliqué dans autant d'équipes que de patients ayant besoin d'être suivi par une équipe (environ 200 personnes en moyenne pour un médecin, cf. *supra*). Dans des zones moins denses, le nombre d'équipes potentielles serait certes moins élevé mais encore trop pour pouvoir mettre en œuvre une coopération très substantielle ou étendue à un grand nombre de patients compte tenu des distances. Ces limites conduisent à un coût d'opportunité important de la mise en œuvre d'une coopération très formalisée pour les professionnels concernés (par rapport à leur activité habituelle) et nécessite de ce fait une rémunération élevée si l'on veut assurer une neutralité de son développement sur leurs revenus.

Par ailleurs, cette organisation *ad hoc* (au cas par cas pour chaque patient) n'est pas adaptée à la prise en charge de la population d'un territoire, puisqu'elle ne serait mise en œuvre qu'à l'initiative de patients recourant au système de santé.

La protocolisation de l'intervention des professionnels et la formalisation de certains éléments matérialisant la coopération mise en œuvre (tel que le Plan personnalisé de santé) font le pari d'une intégration croissante de l'intervention des professionnels exerçant en ambulatoire qui devrait les conduire à évoluer vers les formes d'organisation les plus appropriées et efficaces pour répondre aux attentes des patients et aux cahiers des charges auxquels ils répondent.

Si l'évolution est vertueuse, elle devrait aboutir au deuxième type de coopération. Celui-ci correspond à une coopération mise en œuvre dans le cadre d'équipes de soins organisées.

**Le HCAAM constate que les équipes pluri professionnelles qui se sont constituées à l'initiative de l'un ou l'autre des professionnels s'organisent plus facilement que des équipes à géométrie variable constituées au cas par cas autour des patients.** Leurs « coûts de coordination » sont plus limités : elles ont l'habitude de travailler ensemble et ont souvent formalisé leurs méthodes de coopération, elles peuvent partager des référentiels, des systèmes d'information, répondre avec davantage de souplesse aux demandes de la patientèle et se réunir plus aisément. Dans ce cas, le choix du patient se porte sur une équipe soignante et non sur chaque professionnel.

**Cette voie lui paraît donc devoir être privilégiée. Elle nécessite cependant une réflexion sur les conditions d'exercice du choix des patients au long de leur prise en charge.**

**Il faut, en outre, sans doute distinguer les besoins de coopération requis par la prise en charge au long cours de certains malades chroniques et celle que nécessite la gestion de certains épisodes de soins, ou la participation à des campagnes de prévention et de dépistage.**

**Le HCAAM considère en revanche que la question du regroupement physique est moins décisive.** Les équipes qui se sont constituées à l'initiative de professionnels autour d'un projet de santé et ont formalisé leurs modes de coopération peuvent se regrouper sous le même toit, dans des MSP, ou préférer ne pas le faire, comme dans ce qu'il est convenu d'appeler les pôles de santé. Le HCAAM considère qu'il ne s'agit pas là d'une question déterminante pour l'organisation de la coopération



autour du patient, même s'il ne mésestime pas le problème du financement<sup>13</sup> des frais fixes dans le cas du regroupement physique (salles d'attente, secrétariat, systèmes d'information...) qui doit aussi être pris en compte dans le raisonnement.

**La coopération n'est ainsi pas une dimension de l'activité des professionnels de santé dont le contenu et le coût peuvent être considérés indépendamment de l'organisation dans laquelle ils s'inscrivent.**

## II.2.2.COMMENT EST ASSURÉE L'ADÉQUATION AUX BESOINS DE LA POPULATION DU SERVICE RENDU ET DES COOPÉRATIONS MISES EN OEUVRE?

---

Le médecin traitant est responsable de la coopération au sein de l'équipe pluri professionnelle, qu'elle soit permanente ou non.

