

qualité des soins ne doivent-ils pas désormais intégrer la dimension d'équité ? Le sujet même de la performance en équité ne doit-il pas devenir objet de recherches à l'instar des recherches en génétique et en biologie ? Être un bon professionnel, c'est alors ne pas être seulement performant dans la réalisation de son acte diagnostique et thérapeutique, mais c'est également contribuer de sa place avec les autres acteurs, de permettre au patient d'être soigné en fonction de ses besoins quelle que

soient ses ressources. Une valeur hippocratique en somme⁷. ●

7. «[...] Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire [...]. » <https://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311>

Comment financer les soins de premier recours ?

Le financement actuel du système de santé ne permet pas de financer de manière totalement satisfaisante les soins de premier recours, car il encourage insuffisamment la prévention et la coordination des acteurs.

Le système de financement de la santé en France ne répond plus à l'ensemble des défis auxquels nous sommes confrontés. Le vieillissement de la population et le développement des pathologies chroniques nous obligent à revoir les modes de prise en charge pour favoriser la continuité et la coordination des soins. La nécessité de garantir à chacun une prise en charge de qualité et pertinente, tout en maîtrisant la croissance des dépenses, qui atteignent 11,5 % de la richesse produite par notre pays, nous conduit aussi à transformer nos modes de financement et plus globalement l'ensemble du système de santé.

Reposant principalement sur une tarification à l'acte, le financement actuel favorise une bonne réactivité aux besoins immédiats des patients. Toutefois, il peut conduire à la réalisation d'actes non pertinents et ne favorise pas une prise en charge coordonnée dans le long terme des patients atteints de pathologies chroniques. En outre, la tarification actuelle valorise insuffisamment la prévention, notamment secondaire et tertiaire, par exemple pour la prise en charge des maladies chroniques ou des personnes âgées.

De nouveaux modes de paiement combinés : à l'acte et forfaitaire

L'introduction de modalités de paiement combinées peut permettre une réponse plus adaptée à la diversité des conditions médicales et sociales des patients, et favoriser la structuration des soins de proximité. La transformation des modes de financement prévue dans la stratégie « Ma santé 2022 » vise à favoriser la pertinence et la qualité de la prise en charge des patients ainsi que les évolutions nécessaires de notre système de santé.

Les besoins de nos citoyens sont divers. Certains sont aigus, comme une consultation pour une pathologie hivernale ou une intervention chirurgicale ponctuelle liée à un accident peu grave. D'autres s'inscrivent dans la

durée ou sont chroniques. Le financement doit s'adapter à la multiplicité de ces besoins. C'est pourquoi la réforme des modes de financement du système de santé prévoit d'introduire des modes de tarification diversifiés pour l'ensemble des producteurs de soins, professionnels et établissements, à l'image de ce qui existe dans de nombreux pays.

Concrètement, la tarification à l'acte ou à l'activité devra être combinée avec d'autres modes de rémunération plus forfaitaires pour garantir à la fois productivité, réactivité, pertinence et suivi préventif des malades chroniques. La France est aujourd'hui le seul pays occidental où la rémunération des médecins généralistes est composée à plus de 80 % d'un paiement à l'acte. Cette proportion est plus faible dans les autres grands pays. Cette évolution est logique car de nombreux patients ont besoin d'un suivi continu plutôt que d'actes ponctuels. Pour introduire ces modalités de paiement combinées dans le système de santé français, deux méthodes sont mobilisées de manière concomitante :

- le droit commun par la modification des règles en vigueur pour tous les acteurs ;
- l'expérimentation via l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 avec les acteurs volontaires.

Ces deux méthodes sont complémentaires et doivent permettre d'accélérer la mise en œuvre de ces évolutions : le droit commun peut permettre de poser le cadre et les premiers jalons d'évolutions à court et moyen termes ; les modalités plus complexes ont quant à elles vocation à être testées et proposées par les acteurs eux-mêmes au travers de démarches expérimentales. Ainsi, en complément du paiement à l'acte et au séjour, qui a vocation à rester un mode de paiement important, les modalités de financement au suivi et à la qualité seront progressivement introduites, de manière graduée et différenciée selon les secteurs.

Des paiements forfaitaires pour les maladies chroniques

Pour la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, un paiement au suivi prenant la forme de forfaits de prise en charge, modulés par des

Clémence Marty-Chastan
Task-force
Financement
du système de soins
Natacha Lemaire
Rapporteuse
générale du
Conseil stratégique
de l'innovation
en santé



Soins de proximité : vers un exercice d'équipe

indicateurs de qualité pour s'assurer de l'amélioration des prises en charge, sera progressivement introduit à l'hôpital, comme en ville. Ces forfaits reposent sur un cahier des charges minimal, les professionnels ayant la latitude d'adapter leurs interventions, l'objectif étant de leur permettre d'organiser différemment leur temps passé auprès du patient sans être obligés de réaliser des actes. Un petit nombre d'indicateurs de qualité permettra de suivre les résultats de ces interventions.

