
Besoin de coordination des patients demandant des soins intenses

Résumé

Étude réalisée sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique

Beat Brüngger (Helsana)

Barbara Fischer (Polynomics)

Mathias Früh (Helsana)

Dr. Roland Rapold (Helsana)

Dr. Oliver Reich (Helsana)

Dr. Harry Telser (Polynomics)

Dr. Maria Trottmann (Polynomics)

Impressum

Numéro de contrat : 14.007634

Durée du projet : 20.08.2014 – 31.01.2015

Direction du projet de recherche à l'OFSP : Tamara Bonassi, service Evaluation et recherche (E+F)

L'OFSP a confié l'élaboration du présent rapport à un rédacteur externe dans le but d'obtenir une réponse indépendante et scientifiquement fondée à des questions essentielles. Par conséquent, l'interprétation des résultats, les conclusions et les éventuelles recommandations à l'attention de l'OFSP et d'autres acteurs peuvent diverger de l'avis et des positions de l'OFSP.

Le projet du rapport a fait l'objet d'une méta-évaluation par le service E+F de l'OFSP.

Commande : Service Evaluation et recherche (E+F)
Office fédéral de la santé publique, 3003 Berne
forschung@bag.admin.ch
www.bag.admin.ch/forschung

Pour résumer

Objectif de l'étude

Le présent travail constitue l'un des cinq travaux de recherche, au moyen desquels l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) recueille actuellement des connaissances sur le sujet de la coordination des soins en vue de la deuxième conférence nationale « Santé2020 » ayant lieu début 2015. Cette étude se concentre sur l'analyse des données des assurances en relation avec les soins coordonnés. L'étude doit notamment fournir des indices sur les groupes de patients demandant des soins intenses existants, leurs caractéristiques en termes de recours à des prestations de santé et la possibilité d'en déduire un besoin de coordination.

Profils descriptifs des groupes de patients demandant des soins intenses

Une prise en compte de la littérature pertinente a permis de montrer que deux facteurs étaient responsables du fait qu'une maladie entraîne des dépenses de santé très élevées. D'une part, les dépenses sont élevées lorsque de très nombreuses personnes sont touchées, c'est-à-dire que la maladie présente une prévalence élevée, et d'autre part, lorsque le traitement d'un patient individuel s'avère très coûteux. Les maladies entraînant de manière générale les dépenses de santé les plus élevées en Suisse sont aussi bien des maladies à prévalence élevée avec des frais de traitement plutôt faibles par patient (par ex. maladies cardiovasculaires), que des maladies moins répandues, mais très coûteuses en termes de traitement (par ex. cancer). C'est la raison pour laquelle nous avons décidé d'analyser le recours aux prestations de santé des cinq groupes de maladies caractérisés par les dépenses totales les plus élevées, ainsi que celui des cinq groupes de maladies caractérisés par les dépenses moyennes individuelles les plus élevées.

Les données des assurances ne sont utilisables que de manière limitée pour une analyse des dépenses par maladie. Le plus grand problème réside en effet dans le fait que les assureurs ne reçoivent pas de données de diagnostic pour le secteur ambulatoire et ne connaissent donc pas les maladies dont souffrent leurs assurés. La seule possibilité d'effectuer une analyse de différents groupes de maladies consiste donc à classer les patients en groupes appelés « groupes de coûts pharmaceutiques » (GCP). L'idée liée aux GCP réside dans le fait que les assurés souffrant d'une maladie (chronique) sont reconnaissables à leurs décomptes de médicaments dont l'on sait qu'ils sont surtout prescrits pour une maladie en particulier. Ainsi, les patients ayant pris de l'insuline au cours de l'année passée seront classés dans le groupe des diabétiques. Plusieurs GCP peuvent être ainsi attribués à un patient. Cette méthode est souvent utilisée dans les modes de travaux empiriques, mais peut toutefois manquer de précision, car certains médicaments sont utilisés dans diverses indications et il n'est pas clairement défini à partir de quelle quantité d'un médicament donné un assuré doit être classé dans un GCP afin d'identifier par exemple des maladies chroniques seulement. Les chiffres absolus de prévalence des groupes de maladies déterminés de cette manière doivent donc être interprétés avec précaution.

Dans les données de Helsana, nous avons défini dix groupes basés sur des maladies de patients demandant des soins intenses en procédant selon cette méthode. Les *cinq groupes de coûts pharmaceutiques avec les dépenses totales les plus élevées* sont :

1. les maladies mentales
2. les douleurs
3. les maladies cardiovasculaires
4. les maladies rhumatismales
5. la BPCO / l'asthme

Les *cinq groupes de coûts pharmaceutiques avec les dépenses moyennes individuelles les plus élevées* sont :

6. le VIH
7. le cancer
8. les psychoses
9. le diabète sucré
10. la maladie de Parkinson

Nous avons également défini *trois groupes transversaux*, pour lesquels des frais de traitement élevés sont à attendre. Il s'agit :

