

Quoi, pourquoi, comment et qui
rémunérer pour une action
d'éducation thérapeutique en
activité libérale ?

Yann Bourgueil

IRDES

Journée IPCEM 10 novembre 2006

Plan

- L'importance des maladies chroniques et du rôle du secteur de soins primaires
- Quelques exemples étrangers
- Quels rôles pour quels professionnels libéraux dans le processus d'éducation thérapeutique en France ?
- Comment et qui rémunérer ?
- Perspectives démographiques et pistes d'organisation

L'importance des maladies chroniques et du rôle du secteur de soins primaires

- Les 30 affections longue durée (ALD) concernent 13% des assurés et représentent 60% du total des dépenses remboursées par l'AM
- Augmentation des personnes en ALD de 73,5% entre 1999 et 2004 et hypothèse de 10 Millions de personnes en ALD en 2010 (source HCAAM juillet 2006)
- Enjeu financier pour l'AM (prévalence et coût) : maladies cardiovasculaires, tumeurs malignes, affections psychiatriques et le diabète : passer d'une situation administrative à un suivi organisé
- Des référentiels élaborés par la Haute Autorité de Santé (liste d'actes remboursés, guide médecin, guide patient)
- l'éducation thérapeutique un financement contractuel global (source reco HAS mai 2006)
- Un élargissement aux autres maladies chroniques

L'importance des maladies chroniques et du rôle du secteur de soins primaires (2)

Répartition des montants remboursés pour les 30 ALD – source – points de repères octobre 2006

Hospitalisation publique et privée	57,8 %
médicament	20 %
Honoraires des médecins (hors hospitalisation)	5,7 %
Soins infirmiers	4,4%
Dispositifs médicaux	3,8 %
Transports	3,1 %
Soins de kiné	1,9 %
Biologie	1,7 %

L'importance des maladies chroniques et du rôle du secteur de soins primaires (3)

- Un grand nombre de patients sont suivis en ambulatoire
- L'offre en soins ambulatoire en France
 - Est encore abondante quoique inégalement répartie
 - Associe médecins spécialistes et généralistes
 - Composée principalement par les professionnels sous statut libéral
- Le médecin traitant i.e. le généraliste :
 - a désormais une population de patients inscrits
 - réalise le protocole de soins pour un patient en ALD en accord avec le médecin conseil

Quelques exemples étrangers

- L'éducation thérapeutique incluse dans le modèle du disease management aux USA (source IGAS octobre 2006)
 - Sélection et stratification des patients puis appel direct par des “disease managers” ⇔ éducation thérapeutique
 - Système intégré avec médecin salariés
 - Système non intégré – peu de relations entre DM et médecins
- L'éducation thérapeutique s'appuie sur l'offre de soins primaires et notamment les groupes de médecins au Royaume-Uni – incitations et objectifs dans les contrats – professionnel spécifique pour les cas complexes.
- Education thérapeutique traditionnelle en Allemagne
 - Cours de petits groupes de patients homogènes, 4 à 6 modules de deux heures avec matériel financées par les caisses.
 - Séances financées par les caisses réalisées par paramédicaux salariés ou médecins vacataires
 - Consultations d'éducation réalisées par paramédicaux sous l'autorité de médecins (généralistes ou spécialistes) formés et rémunérés par honoraires

Quels rôles pour quels professionnels libéraux dans le processus d'éducation thérapeutique en France ? (1)

- L'éducation thérapeutique est un processus et un projet plus qu'un acte
 - Qui vise un objectif d'acquisition de compétences par le patient
 - A adapter selon la situation des patients avec des étapes qui requièrent des actions différentes (diagnostic éducatif, séances longues individuelles ou en groupe, suivi, évaluation)

Quels rôles pour quels professionnels libéraux dans le processus d'éducation thérapeutique en France ? (2)

- Le médecin traitant : un acteur de première ligne dans le processus de soins (ALD, parcours de soins)
 - Dans les faits : un médecin généraliste
 - Mais pas nécessairement formé, ni intéressé par l'éducation thérapeutique et exerçant majoritairement seul
- Le médecin spécialiste : une expertise sur une maladie (supervision, encadrement) mais plus rare et inégalement répartis (760 endocrinologues libéraux en 2004)
- Les paramédicaux : plus nombreux et “plus intéressés” mais intervenants sur prescription...
- Les associations de patients
- Un enjeu : garantir l'accès à tous les patients concernés sur le territoire

Comment et qui rémunérer ? (2)