Une formalisation minimale est cependant indispensable si l'on veut dépasser une prise en charge coordonnée au cas par cas et qui ne peut traiter que certains malades. Les expérimentations en cours autour des personnes âgées et les référentiels élaborés par la HAS fournissent les bases nécessaires pour l'élaboration de Plans personnalisés de soins et l'organisation d'un suivi coordonné et anticipé des soins pour les malades le requérant. Ce Plan est élaboré par l'équipe prenant en charge le patient. Dans ce cadre c'est le médecin qui fait la synthèse médicale des informations transmises par les professionnels. Le suivi du patient est assuré par l'ensemble de l'équipe et plus particulièrement les professionnels paramédicaux et pharmaciens qui en sont membres.

Tout aussi importante est la question de savoir comment est déclenchée la mise en place d'une coopération particulière au bénéfice d'un patient et comment est déterminé le type de service mis en œuvre pour répondre à ses besoins. **Le HCAAM estime en effet qu'il est essentiel d'apporter une réponse dont la gradation soit prévue dans le champ ambulatoire.**

Trois modèles sont possibles : le déclenchement par le malade, le déclenchement par un professionnel de santé, le déclenchement par un acteur extérieur de type gestionnaire de cas. La logique d'évolution du système voudrait que ce soit au médecin traitant en charge du patient de prendre la décision de le faire suivre par une équipe pluridisciplinaire. Il est évident que d'autres professionnels, tels que l'infirmier libéral, le pharmacien, ou la famille peuvent alerter le médecin traitant des difficultés d'une personne. Cette prise en charge collective doit être impérativement soumise à l'accord du patient. L'évolution du rapport aux outils modernes de communication ainsi que les attentes de certains patients peuvent également les conduire à jouer un rôle actif dans le processus.

**Ce qui importe cependant c'est l'organisation préalable des conditions de prise en charge des patients dans un cadre protocolisé et en fonction des besoins recueillis et analysés par l'équipe de soins.**

---

<sup>13</sup> Cette question renvoie aussi bien au financement de surcoûts qu'aux mutualisations générant des économies d'échelle.

**Dans tous les cas, le développement des pratiques de travail en commun des équipes pluri professionnelles doit être accompagné de la mise en place d'outils en permettant l'évaluation, par les équipes elles-mêmes au premier chef et dans le cadre d'évaluations externes.**

La mise en place de dispositifs d'appui permettant de gérer des dimensions que l'équipe soignante ne peut pas prendre en charge, ou que pour le moment les médecins, exerçant dans un cadre individuel, peuvent difficilement prendre en charge, est efficace à condition de veiller à ce que ces dispositifs ne s'autonomisent pas au risque de susciter le rejet des professionnels qu'ils doivent aider.

Comme l'indique une récente instruction<sup>14</sup> de la direction générale de l'offre de soins (DGOS), des ressources existent déjà notamment dans le cadre des réseaux fonctionnant par pathologie qui pourraient être réorientés et progressivement mutualisés au niveau territorial sous la responsabilité des ARS pour assurer la fonction d'appui identifiée.

### II.2.3. DES DÉLÉGATIONS D'ACTES OU D'ACTIVITÉ SONT-ELLES UTILES?

L'expérimentation de protocoles de transferts d'actes dérogatoires ou d'un segment de prise en charge est autorisée par la loi<sup>15</sup>. Des protocoles ont connu un certain développement, notamment :

- dans les cabinets d'ophtalmologistes avec le transfert à l'orthoptiste de la prescription médicale des actes dispensés, protocole ouvert dans 9 régions ;
- en cabinet de radiologie, le transfert au manipulateur d'électroradiologie médicale de la réalisation de l'échographie, ouvert dans 12 régions ;
- le dépistage itinérant de la rétinopathie diabétique, qui inclut la télétransmission des examens réalisés par l'orthoptiste ;
- l'infirmière intitulée « déléguée de santé publique » dans le cadre d'ASALEE<sup>16</sup>

Cependant, le faible développement des coopérations formalisées en ambulatoire circonscrit aujourd'hui les attentes les plus fortes à des contextes de rareté du temps médical. Ainsi, la question de la rareté du temps médical ne se pose que dans certains territoires et pour certaines disciplines. **A cet égard, le HCAAM estime que la perspective d'une démarche nationale de délégation dans le domaine de l'ophtalmologie, par exemple, pourrait être adoptée.**

En revanche, dans le cadre d'équipes où un médecin peut intervenir à tout moment et où les habitudes de travail collectif sont bien ancrées, les attentes sont très fortes pour l'évolution des partages de compétence.

