



## LE SUIVI DE CAS COMPLEXE EN EQUIPE DE SOINS DE PREMIER RECOURS

### *Nom de code*

*ESPREC : Equipe de Soins de Premier REcours en suivi de Cas complexe*

### CONSTAT

L'état de santé de la population française est globalement bon. En 2009, la France avait la meilleure espérance de vie des femmes à la naissance en Europe, et la meilleure espérance de vie à 65 ans pour femmes et hommes. En 2000, l'OMS considère le système français comme l'un des meilleurs du monde.

Cependant, la mortalité prématurée (avant 65 ans) était élevée en 2006 avec une estimation de 37% évitable chez les hommes et 24% chez les femmes.

Une étude de la CNAMTS portant sur 10.000 hypertendus montre que près de la moitié des patients n'a pas de traitement approprié. Une autre étude sur le diabète de type 2 portant sur 10.000 adultes souligne qu'une personne sur deux n'avait pas subi de contrôle du fond d'œil dans l'année écoulée, alors que le diabète est la première cause de cécité chez les personnes âgées.

Il est donc possible d'améliorer le suivi des patients porteurs de pathologies chroniques avec une marge sensible.

Le système d'offre de soins en premier recours est marqué par son cloisonnement et son manque de coordination. La formation et la culture des professionnels de santé est « mono-catégorielle ». Les rémunérations à l'acte ne valorisent pas le travail non consultant.

Le système d'offre de soins en premier recours en France est marqué par le mode de fonctionnement majoritairement libéral. Toutes les professions de santé peuvent exercer en libéral ou en salariat. Il est essentiel de tenir compte de cette liberté de choix qu'il faut préserver avant d'envisager toute proposition évolutive, au risque d'une franche opposition des professionnels et de leurs représentations.

## **EVOLUTION DU SYSTEME D'OFFRE DES SOINS DE PREMIER RECOURS**

La France connaît un engouement depuis deux années pour la création d'équipes de soins de premier recours en maisons ou pôles de santé. Ce sont plus de 200 regroupements qui se sont développés en deux ans et plus d'un millier de projets répertoriés par les ARS.

L'amélioration de la coordination de soins est très souvent le premier objectif de ces regroupements de ces professionnels en équipes de soins de premier recours.

L'expérimentation des nouveaux modes de rémunérations ENMR a permis à près de 150 sites (maison, pôles ou centres de santé) de développer une coordination dans l'équipe de soins de premier recours grâce au module 1. Les dotations du module 1 ont permis aux équipes de financer des réunions de coordination pour parler de dossiers de patients ou pour protocoliser certains soins. Le module 2 intitulé « Nouveaux services aux patients » a permis la mise en place de programmes d'éducation thérapeutique au patient sur 50 sites.

Les réseaux de santé du fait de leur antériorité dans le travail coordonné, de leur expertise sur le suivi de patients porteurs de pathologies chroniques, peuvent apporter un appui aux équipes de soins de premier recours en proposant leur savoir-faire là où des équipes ont des difficultés ou un manque de disponibilité pour un travail coordonné de suivi de cas complexes. Cet appui peut être proposé aux différentes étapes du projet (formation, logistique pour le suivi, évaluation).

## **HYPOTHESE**

Nous posons l'hypothèse qu'un suivi coordonné et renforcé d'un patient porteur d'un cas complexe de pathologies chroniques par les 3 acteurs qu'il voit le plus souvent (pharmacien, médecin, infirmière) va améliorer les indicateurs qualité de ce patient et diminuer le recours à l'hospitalisation. Cette hypothèse repose sur des expériences françaises et étrangères.

## **BUT DE L'EXPERIMENTATION ESPREC**

Assurer et évaluer un suivi coordonné et renforcé de patients porteur de pathologies chroniques.