Pour les établissements de santé, un forfait diabète pour la prise en charge des patients diabétiques et un forfait concernant les patients ayant une maladie rénale chronique en amont de la phase de suppléance seront créés en 2019, afin de permettre la prise en charge au long cours des patients complexes par une équipe spécialisée. Ce suivi au long cours permettra de développer davantage la prévention et l'accompagnement du patient afin de retarder et limiter l'apparition de complications (qui elles resteront financées en T2A, tarification à l'activité).

Des rémunérations pour favoriser le travail en équipe

Pour les soins de premier recours, et en particulier la médecine de premier recours, de tels types de paiements au suivi seront discutés dans le cadre des négociations conventionnelles entre l'Assurance maladie et les représentants des professionnels libéraux. Ces discussions pourront notamment s'appuyer sur les expérimentations mises en œuvre dans le cadre de l'article 51. À titre d'exemple, un projet d'expérimentation concernant des modalités alternatives de rémunération pour les soins infirmiers en ambulatoire a été proposé et est en cours d'instruction.

Les premiers forfaits mis en place ne concerneront ainsi dans un premier temps qu'un type de professionnels ou de structures. À moyen terme, des forfaits en équipe pourront être développés en mobilisant notamment les retours d'expérience de l'article 51. Ainsi, l'expérimentation d'un paiement en équipe de professionnels de santé en ville (Peps) propose de tester une rémunération forfaitaire prospective et collective (partagée entre différents professionnels de santé, médecins généralistes et infirmiers, pour un suivi en ville). Cette rémunération est substitutive au paiement à l'acte. Elle a pour objectif d'améliorer l'accès aux soins en particulier dans les zones sous-denses, d'améliorer la qualité du parcours du patient, de gagner en pertinence des actes et d'optimiser la prise en charge des patients en favorisant le travail en équipe.

Le forfait tient compte de la diversité de la patientèle de la structure et sera, en partie, modulé au regard des résultats obtenus sur des indicateurs de qualité de la prise en charge. Suite à un appel à manifestation d'intérêt, publié au printemps 2018 dans le cadre de l'article 51, le cahier des charges a été coconstruit avec onze équipes de professionnels de santé exerçant en structure d'exercice coordonné, et porte sur trois thématiques : patientèle âgée, patientèle diabétique et patientèle « médecin traitant » totale. Il sera mis en œuvre à partir du second semestre 2019.

La rémunération collective forfaitaire Peps est versée pour l'équipe volontaire à une structure juridique (par exemple une société interprofessionnelle de soins ambulatoires [Sisa] ou un centre de santé), en substitution du paiement à l'acte des soins concernés par le champ de l'expérimentation. Les équipes seront libres dans la répartition et l'utilisation de leur rémunération Peps. Elles pourront décider collégialement de son utilisation pour la patientèle prise en charge. Cette rémunération pourra aussi être utilisée, par exemple, pour proposer de nouvelles prestations, qu'elles soient réalisées par les membres de l'équipe ou par d'autres professionnels de santé. Les structures seront ainsi encouragées à investir, grâce à cette rémunération, sur les déterminants de santé qu'elles considèrent comme les plus pertinents pour leurs patients.

La composante qualité du modèle Peps intègre des indicateurs de qualité et de performance et des indicateurs d'expérience patient permettant de s'assurer du maintien de la qualité de prise en charge des patients mais également de mesurer son amélioration. Dans le même temps, la tarification à la qualité (mesurée sous forme de résultat), incitation majeure pour les professionnels et garantie pour le patient, sera généralisée. Déjà présente pour les médecins généralistes à travers la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) et plus marginalement pour les établissements de santé de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), soins de suite et réadaptation (SSR) et hospitalisation à domicile (HAD), le paiement à la qualité aura vocation à englober l'ensemble des producteurs de soins (psychiatrie, médico-social, professionnels de ville). Une partie minoritaire du financement des professionnels et des établissements dépendra alors de l'atteinte d'indicateurs.

Le nombre d'indicateurs sera limité pour favoriser une réelle évolution des comportements. Les exemples internationaux montrent en effet que lorsque les indicateurs sont trop nombreux, il n'y a pas de mobilisation des parties prenantes. Le point clé sera de gérer le nombre important des dimensions de la qualité et d'éviter les effets de focalisation par un remplacement régulier des indicateurs.

En cible, ce sont les dispositifs d'intéressement plus collectifs qui ont vocation à prendre le pas sur des rémunérations individuelles à la qualité, afin de permettre la cohésion des acteurs sur un objectif de résultat d'une prise en charge globale du patient, dont ils sont tous individuellement et solidairement partie prenante. À cet égard, l'expérimentation du modèle d'incitation à une prise en charge partagée (Ipep) sera déterminante et pourra alimenter en fonction de ses résultats les modèles de tarification à venir.