**Le HCAAM estime dès lors logique et nécessaire que dans toutes les structures et organisations dans lesquelles un médecin peut intervenir à tout moment, les possibilités de coopération entre médecins et autres professionnels de santé se développent largement. Les procédures en permettant le développement pourraient être assouplies. Elles sont le prolongement logique de la**

---

<sup>14</sup> Instruction DGOS/PF3 no 2012-349 du 28 septembre 2012 relative au guide méthodologique « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé »

<sup>15</sup> 4<sup>ème</sup> partie, livre préliminaire, titre I du code de la santé publique.

<sup>16</sup> Les délégations dans le cadre d'ASALEE relèvent de 4 protocoles, sur le suivi des patients diabétiques de type 2, des patients présentant un risque cardiovasculaire, le suivi et l'identification du risque de broncho-pneumopathie obstructive (BPCO) chez les patients tabagiques, le repérage des troubles cognitifs.

## **pratique du travail en équipe et répondent à une préoccupation d'efficacité dans l'utilisation du temps médical.**

Ce type de délégation conduit à envisager l'évolution des champs de compétence. Par ailleurs, des professions de santé de niveau intermédiaire peuvent ainsi émerger : mise en place à partir de métiers socles, valorisation des acquis professionnels, validation encadrée au niveau national et enfin mise en place de filières universitaires.

### **II.2.4.COMMENT SE FAIT L'ARTICULATION AVEC L'HÔPITAL, LE SECTEUR SOCIAL ET LE SECTEUR MÉDICOSOCIAL ?**

---

Dans ses précédents rapports le HCAAM a identifié l'articulation entre l'ambulatoire, l'hôpital et les secteurs médicosocial et social comme un élément central de la qualité de prise en charge des patients dans une logique de parcours.

Privilégier chaque fois que c'est possible une prise en charge ambulatoire suppose que cette articulation avec les autres secteurs fonctionne. L'enjeu est de coordonner les multiples acteurs des secteurs sanitaires, de ville et hospitaliers, médico-social et social, de façon à ce que les patients puissent être pris en charge à domicile, ce qui correspond à leurs souhaits et est collectivement moins coûteux.

Deux schémas sont ici possibles :

- celui où des équipes ambulatoires suffisamment structurées existent et peuvent intégrer dans leur dispositif cette articulation,
- celui où des dispositifs externes doivent être mis en place pour lesquels l'articulation avec les professionnels de santé ambulatoires peut être assurée de façons diverses, selon qu'ils sont conçus comme des dispositifs d'appui dont la mobilisation revient auxdits professionnels (sous réserve de l'accord du patient) ou qu'ils sont proposés aux patients (en liaison avec les professionnels qui le prennent en charge).

Une attention particulière doit être portée aux relations avec l'hôpital pour éviter les séjours inadéquats :

- les entrées par les urgences doivent, dans toute la mesure possible, être évitées, particulièrement pour les personnes âgées, en mettant en place des liens formalisés entre les équipes de soins de ville et les services hospitaliers ;
- parallèlement, les sorties d'hospitalisation ainsi que les prises en charge après une hospitalisation ambulatoire devront être organisées et facilitées. C'est sur ces points sans doute que l'apport des équipes chargées de l'articulation des trois secteurs pourrait être le plus significatif. Leur mobilisation permettrait de contribuer concrètement au basculement vers la ville de la prise en charge des patients.

