



Regards croisés sur le déploiement des parcours

L'augmentation des pathologies chroniques nécessite d'assurer la continuité des prises en charge dans des parcours. Un grand nombre de pays s'attachent à développer cette coordination avec des stratégies propres.

Stratégies de mise en œuvre des parcours de santé

Rémy Bataillon

Adjoint au directeur de la Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Michel Varroud-Vial

Chef de service des maladies chroniques

Florence Maréchaux

Chef de projet
Haute Autorité
de santé

Les maladies changent... La transition épidémiologique est marquée par les maladies chroniques : 15 millions de personnes dont 9 millions en affections de longue durée (ALD), une croissance « naturelle » corrélée à la pyramide des âges.

Les patients changent... Ils deviennent « sachant ».

Les étudiants et les professionnels changent... Ils se satisfont de moins en moins d'un exercice isolé qui valait pour les maladies aiguës mais qui n'est pas adapté à la prise en charge des patients chroniques souffrant de plusieurs problèmes médicaux, psychologiques et sociaux. Ils aspirent à un exercice pluriprofessionnel, coordonné et protocolisé.

Ces changements suscitent l'émergence de nouvelles pratiques et de nouvelles organisations des soins qui concrétisent la « médecine de parcours » telle que l'a décrite le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), en lieu et place d'une succession d'actes ponctuels et indépendants [30]. L'objectif est d'optimiser les parcours dans le cadre de dépenses maîtrisées, en se focalisant sur les personnes dont les situations sont les plus complexes et sont sources de consommations de soins et de morbidités importantes.

Toutefois, il convient de s'assurer que ces changements aboutissent à des prestations sanitaires, médico-sociales et sociales coordonnées autour du patient. Cela nécessite d'identifier les pratiques et les stratégies efficaces. Dans cette perspective, la HAS a réalisé une analyse de la littérature scientifique, support de ces différentes productions. Cette problématique est partagée par la plupart des pays et fait l'objet de nombreuses initiatives qui portent avant tout sur la structuration des soins primaires, le développement des systèmes d'information partagé, de nouvelles modalités de financement ou encore des démarches d'intégration des acteurs [6, 9, 12, 13, 43, 47, 48]. Dans ce cadre, le *Chronic Care Model* est souvent pris comme modèle de référence.

De nouvelles pratiques cliniques

La « médecine de parcours » suit une démarche clinique commune à toutes les pathologies chroniques et populations à risque :

- repérer les situations complexes ;
- évaluer la personne dans toutes ses dimensions ;
- se concerter entre professionnels et négocier avec la personne en tenant compte de ses priorités ;

Les références entre
crochets renvoient à la
Bibliographie générale
p. 55.

- planifier les interventions, identifier les intervenants et désigner un référent ;
- suivre l'effectivité des interventions ;
- réévaluer les résultats obtenus à la date prévue ou en cas d'alerte, et décider de la suite.

Cette démarche suppose une pratique coopérative non seulement entre médecins mais aussi avec l'ensemble des soignants et professionnels sociaux concernés. Elle correspond également à la pratique des *case managers*, ou en France des assistants de parcours/gestionnaires de cas, mobilisés notamment par les réseaux de santé et les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA). Elle s'incarne dans le plan personnalisé de santé (PPS) élaboré par la HAS¹.

Des stratégies pour rendre possibles ces pratiques

Ces stratégies sont interdépendantes : le succès et la pérennité des stratégies visant les professionnels et les patients ne paraissent guère possibles sans changement associé de l'organisation des soins. Cela nécessite l'articulation d'initiatives aux différents niveaux d'organisation des soins : national, régional, territorial et local. Une autre condition du succès est l'adaptation des financements pour soutenir ces stratégies et les organisations qui en découlent.

Dans la suite de cet article, nous présentons plus en détail quelques-unes de ces stratégies.

Intégrer les acteurs sanitaires et sociaux sur un territoire

L'objectif est de réduire la fragmentation entre services sanitaires, médico-sociaux et sociaux qui fait obstacle à la prise en charge des personnes présentant une situation complexe en modifiant les règles qui régissent l'activité des acteurs (missions, gouvernance, référentiels, procédures, voire rémunérations) à la différence de la coordination qui vise à animer le mieux possible cette fragmentation. Dans ce cadre, l'intégration peut être définie comme un processus dynamique dont les principales composantes sont : une concertation formalisée à tous les niveaux, la désignation d'un pilote, la mise en place d'un guichet intégré apportant la même réponse quelle que soit la porte d'entrée à laquelle s'adresse la personne, l'utilisation d'un outil unique d'évaluation des personnes, la planification des parcours complexes, l'accès à des *case managers*, ou assistants de parcours, l'échange et le partage de données grâce au système d'information [22].