## **OBJECTIF**

Améliorer les indicateurs qualité de patients porteur de pathologie chronique complexe en commençant par diabète de type 2 (DT2), pathologie cardiovasculaire, et personne âgée fragile :

- DT2 : valeurs de l'HbA1c et nombre, IMC, nombre de consultations ophtalmologiques ou photographie du FO en un an, prescription d'un inhibiteur du SRA si micro albuminurie > 30 mg/24 h ou 20 mg/l à 2 reprises ou protéinurie.
- Cardio-vasculaire : normalisation de la TA <140/80 mmHg, amélioration de l'observance hygiéno-diététique et thérapeutique
- Personne âgée fragile repérée par un score SEGA > 11 (volet A) : diminution du score en volet B à 12 mois de suivi

## CADRE OPERATIONNEL DU PROJET

### *Description générale*

Cette expérimentation s'inscrit dans le cadre du module 2 de l'ENMR pour 2012.

- Lorsqu'un médecin traitant dépiste un patient porteur d'un cas complexe cité ci-dessus (cf. *critères en annexe 1*), il lui propose de bénéficier d'un suivi renforcé d'une année.
- Il recueille les noms du pharmacien et de l'infirmière du patient qu'il inscrit dans le dossier. Si ces professionnels font partie prenante du projet de santé de l'équipe, l'expérimentation est possible.
- Il recueille le nom du spécialiste (diabétologue, cardiologue ou gériatre) libéral ou hospitalier choisi par le patient, ou lui en propose un s'il n'en a pas.
- Le recueil de l'accord du patient s'accompagne de la remise d'un document d'explication (*annexe 2*).
- Une réunion est organisée entre les 3 acteurs médecin/pharmacien/IDE pour échanger sur le cas du patient, fixer des objectifs de suivi sous forme d'un plan personnalisé de soins, et définir le professionnel de santé référent du patient qui sera proposé au patient.
- Lors de cette réunion, ils inscrivent à l'ordre du jour d'une des réunions collectives de coordination de la MSP/PSP/CDS, la ou les pathologies concernées pour appropriation des « Protocoles pluriprofessionnels de soins de premier recours » (FFMPS/FNCS/HAS) sur le sujet. Le suivi des patients pourra s'appuyer sur l'adhésion aux protocoles de coopération développés par les MSP et les PSP et autorisés par les ARS après avis de la HAS. Des protocoles pluriprofessionnels existent déjà pour DNID et HTA. Il sera développé au moins un nouveau protocole pluriprofessionnel sur la prise en charge des personnes âgées fragiles, en s'appuyant sur la production de la HAS et des groupes PAERPA ; d'autres protocoles pourront être développés localement dans le cadre de projets art. 51 en voie de validation..
- les MSP participantes seront incitées à formaliser des relations directes avec les spécialistes libéraux ou hospitaliers et à protocoliser et systématiser leurs relations avec les services sociaux si cela n'est pas déjà fait
- Le professionnel de santé référent a un contact (téléphonique ou physique en visite ou consultation) une à deux fois par mois en moyenne avec le patient pour
  - le motiver sur l'observance
  - l'aider à mieux appréhender son affection
  - repérer les problèmes nécessitant une intervention d'un autre professionnel et/ou du secteur social
- Le professionnel de santé référent a accès au dossier patient pour s'assurer de la réalisation des examens de prévention, de dépistage ou de suivi du patient.
- Le professionnel de santé référent peut faire intervenir à sa place, une ou plusieurs fois, un autre professionnel de santé si nécessaire (diététicienne, kinésithérapeute, psychologue, éducateur sportif).

- Une seconde réunion est organisée entre les 3 acteurs médecin/pharmacien/IDE au cours de l'année pour échanger sur les éventuels soucis rencontrés dans le suivi du patient, et fixer éventuellement de nouveaux objectifs de suivi.

### **Conditions de mise en place**

Il est nécessaire que les 3 acteurs autour du patient soient volontaires pour mener à bien ce travail.

Une formation de l'IDE et/ou du pharmacien est utile (sauf si acquis en formation ETP). La formation est détaillée en *annexe 3*.

### **En pratique**

Le Dr CLINIC exerce dans une structure MSP/PSP/CDS qui participe à l'ENMR module 1 et 2. Le Dr CLINIC voit Mme MALADE, porteuse d'un DNID et d'une HTA, pathologies toutes deux mal équilibrées du fait d'une faible compliance au traitement et d'une diététique farfelue. Le Dr CLINIC demande à la patiente si elle serait d'accord de bénéficier d'un accompagnement par le trio médecin/pharmacien/IDE face à sa maladie.