## II.3. QUEL MODÈLE DE FINANCEMENT DE LA COOPÉRATION ?

### II.3.1. L'EXISTANT

---

Le HCAAM remarque que la coopération ou la coordination sont actuellement rémunérées par différents dispositifs bénéficiant aux médecins libéraux. Les uns sont liés à l'atteinte d'objectifs, d'autres à la taille de la patientèle, d'autres enfin sont liés au nombre d'actes.

- Rémunération à la performance : le médecin traitant établit une synthèse médicale reprenant le projet thérapeutique et les échanges avec les autres professionnels de santé pour avis ou suivi coordonné. Cette synthèse médicale est rémunérée dans le cadre de la ROSP. Les médecins généralistes ont perçu au titre de l'ensemble des objectifs (pas seulement ceux liés à la coordination) environ 300 M€ en 2013 selon la CNAMTS.
- Rémunérations à la capitation :
  - o le médecin traitant perçoit un forfait pour chaque malade en ALD de 40 € par an en contrepartie de la rédaction du protocole de soins et de son actualisation. La masse de ces forfaits représentait en 2012 environ 350 M€.
  - o Depuis le 1er juillet 2013, il est versé au médecin traitant un forfait de 5 € par patient qui n'est pas en ALD. En 2013, ces forfaits se sont élevés à 130 M€.

Ceci aboutit à un total de près de 500 M€ pour les forfaits liés à la patientèle, correspondant à environ 6 % des honoraires hors dépassements des médecins généralistes (y compris forfaits de toute nature et rémunérations sur objectifs).

- Rémunérations à l'acte :
  - o à partir du 1er juillet 2014, une majoration de 5 € sera appliquée aux consultations des patients de plus de 80 ans.
  - o Le médecin peut coter une consultation longue (2 C) pour le suivi des patients insuffisants cardiaques ayant subi une hospitalisation ainsi que pour le suivi de sortie d'hospitalisation en court séjour des patients à forte comorbidité.

Par ailleurs, le médecin correspondant perçoit une majoration de coordination pour ses missions propres. Elle est de 3 € par CS dans le parcours de soins.

Les infirmiers pour leur part peuvent toucher des forfaits de coordination (majoration de coordination infirmière de 5 €) en plus de la cotation des actes pour la prise en charge et le suivi des pansements complexes ainsi que des soins palliatifs.

Dans un cadre expérimental, le dispositif PAERPA prévoit une rémunération de 100 € par Plan personnalisé de santé, à partager entre les professionnels ; les ENMR prévoient une modulation de la rémunération (50 000 € pour une structure moyenne) tenant compte du degré de structuration des équipes et du contenu des missions contractualisées.

Le HCAAM remarque que :

- ces dispositifs s'inscrivent dans la politique de diversification des modes de rémunération des médecins pour atténuer les effets du paiement à l'acte ;

- ils ne rémunèrent pas directement un mode d'organisation mais un professionnel qui doit se coordonner ;
- leurs contreparties en termes de service rendu aux patients sont objectivées de façon variable.

Le choix des modes de rémunération de la coopération pose une série de questions.

### II.3.2. LA RÉMUNÉRATION DU TEMPS OU DES TÂCHES DE COOPÉRATION

---

Dans les pays où existe une rémunération individuelle à l'acte, le développement des coopérations est encouragé par la mise en place de rémunérations d'équipes. Une rémunération est accordée aux regroupements de médecins (*Patient Centered Medical Homes* – PCMH aux Etats-Unis ou Groupes de médecins de famille – GMF au Québec) pour rémunérer le temps de coopération et de coordination en précisant les contreparties en termes de moyens mis en œuvre ou de services rendus aux patients.

La rémunération perçue par les PCMH doit financer le temps de coordination, l'utilisation de systèmes d'information en prenant en compte les économies induites en matière d'hospitalisation. Au total, la rémunération des professionnels médicaux est une combinaison de rémunération à l'acte, à la capitation et à la performance.