Soutenir le développement du travail en équipe pluriprofessionnelle

L'organisation en équipe de santé primaire est incarnée par le modèle des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) et celui, plus ancien, des centres de santé, mais peut prendre d'autres formes comme les groupes d'exercice coordonné (GECO). Leur développement est

un objectif prioritaire. Cependant, les données récentes sur l'évaluation des *Patient Center Medical Home* (PCMH) aux États-Unis, proches des MSP, sont hétérogènes [26, 55]. Au-delà des questions méthodologiques sur ces évaluations, elles montrent que l'exercice regroupé en soins primaires n'améliore les résultats des soins et ne réduit le recours à l'hospitalisation que sous certaines conditions. La mobilisation de l'ensemble des acteurs, soutenu par un leadership professionnel fort et le développement d'une culture pluriprofessionnelle autour d'un projet de santé, paraît un préalable. D'autres conditions sont de faire évoluer le travail des acteurs au sein de l'équipe pour apporter aux patients les prestations sanitaires, médico-sociales et sociales correspondant à leurs besoins, d'engager toute l'équipe dans une démarche qualité continue, de mettre en place une gestion spécifique des cas les plus complexes ou encore d'organiser des démarches d'éducation thérapeutique et de prévention.

Promouvoir la participation active des patients

L'implication des patients dans la gestion de leur parcours de santé nécessite une attitude délibérée des soignants, qui ne se résume pas à l'éducation thérapeutique. Schématiquement, on peut distinguer quatre types d'interventions complémentaires : l'écoute et la prise en compte des priorités des patients, qui doit être systématique ; l'information et le conseil, qui s'adressent à tous les patients en s'assurant que le message a été bien reçu ; l'éducation thérapeutique, qui n'est nécessaire que dans certains cas et qui peut être délivrée soit sous forme d'une activité éducative ciblée en une session unique, soit sous forme d'un programme personnalisé échelonné dans le temps ; enfin, l'accompagnement des patients par des « personnes profanes », patients experts ou personnes de même culture, qui a montré son efficacité pour améliorer les résultats des soins dans des pathologies chroniques comme le diabète, l'asthme ou l'hypertension artérielle [1, 57]. La principale condition d'efficacité de ces interventions est d'être intégrée aux stratégies thérapeutiques et délivrée sur les lieux de prise en charge habituels.

S'appuyer sur les fonctionnalités des systèmes d'information

Les pratiques et stratégies nécessaires à l'optimisation des parcours sont soutenues par les différentes fonctionnalités des logiciels métiers. Par exemple :

- La communication entre les professionnels, indispensable à la coordination des soins, est soutenue au sein d'une même structure pluriprofessionnelle (sur site unique ou non) par l'utilisation du même logiciel par l'ensemble de l'équipe avec un dossier patient commun dont les accès sont adaptés au métier. Entre deux structures de soins, l'échange d'informations repose sur la messagerie sécurisée, l'échange et le partage de données passe par le dépôt de documents standardisés dans le dossier médical (DMP) afin que

1. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa?xtmc=&xtcr=1



tout professionnel de santé autorisé ait accès à la bonne information quand il en a besoin (volet de synthèse médicale, document de sortie d'hospitalisation, etc.).

- L'identification de façon systématique, et en dehors de l'urgence de la pratique quotidienne, de groupes de patients pour lesquels un renforcement du suivi serait nécessaire est facilitée par l'extraction automatique, à partir du logiciel métier, de listes de patients en fonction de critères préalablement définis [23].
- L'aide à la décision et à l'orientation des patients conformément aux bonnes pratiques est facilitée par l'accès à des mémos et à des alertes dans les logiciels métiers en cours de consultation.
- L'analyse des résultats ou des processus de soins, de la qualité de la pratique est facilitée par les logiciels métiers qui permettent le calcul d'indicateurs de pratique clinique. Ces fonctionnalités supposent la structuration de quelques données clés pour chaque pathologie ou situation clinique et une politique volontariste de soutien à l'effort des professionnels pour les intégrer à leur exercice quotidien. Le programme *Meaningful use* aux États-Unis est un exemple d'une telle politique associant outils de conduite du changement, incitations financières et assistance technique [32].