Si elle accepte, il lui demande les coordonnées des 2 autres professionnels au cas où il ne les a pas identifiés dans le dossier.

Le secrétariat médical organise une réunion des 3 acteurs.

Lors de cette réunion d'environ 15 minutes, le cas de Mme MALADE est évoqué. Des informations sont échangées entre pharmacien, médecin et IDE. Des objectifs et interventions prioritaires sont fixés. En l'occurrence, renforcement de la motivation diététique, et meilleur suivi des prescriptions. Un PPS est établi. Mme SOIGNE, IDE se propose comme « référente ».

Mme MALADE est prévenue de la mise en place de ce suivi.

Mme SOIGNE prend un contact régulier, une fois par mois avec la patiente après consultation du dossier.

- Elle lui rappelle les échéances de surveillance, voire les organise
- Elle visite la patiente à son domicile
- Elle saisit dans le dossier les informations utiles
- Elle passe un message aux deux autres professionnels lors d'éventuels décisions à prendre sur des interventions d'autres professionnels

Justement, lors d'une visite, elle constate que Mme MALADE ne bouge que peu. Elle propose une intervention d'un éducateur sportif pour la stimuler à la marche. Puis, une autre fois, une consultation avec la diététicienne pour renforcer ses connaissances sur la diététique.

Mme MALADE voit son pharmacien chaque mois pour la délivrance de ses médicaments. Et son médecin tous les 3 à 6 mois. Les mêmes messages lui sont rappelés à chacune de ces entrevues.

A la fin de l'année, les indicateurs d'évaluation sont produits à partir de ce dossier.

### **Avantages de cette expérimentation**

- Cette expérimentation dépasse et vient en complément du module 1 qui développe la coordination en ajoutant la possibilité d'un suivi et d'ajout d'intervenants autres.

- Cette expérimentation vient en complément d'expériences type Sophia, en ajoutant une plus value par la relation direct du patient aux professionnels de santé qu'il a choisi sur son territoire.
- Cette expérimentation est, pour les libéraux, un terrain d'essai sur le développement de la coordination et de la collaboration autour du trio de professionnels de santé ce qui devrait satisfaire leurs représentants.
- Cette expérimentation est, pour les centres de santé, l'occasion d'élargir aux pharmaciens le travail d'équipes pluri professionnelles existant déjà en leur sein.

### ***Eléments financiers***

Pour chaque patient suivi, l'équipe bénéficiera d'une dotation de 250 € pour un an qui couvre les indemnisations de temps des deux réunions, et d'éventuelles interventions d'autres acteurs lors de l'année.

Les interventions du référent seront le plus souvent effectuées dans le cadre de la nomenclature actuelle (AIS 4 pour l'IDE libérale).

Les éventuelles interventions d'autres acteurs seront rémunérées en honoraires ou en vacations salariées par le CDS ou la SISA de la MSP ou PSP.

Un forfait de formation de 1.000 € sera alloué par MSP/PSP/CDS dans la limite de 3 forfaits par an.

Il est proposé que cette expérimentation se fasse jusqu'en fin 2013 (date de la fin de l'ENMR) dans les 50 sites qui bénéficient de l'ENMR module 2.

### **EVALUATION**

Une évaluation sera fournie par chaque site ayant participé à l'opération et par le groupe complet à l'issue de l'opération fin 2013.

Les critères de l'évaluation sont en *annexe 4*.

## BIBLIOGRAPHIE

- 1 - The Commonwealth Fund Pub, Utilizing a Coordinated, Community-Based Approach to Enhance Care and Lower Costs for Chronically Ill Patients. April 2012
- 2 - STARFIELD Barbara, Primary care: an increasingly important contributor effectiveness, equity, and efficiency of health services. SEPAS report 2012. Gac. Sanit. 2012
- 3 - KELIN Sarah, The Veterans health administration: implementing patient-centered medical homes in the nation's largest integrated delivery system, Commonwealth Fund Pub., September 2011, Vol.16 (1537)
- 4 - MEHROTRA A., EPSTEIN A.-M., ROSENTHAL M.-B. Do integrated medical groups provide higher-quality medical care than individual practice associations? Annals of Internal Medicine, 2006/12; vol 145, n° 11, p.826-833.
- 5- HAS. Dépistage de la rétinopathie diabétique par lecture différée de photographies du fond d'œil Argumentaire. 2010.
- 6- Grille SEGA.