La dotation accordée aux GMF est fonction du nombre de patients reçus. Elle doit être utilisée pour l'embauche d'infirmières, d'assistants, le loyer, les déplacements et la formation. Des contreparties sont demandées comme l'augmentation du nombre d'heures d'accès aux médecins dans un contexte de pénurie de temps médical et l'amélioration du suivi des patients en lien avec les services sociaux.

S'agissant de la France, il apparaît que la réflexion sur la rémunération du temps ou des tâches de coopération doit prendre en compte un double horizon de moyen terme et de court terme.

- **A moyen terme**

Il paraît indispensable de définir et d'afficher à un moment donné ce que devraient être les principes du modèle cible de rémunération des professionnels libéraux exerçant en ambulatoire, ce qui a pour corollaire une rationalisation et une simplification des diverses formes de rémunération mises en place.

Cette clarification améliorerait la lisibilité tant pour les professionnels que surtout pour les patients qui ne connaissent pas aujourd'hui les éléments de rémunération des professionnels qu'ils consultent et les services associés qu'ils sont en droit d'attendre.

Ce qui se dessine aujourd'hui comme modèle cible, en France à l'instar de ce qui se passe dans beaucoup d'autres pays, c'est un modèle de rémunération combinant des éléments de paiement à l'acte (incitatifs à l'activité), forfaitaire (correspondant à la prise en charge de tâches transverses corrélées à la taille de la patientèle) et de rémunérations associées à la qualité de la prise en charge et au service rendu. Sur la base des expériences internationales, il est admis que le travail en équipe se développe plus aisément dans les contextes où les rémunérations prennent la forme de capitation ou de salaire ou du moins sous une forme mixte (partage entre capitation et rémunération à l'acte).

Dans ce cadre il ne va pas de soi que la coopération entre professionnels doive être rémunérée en tant que telle, elle n'est en effet qu'un moyen de réalisation de services attendus qui ont eux vocation à être rémunérés. Il est en revanche clair que le développement de formes de travail en équipes coordonnées doit s'accompagner de rémunérations collectives se traduisant de façons diverses pour les professionnels impliqués, selon le cadre dans lequel ils exercent. Dans le cadre de PAERPA, les rémunérations accordées sont partagées entre les professionnels de l'équipe de soins selon des clés prédéterminées.

Dans certaines structures de santé, les professionnels peuvent être salariés. L'exercice salarié de l'ensemble des intervenants médecins et non médecins existe dans le cadre de certains centres de santé ou au sein des services d'hospitalisation à domicile. Dans certaines maisons de santé pluridisciplinaires (ASALEE), les infirmières peuvent choisir d'être salariées, non pas du médecin, mais de l'association ASALEE ou d'exercer en libéral (dans ce cas, elles ne sont pas rémunérées à l'acte mais à la vacation). Selon le choix opéré les coûts de fonctionnement des structures varient sensiblement compte tenu des différentiels de charges sociales et de temps de travail.

- **Dans l'immédiat**

On peut concevoir la nécessité de prévoir des éléments de financement incitatifs au développement de coopérations pluri professionnelles, à l'instar de ce qu'ont mis en place d'autres pays. Cependant comme la question se posera à terme de l'identification de ce qu'on souhaite rémunérer, des contreparties tangibles et démontrées associées au développement de la coopération méritent d'être identifiées dès maintenant qu'il s'agisse de moyens mis en œuvre, de services rendus ainsi que, dans l'idéal, de résultats obtenus du point de vue sanitaire.