Organiser les fonctions d'appui

Les fonctions d'appui visent à aider les professionnels, d'une part dans le suivi sanitaire et social des patients, d'autre part dans l'organisation du travail pluriprofessionnel. Elles peuvent être mobilisées séparément en réponse à des besoins ponctuels ou combinées dans le cadre d'un accompagnement personnalisé et intensif des patients en situation complexe : on parle alors de *case management* ou « d'assistance au parcours ». L'assistance au parcours peut améliorer la qualité des prescriptions et l'autonomie des personnes âgées, réduire leur risque d'admission en Ehpad au prix d'une augmentation de la consommation de soins ambulatoires, et entraîne moins constamment leur recours à l'hospitalisation. Elle réduit le recours à l'hôpital des patients déments, ajourne leur placement en structures spécialisées et réduit les symptômes dépressifs chez leurs aidants. Elle diminue la douleur et la fatigue des patients atteints de cancer [33]. Plusieurs conditions d'efficacité sont identifiées : l'inscription dans une dynamique d'intégration territoriale, le ciblage des patients pouvant en bénéficier, l'aide à l'organisation des transitions hôpital-domicile, le transfert de savoir-faire aux professionnels de santé et leur réalisation par des acteurs positionnés comme des membres des équipes de santé primaire, quel que soit leur point de rattachement [50].

Organiser la transition hôpital-domicile

L'objectif est de réduire le risque de réhospitalisation évitable à 30 ou 90 jours. Cela nécessite des interventions à trois niveaux : pendant l'hospitalisation, au moment de la sortie et après la sortie².

Pendant l'hospitalisation, cela nécessite le repérage, dès l'admission, des personnes à haut risque de réhospitalisation (selon la pathologie mais aussi la présence de critères comme un antécédent d'hospitalisation non programmée depuis 6 mois, la préexistence d'une dépendance, la situation sociale...), un contact précoce avec le médecin traitant et les soignants du domicile, la réévaluation des pathologies et traitements, associé à l'éducation du patient et de son entourage [39].

Au moment de la sortie, la remise au patient d'un document contenant les renseignements indispensables à la continuité des soins doit devenir la règle. La HAS prévoit dans ce but une évolution de l'indicateur sur la qualité et le délai à J zéro de remise du document de sortie, qui seront effectifs dès 2016.

Après la sortie, un accompagnement du patient doit être organisé en lien avec le médecin traitant et sous sa responsabilité, assurant la poursuite des interventions entreprises à l'hôpital et en particulier de l'éducation thérapeutique.

Des interventions de ce type peuvent obtenir une réduction de 10 à 20 % du risque de réhospitalisation précoce des personnes âgées et atteintes de polypathologies, qui peut être observé jusqu'à 6 à 12 mois. Les résultats les plus favorables sont obtenus chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque. Les deux tiers des interventions efficaces sont réalisées avec le concours d'infirmières qui supervisent la transition et suivent les patients après la sortie [41].

Une méthodologie de mise en œuvre des parcours

Traduire la « médecine des parcours » dans la pratique suppose une stratégie explicite d'accompagnement du changement dont les agences régionales de santé ont vocation à être les maîtres d'ouvrage dans le cadre d'un *leadership* partagé [24]. L'enjeu principal est de faire évoluer les modalités de travail des professionnels vers un exercice en équipe (les regroupements pluriprofessionnels de soins primaires notamment) de telle sorte que les changements visés par cette « médecine de parcours » découlent de l'exercice quotidien des professionnels et soient pérennes. ✧

2. Fiche points clés et solutions – Comment éviter les réhospitalisations évitables des personnes âgées http://www.has-sante.fr/portail/plug-ins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1602733

The Beacon community program : utilisation des technologies de l'information pour améliorer le système de soins

The Beacon community program fait partie de la stratégie américaine fédérale visant à utiliser les technologies de l'information en santé comme élément fondateur pour améliorer le système de soins. Dix-sept communautés correspondant, sur un territoire, à l'ensemble des acteurs (financeurs, structures de soins, professionnels) participent à ce programme. Chacune établit, en fonction de son environnement, des objectifs de santé, de qualité et d'efficacité et, pour les atteindre, déploie de multiples interventions soutenues par les technologies de l'information en santé [44].