## LIENS

Les protocoles de protocoles pluriprofessionnels de soins de premier recours :

[www.ffmps.fr](http://www.ffmps.fr)

[http://web.me.com/michelserin/FFMPS-PROTOCOLES/PROTOCOLES\\_PP\\_FFMP.html](http://web.me.com/michelserin/FFMPS-PROTOCOLES/PROTOCOLES_PP_FFMP.html)

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1216216/elaboration-des-protocoles-pluriprofessionnels-de-soins-de-premier-recours](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1216216/elaboration-des-protocoles-pluriprofessionnels-de-soins-de-premier-recours)

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/ppspr\\_guide\\_etapes\\_elaboration.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/ppspr_guide_etapes_elaboration.pdf)

## ANNEXE 1

### Critères d'inclusion de patient porteur de pathologie chronique ou patient âgé fragile dans ESPREC

#### DNID

- 2 HbA1c consécutives espacées de 3 mois > 8%.
- Ou aggravation ou survenue d'une complication depuis un an (cardiopathie ischémique<sup>1</sup>, insuffisance cardiaque, rétinopathie sévère<sup>2</sup>, risque de lésion des pieds grade 3<sup>3</sup>, Albuminurie confirmée > 0,3 g/l).

#### Pathologie cardiovasculaire

- HTA sévère résistante à une trithérapie
- HTA compliquée de myocardiopathie ou d'insuffisance cardiaque
- HTA associée avec 3 FRCV et/ou AOC

#### Personne âgée fragile

- Score SEGA volet A > 11

---

<sup>1</sup> Angor ou IDM ou revascularisation coronaire

<sup>2</sup> Œdème maculaire ou traitement par laser

<sup>3</sup> Défini par un antécédent d'amputation ou des lésions des pieds ayant duré plus de 4 semaines.

## ANNEXE 2

### Document d'information remis au patient Et recueil de son consentement

Madame, Monsieur,

Vous êtes porteur d'une pathologie chronique ..... et votre médecin vous suit pour cela depuis un certain temps. Cette pathologie vous expose à des risques.

Votre médecin vous propose d'adapter votre suivi en coordination avec votre pharmacien(ne)..... et votre infirmier(e).....

Il s'agit de vous offrir une aide et un soutien plus approprié face à votre maladie.

Si vous êtes d'accord, ces 3 professionnels vont se réunir pour évoquer ensemble ce qu'ils peuvent mettre en place pour mieux vous soutenir et vous aider. Leurs propositions vous seront soumises lors d'un prochain contact.

L'un de ces 3 professionnels sera votre référent santé et prendra contact régulièrement avec vous (une à deux fois par mois) par téléphone ou mail. Lors de ce contact, il se renseignera auprès de vous des éventuels soucis que vous rencontrez face à votre maladie. Il pourra vous aider à penser aux examens de surveillance à effectuer. Il pourra vous proposer une intervention d'un autre professionnel de santé si le besoin s'en fait sentir (diététicienne, podologue, éducateur sportif).

A l'issue d'une année de ce soutien, les 3 professionnels se réuniront de nouveau avant de faire le point avec vous sur l'utilité de ce soutien et aide.

Madame, Monsieur .....

J'ai été informé par mon médecin traitant, le Dr ..... de la proposition de suivi renforcé et j'accepte cette proposition pour une année.

Je peux sortir de ce suivi à tout moment par une simple déclaration à mon médecin traitant.

Mon pharmacien(ne) est .....

Mon infirmier(e) est .....

Je donne mon consentement au partage de données médicales me concernant par ces professionnels tant que dure ce soutien.

Le

Signature

## ANNEXE 3

### Formation à l'accompagnement de cas complexe

#### Cible de la formation

Les professionnels de santé qui désirent devenir référent santé de patients porteurs de pathologies chroniques dans le cadre d'ESPPEC

#### Justification de la formation

Les professionnels de santé sont formés pour intervenir individuellement face à des patients dans l'instant. Le suivi coordonné de cas complexe en équipe de soins de premier recours nécessite des compétences qui ne sont pas acquises lors du cursus habituel. Le suivi de cas complexe en équipe nécessite des acquisitions concernant tant le travail en équipe que la notion de continuité et de développement de stratégie d'accompagnement.