### III UNE MISE EN ŒUVRE PROGRESSIVE QUI DOIT ÊTRE CONÇUE DE FAÇON INCRÉMENTALE

**Le HCAAM estime que le développement des coopérations au sein du secteur ambulatoire doit être conçu de façon réaliste par rapport à la situation existante ainsi que par rapport aux évolutions tendanciennes des pratiques des professionnels et des comportements des patients. Il est nécessairement progressif. Toutefois, la succession des étapes à franchir dans cette évolution doit être réfléchie et les points critiques identifiés. Ce développement doit, enfin, prendre en compte les contraintes de l'équilibre économique global.**

Toutes les professions évoluent vers des formes regroupées d'exercice qui répondent aux aspirations des plus jeunes et aux nécessités de mutualisation de certains moyens. Cette évolution est utile car elle facilite le maintien de professionnels sur certains territoires, la continuité des soins et la réponse à la permanence des soins. Elle permet la mise en place des outils nécessaires au développement des coopérations (systèmes d'information, secrétariats médicaux). Elle n'est cependant pas suffisante pour que se mette en place le travail en équipes pluri professionnelles souhaité.

Les évolutions des comportements des patients sont également fortes, permettant de concevoir qu'ils exercent des choix vis-à-vis d'une offre plurielle de services qu'ils auraient contribué à orienter, notamment sur les territoires. Au fil des générations, l'usage des moyens modernes d'information modifie en outre fondamentalement les formes des relations des usagers au système.

Dans cette perspective, la priorité est le développement des coopérations entre professionnels s'exerçant, s'agissant des soins ambulatoires, dans le cadre des compétences actuelles des différents professionnels. En dehors des structures et organisations au sein desquelles un médecin peut intervenir à tout moment, l'effort doit d'abord porter, en effet, sur le développement d'habitudes de travail en équipe autour du patient qui sont aujourd'hui peu formalisées. C'est de ces habitudes que peut naître le cas échéant le souhait d'aller plus loin vers des délégations de tâches. Cette orientation générale n'exclut pas d'avancer sur certains sujets pour lesquels les contraintes de la démographie médicale ou l'évolution des pratiques incitent à modifier le partage des compétences, notamment dans les champs de l'ophtalmologie, de la radiologie, de la vaccination (contre la grippe) ainsi que des soins dentaires.

**Le HCAAM estime que le développement des coopérations entre professionnels nécessite pour des raisons d'efficacité organisationnelle une évolution vers des formes d'exercice coordonnés au sein d'équipes de soins stables et s'inscrivant préalablement dans la perspective de pratiques répondant à des protocoles et des objectifs de prise en charge précisément définis.** Les référentiels appliqués, les exigences en termes de service rendu doivent encourager une telle évolution des professionnels. Cela suppose de trouver un équilibre dans les formes de rémunération mises en place entre l'incitation qui conduit à se rapprocher du coût d'opportunité pour les professionnels isolés du développement des coopérations et la rétribution d'un service efficient cohérent avec un système susceptible en croisière de couvrir la population en déployant l'ensemble des éléments attendus (aussi bien dans la gestion de parcours que dans le champ de la prévention et du suivi). Cela suppose aussi d'identifier clairement des droits et des obligations.

**Le HCAAM estime que dans un premier temps, il est raisonnable d'identifier les situations et les populations prioritairement ciblées et de créer les conditions pour que les équipes de soins, le cas échéant avec des dispositifs d'appui, puissent gérer la gradation des services dispensés.**

**Enfin, dans un contexte de faible contrainte sur la démographie médicale, le développement de la coopération constitue un investissement déterminant dans la structuration d'une ligne de prise en charge ambulatoire efficace. Mais elle conduit probablement à des surcoûts associés au développement des nouveaux services rendus à la population. Le HCAAM estime dès lors capital de pouvoir s'assurer que la montée en charge progressive des dépenses correspondantes s'accompagne effectivement des économies attendues en termes de prises en charge avec hébergement dans le champ de l'hospitalisation.**

**Cet avis constitue une étape dans la réflexion du Haut Conseil, qui se poursuivra ultérieurement sur ce sujet.**

**Le HCAAM approfondira ses travaux sur les points suivants :**

- les dimensions économiques et financières relatives au choix des différents types d'organisation et les modèles économiques associés,**
- la gradation des prises en charge des patients en fonction de leur situation sanitaire et sociale,**
- les conditions de mise en place des différents types d'organisation selon le territoire et les caractéristiques de la population couverte.**