Six d'entre elles se sont appuyées sur des programmes de *Care management* qui comprennent [2] :

- l'identification des patients pour lesquels une prise en charge renforcée devait être envisagée. Les six communautés se sont appuyées sur des registres ou les logiciels métiers pour identifier les patients avec un diagnostic spécifique puis les stratifier en différents groupes de complexité ;
- des stratégies pour faire évoluer les modalités de prise en charge des patients : renforcer les équipes de soins pluriprofessionnelles, organiser la coordination des soins, notamment pour les patients les plus complexes, et la communication, gérer les transitions, notamment la sortie d'hôpital, optimiser les traitements, et favoriser l'implication des patients. Ces stratégies s'appuyaient sur les fonctionnalités des logiciels métiers : messagerie sécurisée, système d'échange et de partage de données avec des documents types (par exemple volet de synthèse médicale, document de sortie d'hospitalisation), systèmes d'aides à la décision, tableaux de bord de suivi des résultats, télésurveillance, *feedback* sur la qualité des soins, portails pour les patients avec accès aux éléments de leur dossier médical et conseils pour l'autosoin ;
- l'évaluation d'impact du programme et un financement adapté.

Les communautés ont dû surmonter plusieurs défis pour déployer ces programmes de *care management*. Les fonctionnalités des systèmes d'information (SI) disponibles initialement étaient mal adaptées aux besoins des professionnels. L'évolution des modalités de prise en charge s'est heurtée aux habitudes et à la charge de travail des professionnels. Pour y faire face, elles ont mis en place un programme d'accompagnement des professionnels comme illustré ci-dessous.

La communauté du Colorado [42] a ainsi développé son programme sur le constat que le déploiement isolé des technologies de l'information en santé n'était pas suffisant à lui seul pour réaliser les améliorations attendues en termes de qualité des soins et de santé

de la population, les professionnels de santé devant, en même temps, modifier les processus de prise en charge des patients.

Dans ce contexte, le *Colorado Beacon Consortium* (CBC) a mis en œuvre un programme sur 3 ans auprès de 51 structures de soins primaires, principalement rurales, du Colorado. Outre le développement des fonctionnalités des systèmes d'information et l'infrastructure nécessaire à l'échange/partage d'information, il cherchait à engager les professionnels dans une démarche qualité autour des objectifs retenus. Pour cela, des responsables de chaque équipe pluriprofessionnelle ont participé tous les 3 mois à une session de travail afin de se former :

- à l'utilisation d'outils pour développer le travail en équipe ;
- au suivi d'indicateurs pour améliorer la qualité des soins ;
- à l'échange/partage d'informations pour développer la communication entre les professionnels. Les thèmes abordés au cours de ces sessions sont autant cliniques (prévention de l'obésité, vaccination des enfants) qu'organisationnels (communication, processus, approche *patient-centered medical home*, etc.).

Entre chaque session, au sein de leur structure, les responsables devaient tester puis mettre en œuvre ces nouvelles pratiques en tenant compte de leur environnement. Ils bénéficiaient du soutien de facilitateurs pour développer leurs compétences dans la mise en œuvre de démarches qualité et l'utilisation de données cliniques. De plus, des partages d'expérience et un retour d'information étaient organisés au cours des sessions.

Au cours de cette démarche, des améliorations étaient perçues en lien avec l'utilisation des technologies de l'information en santé et la gestion des parcours :

- compétence accrue dans l'utilisation des logiciels métiers pour les soins cliniques et les indicateurs de performance ;
- diminution, voire élimination des examens en double, des fax et du travail en double du fait des erreurs ;
- amélioration des demandes d'avis et de transition ;
- amélioration de la sécurité des patients par la réconciliation médicamenteuse ;
- amélioration de l'efficacité et de la productivité de la pratique ;
- culture du travail en équipe ;
- mise en place de processus fiables pour délivrer des soins préventifs et chroniques. ✦

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 55.