Cette expérimentation repose sur la mise en place de groupements d'acteurs constitués sur la base du volontariat, acteurs qui partagent une responsabilité collective de prise en charge envers leur patientèle. Ce concept dit de « responsabilité populationnelle » a pour objectif d'inciter les acteurs à se fédérer autour d'un

projet commun pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population. Cette responsabilité collective implique que le groupement soit responsable d'une enveloppe de dépenses et de l'atteinte d'objectifs de qualité.

L'expérimentation Ipep propose ainsi de tester une incitation financière collective complémentaire aux financements de droit commun (paiement à l'acte, tarification à l'activité, dotation globale...). Celle-ci sera calculée en fonction de l'atteinte d'objectifs en matière de qualité des prises en charge, incluant la dimension de « l'expérience patient », et de maîtrise des dépenses pour une population donnée. Suite à l'appel à manifestation d'intérêt publié au printemps 2018, le cahier des charges a été coconstruit avec dix-huit groupements d'acteurs en santé. Il sera mis en œuvre à partir du second semestre 2019.

Les dix indicateurs de qualité socles retenus portent sur les quatre thématiques correspondant aux objectifs du projet : l'accès aux soins ; la coordination des prises en charge, notamment ville-hôpital, et la qualité de la prise en charge des pathologies chroniques, afin d'éviter les ruptures de parcours et de réduire les hospitalisations évitables ; la prévention et la promotion de la santé ; la pertinence des prescriptions médicamenteuses.

L'expérience patient vise à recueillir le point de vue et le vécu du patient. Elle se distingue de la perception et de la satisfaction, qui reposent sur les attentes du patient. Pour les deux expérimentations Peps et Ipep, un indicateur a été construit à partir d'un questionnaire d'expérience patient visant à mesurer la qualité du parcours de santé du patient à travers son vécu. La

prise en compte de cette dimension vise à apprécier si la structuration des acteurs et les actions mises en place permettent d'améliorer, du point de vue du patient, son suivi et sa prise en charge.

Enfin, le paiement pour la structuration de services doit permettre d'organiser l'offre et de favoriser l'accès aux soins et la réponse aux besoins des populations sur les territoires. Cette modalité de financement, qui a vocation à faire intervenir le niveau régional pour répondre aux besoins particuliers de chaque territoire, peut trouver de multiples applications : dotation populationnelle pour répondre à la demande de soins psychiatriques ; dotation socle pour des activités structurantes au niveau territorial ; financement des hôpitaux de proximité....

La structuration des soins de premier recours sera ainsi favorisée. Si celle-ci ne peut être le seul apanage des mesures de financement et demandera une cohérence de l'action publique durant plusieurs années et dans plusieurs domaines (*numerus clausus*, système d'information, simplification du droit), le financement public d'une partie des investissements ou des frais de fonctionnement de nouveaux services offerts à la population peut constituer un réel accélérateur. C'est le sens du soutien apporté à la collaboration des médecins avec des assistants médicaux dans le cadre du plan santé 2022, ainsi que du financement des communautés professionnelles territoriales de santé à l'échelon d'un territoire en échange de services rendus : accès à un médecin traitant pour tous, organisation des soins non programmés, développement de la télémédecine, organisation de la délégation de tâches... ●

Parcours de santé et partage d'informations : le numérique en soutien des nouvelles formes de coordination des parcours

La gradation des soins et l'organisation des parcours constituent des dimensions clés de l'organisation du système de santé et de la matérialisation des prises en charge sur les territoires. En effet, l'enjeu pour le patient est de recevoir le soin adapté dans le lieu de prise en charge adéquat. Ainsi, la gradation du système de santé et son corollaire, la capacité à organiser son parcours et à transférer le patient vers le bon interlocuteur, sont au centre de l'organisation du système de santé dans les territoires. La prégnance de cette dimension et les impacts organisationnels, humains et matériels qui en découlent sont au cœur du projet de loi de santé « organisation et transformation du système de santé » en cours d'adoption à l'Assemblée nationale et au Sénat.

Néanmoins, l'organisation des parcours et de la gra-

dation des soins s'accompagne nécessairement d'une réflexion sur la qualité et la disponibilité des informations de santé des personnes à chaque étape du parcours : en effet, les professionnels sont en attente de la juste information pour réaliser la prise en charge adaptée. Si les usagers, les patients et les aidants y contribuent, ils ne peuvent servir de vecteur unique de transmission d'informations aux différents acteurs de leurs parcours. Ainsi, la disponibilité et la qualité des services numériques qui visent à partager et mettre à disposition les bonnes informations de santé deviennent cruciales pour des parcours de santé intégrés et fluides. Nous présenterons, dans cet article, le contexte d'émergence des services numériques de parcours, et les enjeux liés à leurs usages dans les territoires.

Marie-Gabrielle Rietsch

Chargée de mission sur le programme E-parcours, Direction générale de l'offre de soins (DGOS)