#### Objectif général de la formation

Fournir aux participants un savoir faire et un savoir être face à des patients présentant des cas complexes

#### Objectifs opérationnels de formation

- Définir un protocole de circulation de la communication propre à l'équipe
  - o pouvoir développer une terminologie commune au sein des équipes
  - o utiliser une formalisation commune de la transmission des informations
- Savoir utiliser l'outil SEGA
- Savoir hiérarchiser les problèmes rencontrés par le patient
- Savoir établir un plan personnalisé de soins
- Savoir se mettre en posture d'écoute face au patient
- Savoir mener un entretien motivationnel
- Connaître les différents niveaux d'accompagnement possibles
- Savoir solliciter d'autres intervenants au service de la santé du patient

#### Méthodes de formation

La formation se fera en petits groupes de 10 à 12 participants d'une durée d'une journée, de deux demi-journées ou deux soirées. Elle sera construite autour de mises en situation des participants suivis de brefs exposés des experts sur les objectifs cités au dessus.

#### Organismes de formation

Le cahier des charges de cette formation sera établi et les associations de formation continue des différentes professions ainsi que les réseaux de santé seront sollicités dans le cadre de formations interprofessionnelles.

## ANNEXE 4

### Evaluation

L'évaluation a pour objectif de montrer que l'hypothèse posée est bonne : « le suivi coordonné et renforcé d'un patient porteur d'un cas complexe de pathologies chroniques par les 3 acteurs qu'il voit le plus souvent (pharmacien, médecin, infirmière) améliore les indicateurs qualité de ce patient et diminue le recours à l'hospitalisation »

Elle se fera fin 2013 et conditionnera éventuellement la poursuite de cette expérimentation. Elle sera menée par un groupe de chefs de clinique en collaboration avec l'association **Fayr GP** « French Association of Young Researchers in General Practice »

Indicateurs de qualité évalués

#### Par patient DNID

1. Valeur de l'HbA1c en fin de programme / valeur initiale
2. Nombre d'Hba1c pratiqués pendant le programme / nombre pratiqués l'année précédente
3. Valeur de l'IMC en fin de programme / valeur initiale
4. Prescription d'inhibiteur du SRA (IEC - sartan) si micro albuminurie > 30 mg/24 h ou 20 mg/l / prescription initiale
5. Hospitalisation pendant le programme / hospitalisation l'année précédente
6. Questionnaire de satisfaction du patient

#### Concernant la cohorte suivie DNID

1. Valeur moyenne de l'HbA1c en fin de programme / valeur moyenne initiale<sup>4</sup>
2. Nombre moyen d'Hba1c pratiqués pendant le programme / nombre moyen pratiqués l'année précédente
3. Valeur moyenne d'IMC en fin de programme / valeur moyenne initiale
4. Nombre moyen de FO depuis 2 ans
5. Prescription d'inhibiteur du SRA (IEC - sartan) si micro albuminurie > 30 mg/24 h ou 20 mg/l / prescription initiale
6. Nombre moyen d'hospitalisations pendant le programme / nombre moyen d'hospitalisations l'année précédente

---

<sup>4</sup> L'évaluateur vérifiera si ce sont les patients dont l'HbA1c est la plus élevée qui ont le plus bénéficié du programme

### **Par patient cardio-vasculaire**

1. Valeur de la PAS en fin de programme / valeur initiale
2. Statut vis-à-vis du tabagisme en fin de programme / statut initial
3. Observance thérapeutique : concordance prescription/délivrance en fin de programme / concordance prescription/délivrance initiale
4. Questionnaire de satisfaction du patient

### **Concernant la cohorte « suivi cardio-vasculaire »**

1. Valeur moyenne de la PAS en fin de programme / valeur moyenne initiale
2. Statut vis-à-vis du tabagisme en fin de programme / statut initial
3. Nombre moyen d'hospitalisations pendant le programme / nombre moyen d'hospitalisations l'année précédente
4. Nombre de patients hospitalisés / nombre de patients suivis pour HTA sévère.