Florence Maréchaux
Haute Autorité de santé



Les médecins face à la coordination des soins : un éclairage comparatif (Allemagne/Suède)

Patrick

Hassenteufel

Université Versailles-Saint-Quentin/
Laboratoire
Printemps

Alban Davesne

Centre d'études
européennes de
sciences politiques

L'amélioration de la coordination des soins, objectif de plus en plus prioritaire de la politique de santé en France, implique en première ligne les professionnels de santé, en particulier les médecins car elle suppose non seulement des transformations dans leurs pratiques et les interactions entre eux mais aussi dans leur rémunération et dans leur statut. C'est ce que montrent les cas contrastés de la Suède, et de l'Allemagne¹. Dans le cas de la Suède la coordination des soins s'est appuyée sur la salarisation des médecins permettant la mise en place de structures collectives dans le secteur ambulatoire caractérisant ce système national de santé. En Allemagne, la coordination des soins a été renforcée plus récemment dans le cadre de la mise en concurrence des caisses, en s'appuyant en particulier sur de nouveaux modes de contractualisation avec les médecins.

Suède : le rôle historique des soins primaires coordonnés partiellement remis en cause par les réformes libérales

La coordination des soins primaires avec l'ensemble de la chaîne de soins représente la caractéristique la plus originale du système de santé suédois. Elle a été l'objet d'un investissement politique précoce de la part des réformateurs sociaux-démocrates des années 1930 aux années 1970. Le rapport rédigé en 1942 par Axel Höjer développait en détail le projet d'instaurer un service public de soins primaires sous la responsabilité des comtés ou des villes et insistait sur la nécessité de créer des centres de santé d'importance graduelle, coordonnés entre eux et avec les services hospitaliers, et qui seraient le lieu d'une approche préventive et sociale de la médecine. Si ce projet est resté lettre morte à l'époque, il a influencé la définition des soins primaires fondée sur les principes de proximité, d'accessibilité, de continuité et de coordination qui s'est imposée dans les années 1970. Des centres de santé (*vårdcentraler*) ont alors été construits en nombre, dont certains pouvaient accueillir 10 à 15 médecins résidents. En 2012, il existait 1 166 centres de santé primaires de tailles différentes. Les patients y sont d'abord pris en charge par les personnels infirmiers avant d'être dirigés vers un médecin généraliste ou un spécialiste. Il n'est pas rare que des personnels non médicaux (infirmières, kinésithérapeutes ou autre) occupent la fonction de directeur de ces centres de santé, ce qui indique un rapport beaucoup plus souple qu'en France avec la

hiérarchie professionnelle traditionnelle au sein de ces structures. Certains de ces centres sont spécialisés dans la prévention ou le traitement de maladies chroniques, comme le diabète ou l'asthme. Les centres de santé sont également un élément important de la politique de prévention. L'accueil des patients par les centres de santé intègre ainsi un service de prévention individualisée des risques liés entre autres au tabac, à l'alcool et aux drogues. Les infirmières jouent ici un rôle de premier plan.

Si le système de santé suédois reste très performant en matière de coordination entre les différents niveaux de prise en charge, les réformes de libéralisation et de privatisation menées depuis les années 1990, visant à lutter contre les effets pervers de ce système (les listes d'attente excessives en particulier), ont toutefois entraîné des changements. Elles ont réintroduit, certes de manière marginale, dans la régulation des soins de santé suédois une question qui se pose en France avec plus d'acuité : le risque d'une surconsommation de soins lié à une forme de nomadisme médical et plus généralement à une mauvaise coordination des différents prestataires.

En 1994, une réforme a introduit la possibilité pour les patients de s'inscrire auprès d'un médecin de famille (*husläkare*) sans restriction, mettant ainsi fin au primat des centres de santé. Cette loi a toutefois été abrogée dès le retour au pouvoir des sociaux-démocrates en 1996. L'organisation du parcours de soins local n'a plus été aussi frontalement remise en cause depuis, mais les travaux d'Ulrika Winblad montrent, à travers l'exemple de Stockholm, le plus ouvert à la concurrence et aux soins privés, une tendance à la fragmentation de l'offre de soins. Le système de rémunération des prestataires de santé mis en place y étant fortement lié à l'activité, la chercheuse a constaté la réalisation d'actes médicaux non nécessaires. Pour éviter cet écueil, un certain nombre de comtés pratiquent des tarifs différenciés selon l'établissement de référence auquel le patient a choisi de s'inscrire [58]. De manière générale, un certain nombre de témoignages indiquent que les médecins suédois se trouvent aujourd'hui confrontés au développement d'une forme (encore limitée) de consumérisme médical qui conteste leur rôle de *gate keeper*.