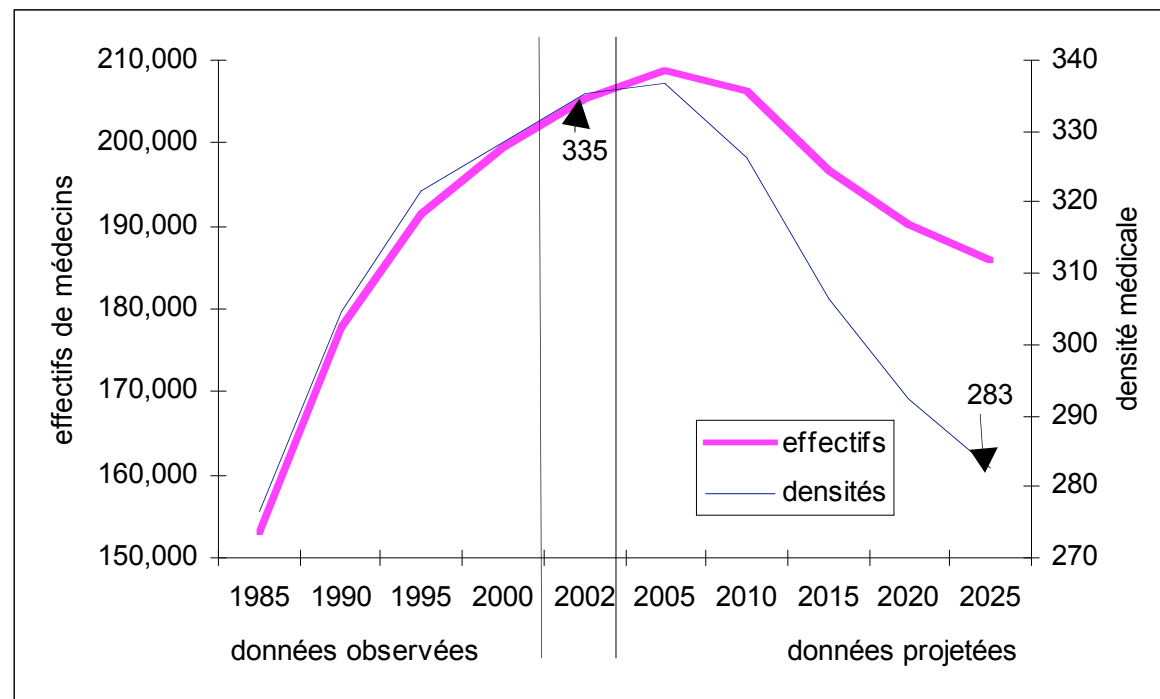
- Un acte isolé comme un CE ne paraît pas envisageable (processus et collectif)
- Un forfait pour un processus de soins
 - Niveau du forfait à définir en fonction du niveau de gravité
 - Peut-on définir des protocoles d'éducation en fonction des pathologies ou de la gravité des patients ?
 - Définir des protocoles type
 - Quelle formalisation tolérable?

Comment et qui rémunérer ? (1)

- Financement d'une équipe, d'un professionnel ou du patient ?
 - Le forfait permettrait de s'adapter à l'organisation locale (publique ou privé) et le niveau de soins requis (équipe ou individu)
 - Quels niveaux de qualification exiger pour quels rôles
 - Distinguer l'ensemble diagnostic éducatif, adressage et suivi qui relèverait d'une intervention de première ligne de séances spécifiques longues en groupe ou non, réalisées par une équipe spécialisée?
 - Peut-on dissocier profession et qualification en éducation thérapeutique ? Rôle des paramédicaux ?
- Quelle valeur de l'acte ?
 - Temps passé, niveau d'expertise et de qualification...

Perspectives démographiques et pistes d'organisation (1)

- Contexte de diminution du nombre de médecins et plus encore en libéral (population plus âgée)



Hypothèses : NC à 7 000 dès 2006, comportements inchangés, pas d'immigration
Champ : France entière - Source : ADELI et projections (nc=7000) – source DREES Pascale Breuil 2004

Perspectives démographiques et pistes d'organisation (2)

- 1 - Le regroupement des professionnels libéraux : une piste possible
 - Groupe multidisciplinaire de libéraux ? Groupe multidisciplinaire avec médecin généraliste “entrepreneur” comme au RU ?
 - Tendance naturelle soutenue par les collectivités locales mais à quel rythme ?
 - Le financement de groupe est refusé par les syndicats signataires de la convention – une opposition avec le statut libéral ?
 - L’avenant n°12 approuvé par arrêté du 23 mars 2006 de la convention médicale de 2005

Perspectives démographiques et pistes d'organisation (2)

- 2 - L'organisation par les caisses d'une démarche vers les patients en appui des médecins traitants?
- 3 - Des structures extérieures sur le modèle de l'organisation du dépistage du cancer du sein ?
 - Cadre départemental pour organiser et évaluer
 - Certification des intervenants médecins spécialistes ou généralistes ou non médecins ? Rémunération à la vacation ?
 - Possibilité de structures libérales, ou associatives
 - Articulation avec les médecins traitants à définir (consultation de prévention et éducation ?)

En conclusion

- L'éducation thérapeutique
 - Avant tout projet professionnel de soins
 - Qui implique des pratiques coopératives dans le cadre d'un programme (formation)
 - Qui rencontre un intérêt financier et de santé publique
 - Qui devra s'articuler avec la prise en charge des ALD et les référentiels HAS
 - Préciser les processus, les rôles et les compétences avant de définir les actes