### **Concernant la cohorte patient âgé fragile**

1. Diminution du score SEGA volet B
2. Nombre moyen d'hospitalisations pendant le programme / nombre moyen d'hospitalisations l'année précédente

## ANNEXE 5

### Note sur les volumes de patients concernés France entière

#### Volume de patients concernés par cette expérimentation

Le nombre de patients concernés est limité par le volume de finances disponibles. Il existe 50 MSP/PSP bénéficiant du module 2 « Autres services aux patients » dans l'ENMR. Près de la moitié n'ont pas dépensé la totalité de leurs dotations en 2011. Près de la moitié, travaillent sur des files actives trop faibles pour constituer des groupes d'ETP classiques. Nous estimons que la moitié des équipes peut se sentir concernée par cette expérimentation (après sondage mail). Cette moitié qui devrait pouvoir lancer ce type de suivi pourrait concerner entre 10 et 20 patients, soit de 250 à 500 patients.

#### Volume de patients qui pourraient être concernés France entière

**DNID** : estimation de 2,6 de diabétique de 2 traités en France, soit environ 50 par médecin traitant en moyenne. Estimation de 15% relevant des critères d'inclusion<sup>5</sup>, soit environ - 650.000 patients et environ 12 par médecin traitant.

**Cardiovasculaire** : estimation de 10 millions d'hypertendus traités en France, 13% de résistant à une trithérapie, soit 160 hypertendus traités par médecin traitant en moyenne dont 20 relevant des critères d'inclusion, soit environ 1.300.000 patients

**Personne âgée fragile** : estimation de 9 millions de français de plus de 75 ans. 10% ont un score SEGA volet A > 11 en moyenne. Soit 900.000 personnes concernées

Pathologie	Nombre estimé en France	% relevant de l'inclusion	Nombre estimé en inclusion France entière
DNID	3 000 000	25%	750 000
Cardiovasculaire	10 000 000	13%	1 300 000
Personne âgée > 75 ans	9 000 000	10%	900 000

<sup>5</sup> Le nombre de complications CV est au minimum de 17%, le risque des pieds grade 3 est d'environ 3% (sans doute sous-évalué), le nombre de rétinopathies traitées par laser est de 16,6%, la prévalence de protéinurie est de 4%, le nombre d'HbA1c > 8% est de 15% (ENTRED 2007). On est donc AU MINIMUM à 20%.

## ANNEXE 6

### Note sur les aspects économiques

#### Coût de l'opération en 2012 et 2013

Nous proposons que cette expérimentation s'inscrive dans le cadre du module 2 de l'ENMR « Nouveaux services aux patients » en utilisant les dotations non utilisées de 2011 sur 2012, et les dotations prévues en 2012 et 2013. Cette méthode permettra à cette expérimentation de ne pas coûter plus que ce qui était engagé, tout en permettant aux équipes d'élargir leur offre de services et de bénéficier des résultats d'une expérimentation.

#### Coût de l'opération en cas de généralisation

Les pistes à développer dans l'avenir ne relèveront pas à notre idée d'un même type de rémunération que celui développé dans l'ENMR.

La charge de cette opération de suivi de cas complexe devrait s'intégrer soit dans

- La rémunération éventuelle d'un parcours de soin complexe
- La rémunération forfaitaire de l'équipe de soins de premier recours liée à son niveau organisationnel, et donc à sa capacité de mettre en place ce genre d'opération (appréciation grâce à une matrice d'analyse développée par la FFMPS)

## ANNEXE 7

### Questionnaires de satisfaction

#### Questionnaire de satisfaction du patient

La participation à ce dispositif vous satisfait-elle ?  
Pas du tout / Un peu / Oui / Totalement

#### Questionnaire de satisfaction des professionnels de santé

##### MEDECIN

La participation à ce dispositif vous satisfait-elle ?  
Pas du tout / Un peu / Oui / Totalement

##### IDE

La participation à ce dispositif vous satisfait-elle ?  
Pas du tout / Un peu / Oui / Totalement

##### PHARMACIEN

La participation à ce dispositif vous satisfait-elle ?  
Pas du tout / Un peu / Oui / Totalement