Le cas de la Suède montre que la question de la coordination des soins est un enjeu qui n'implique pas seulement les médecins mais aussi les autres professionnels de soins et aujourd'hui les patients, fortement attachés à la liberté et à la facilité d'accès aux soins médicaux, au nom desquels ont été adoptées des réformes d'orientation libérale remettant partiellement

1. Cet article s'appuie sur une enquête réalisée pour l'Institut Montparnasse [29].

Les références entre
crochets renvoient à la
Bibliographie générale
p. 55.

en cause les fondements de son système national de santé.

Allemagne : la coordination des soins par la mise en concurrence des caisses d'assurance maladie

En Allemagne, la politique de réorganisation du système de soins est étroitement liée à la mise en concurrence des caisses mise en place à partir de la réforme structurelle de l'assurance maladie (GSG) de 1992 permettant le libre accès de chaque assuré à n'importe quel type de caisse. Dans un premier temps, le seul élément de choix des assurés était le taux de cotisation (variable entre les caisses), puis, à partir de la loi de modernisation de l'assurance maladie (GMG 2003), la concurrence a été étendue à l'offre des soins en visant l'amélioration de la qualité par une meilleure coordination des soins. Celle-ci se traduit tout d'abord par la possibilité donnée aux caisses de créer des centres de soins médicaux (*Medizinische Versorgungszentren*) regroupant des médecins et d'autres professions de santé pour une prise en charge plus intégrée du patient. Il s'agit là d'un retournement assez spectaculaire par rapport au début des années 1990 : l'harmonisation du système médical est-allemand dans le cadre de la réunification avait abouti à l'est à la fermeture de la plupart des centres de santé (les polycliniques), au cœur du système de soins de la RDA mais inconnus à l'ouest. On assiste ces dernières années à la renaissance de plusieurs polycliniques dans l'est de l'Allemagne sous la forme de centres de soins médicaux. Les incitations sont fortes puisque le montant des rémunérations des actes médicaux est supérieur à celui des actes accomplis dans les cabinets médicaux ; les généralistes employés de ces centres peuvent accomplir certains actes spécialisés ; enfin, il est également possible de prendre en charge des soins pré ou post-opératoires. Fin 2011, il existait 1 730 centres employant 9 500 médecins, un tiers d'entre eux sont dirigés par des hôpitaux (impliqués dans 700 centres). Toutefois, la mise en place de ce type d'organisation des soins, plus coordonnée, est contestée par les principaux représentants des médecins libéraux, parce qu'ils peuvent être dirigés par des non-médecins susceptibles de faire prévaloir des logiques économiques (20 % des centres ne sont ni dirigés par des médecins, ni par des hôpitaux) et parce qu'ils permettent aux hôpitaux de s'impliquer dans les soins ambulatoires.

L'autre aspect est la possibilité donnée aux caisses, dès la loi de 2000 et renforcée par la loi de 2003 qui remet en cause le monopole contractuel des unions de médecins de caisse (auxquelles adhèrent à titre obligatoire tous les médecins de ville exerçant dans le cadre de l'assurance maladie), de signer des contrats dits sélectifs (*Selektivverträge*). Cette contractualisation d'un nouveau type permet la mise en place de nouveaux modes d'organisation des soins afin de favoriser un meilleur suivi du patient, dans le cadre de réseaux et de filières de soins, en surmontant les cloisonnements entre médecine générale et médecine spécialisée, entre

prévention et soins curatifs, entre la médecine en cabinet et l'hôpital, entre soins médicaux et paramédicaux...

Il s'agit tout d'abord des contrats de médecin de famille (*Hausarztssystem*) reposant sur le principe du passage systématique par le généraliste. L'un des premiers, et plus importants, est celui signé en 2005 entre la caisse complémentaire Barmer, l'association allemande des médecins généralistes (*Deutscher Hausärzte Verband* ou DHV) et l'association allemande des pharmaciens. 3 000 médecins et 1 500 pharmaciens y ont adhéré, ce qui correspond à la prise en charge de plus de 600 000 patients. Il est fondé sur le passage obligatoire par le généraliste, payé au forfait. Celui-ci doit fortement inciter ses patients (dont le montant des cotisations est légèrement réduit) à s'impliquer dans des actions de prévention (notamment sous la forme de « chèques prévention » annuels). Le généraliste s'engage pour sa part à participer à des cercles de qualité et à des formations, à prescrire des génériques et à se conformer à des protocoles de soins. Cette possibilité a donc été saisie par ce syndicat des généralistes pour renforcer le rôle du généraliste et pour s'autonomiser par rapport aux unions qui ont contesté ce contrat du fait de la limitation du libre choix du patient et du changement de mode de rémunération.

La loi de développement organisationnel de l'assurance maladie légale (*Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der GKV*) adoptée en 2008 a prévu la généralisation des contrats de généralistes (*Hausarzt Verträge*) renforçant le rôle pivot de ceux-ci et mettant en place des forfaits pour le suivi des patients. Surtout, la loi prévoit que les contrats peuvent être signés en dehors des unions (à adhésion obligatoire) avec un syndicat (à adhésion libre). Il s'agit là d'une impulsion nouvelle donnée à la réorganisation du système de soins allemands à partir du généraliste dans le cadre de la concurrence tout en continuant à remettre en cause le rôle des unions par le renforcement de l'organisation de généralistes DHV. Une nouvelle loi, en 2011, a accru les exigences en termes d'efficacité économique (le financement des contrats dépend des gains financiers ou de l'accroissement de l'efficacité). Leur nombre total est d'environ 400 aujourd'hui, ce qui montre leur acceptation par les médecins généralistes (plus de 20 000 d'entre eux prennent part à ces contrats, soit la moitié des médecins généralistes en activité en Allemagne).

On peut ensuite mentionner les contrats concernant l'intégration des soins (*Integrierte Versorgung*) au nombre de 6 339 fin 2012 et couvrant près de deux millions d'assurés. Les deux tiers d'entre eux portent sur un type de prestation défini, un cinquième intègre des opérations en ambulatoire, mais seul 1 % d'entre eux comprend des soins non médicaux. Ajoutons que la loi sur le médicament de 2011 a permis la participation d'entreprises pharmaceutiques à ces contrats. Un premier contrat fédéral a été conclu fin 2011 autour de la prise en charge des enfants atteints d'épilepsie. Par ailleurs, en 2013, plus de 6 millions de patients participent à un



Disease-Management-Program (dont près de 4 millions de diabétiques).

En dehors de la contractualisation se sont également développées deux autres formes de soins plus coordonnées. D'une part, les soins ambulatoires à l'hôpital dans des régions où existent des pénuries de médecins spécialistes, pour des prestations très spécifiques, ont été rendus possibles. D'autre part, près de 400 réseaux de soins ont été mis en place². La loi de réforme structurelle sur l'organisation des soins de 2011 a donné la possibilité de négocier (avec les caisses et sous la supervision des unions de médecins) des modes de rémunération spécifiques pour ces réseaux à condition de répondre à un certain nombre de critères : impliquer au moins 20 médecins dans au moins trois spécialités (qui peut être la médecine générale), exister depuis au moins trois ans, comprendre des soignants non médecins,

2. Dans l'enquête *ÄrzteMonitor* de 2012, 25 % des médecins interrogés déclarent travailler dans le cadre d'un réseau. Le nombre de réseaux a doublé en dix ans.

établir des standards de qualité et des objectifs en termes de soins...

Cette loi prévoit aussi la mise en place (à partir de 2014) d'un nouveau secteur de la médecine spécialisée pour améliorer la coordination ville/hôpital. Il repose sur toute forme de coopération entre des médecins spécialistes en ambulatoire et des médecins hospitaliers pour la prise en charge de pathologies lourdes (tumeurs intestinales, maladies rhumatologiques, insuffisance cardiaque, tuberculose, mucoviscidose...).

En Allemagne comme en France, les tentatives de renforcement de la coordination des soins ont accru la fragmentation de la profession médicale avec, d'une part, l'affaiblissement des unions qui ont perdu le monopole de la contractualisation avec les caisses et, d'autre part, l'autonomisation d'organisations « libres », en particulier le syndicat de généralistes *DHV* et *Medi*, contractualisant directement avec les caisses. Même si le développement de nouveaux modes d'organisation des soins est plus étendu en Allemagne qu'en France, il s'accompagne de fortes différences territoriales puisque leur mise en place repose sur des négociations locales. ✈