11. des personnes âgées polymorbides (65 ans et plus avec 2 maladies chroniques resp. GPC ou plus)
12. des personnes dans les six mois précédant leur décès (tous, < 70 ans et $\geq$ 70 ans)
13. des personnes prises en charge par les services sociaux

L'analyse descriptive de ces groupes montre tout d'abord que la *polymorbidité* est très répandue, et notamment au moment de la vieillesse. Alors que les personnes de moins de 65 ans souffrent en moyenne de 1,3 maladie ou se voient attribuer 1,3 groupe de coûts pharmaceutiques, cette valeur atteint le nombre de 3,2 maladies chez les personnes de plus de 64 ans. La polymorbidité est en outre très répandue dans les groupes de maladies à haute prévalence. La majorité des patients souffrant de maladies mentales est ainsi par exemple également traitée avec des médicaments antidouleur, ainsi que pour des maladies cardiovasculaires et rhumatismales. En raison de cette polymorbidité, la plupart des patients consulte également plusieurs médecins, ce qui implique un besoin de coordination.

Le recours à des prestations de santé n'est pas fondamentalement différent dans les cinq premiers groupes avec des frais totaux élevés. Tous les groupes ont en effet clairement un besoin en soins supérieur à la moyenne, le nombre de consultations auprès de médecins de premiers recours et de spécialistes, le nombre de fournisseurs de prestations impliqués ainsi que les durées des séjours en hôpitaux ne sont toutefois pas très différents entre les groupes. Ceci est d'une

part dû à la prévalence élevée dans ces groupes. Il existe donc de grands collectifs dans lesquels les divergences individuelles sont compensées. D'autre part, le grand nombre de polymorbides a pour conséquence que de nombreux patients apparaissent dans plusieurs groupes, ce qui réduit les différences entre ces derniers. Une attribution précise du recours aux soins aux différentes maladies n'est malheureusement pas possible en raison des données de diagnostic manquantes.

Les cinq groupes de maladies avec les frais par patient les plus élevés (groupes 6 à 10) présentent des différences plus marquées. Ces groupes plus petits en raison de la prévalence plus faible sont plus homogènes et les différences entre les groupes sont donc plus fortement visibles. Les personnes souffrant de cancer, psychose ou maladie de Parkinson sollicitent ainsi par exemple plus de soins en moyenne (nombre de consultations et séjours en hôpital) que la moyenne des patients. Elles consultent également plus de médecins différents. Les patients souffrant de VIH, si l'on ignore le nombre de visites ambulatoires en hôpital, utilisent beaucoup moins de soins médicaux contrairement aux autres groupes. Pour ce groupe, les dépenses médicamenteuses représentent une part importante des dépenses de santé.

Le groupe transversal des « personnes dans les six mois précédant leur décès » se distingue surtout par un recours important aux infrastructures stationnaires. Près de 70 % d'entre elles ont été hospitalisées. L'on note notamment des durées de séjour en hôpital très longues par rapport à la moyenne. En outre, l'on constate que les bénéficiaires de l'aide sociale reçoivent considérablement plus de soins que la moyenne. Ils sont plus souvent présents dans les groupes de maladies « maladies rhumatismales », « douleurs », « maladies stomacales » ainsi que « maladies mentales » et sont plus souvent polymorbides. Au total, ils engendrent en moyenne près de 1700 CHF de dépenses de santé de plus par an que les assurés qui ne sont pas soutenus par l'aide sociale.

Analyse empirique du besoin de coordination

Le besoin de coordination est un concept difficile à saisir de manière empirique. L'on peut certes dire quand le besoin de coordination est réellement présent, c'est-à-dire (i) lorsque la coordination est insuffisante et (ii) que la qualité du traitement pourrait être accrue par une coordination améliorée ou que moins de ressources pourraient être utilisées, c'est-à-dire que l'efficacité du traitement pourrait être améliorée. Mais en réalité, pour déterminer le besoin de coordination, il faudrait d'une part pouvoir mesurer la coordination des traitements existants et d'autre part connaître le niveau présentant la coordination optimale. Ces deux évaluations ne peuvent se faire que de manière approximative.

Ces restrictions s'appliquent également à cette étude. En alternative, nous analysons donc les groupes de patients desquels l'on peut attendre qu'ils se différencient du point de vue de leur besoin de coordination. Une forme de coordination des soins, bien établie dans les études précédentes et identifiable dans les données de l'assurance-maladie, est représentée par les contrats de type Managed Care. L'on peut partir du principe que la prise en charge des patients disposant de contrats Managed Care est mieux coordonnée que celle des autres patients. Si les « groupes de patients bien coordonnés » se différencient des autres groupes en termes de qualité de traitement

ou de ressources utilisées, l'on peut présupposer que ceci est notamment (ou du moins partiellement) lié à la meilleure coordination.

Dans les données de Helsana, nous avons examiné les différences que présentent les personnes assurées avec des contrats Managed Care quant à des indicateurs de qualité (différents types d'ordonnances médicales), d'efficacité (fréquence de procédés d'imagerie et traitement de maladies peu graves), ainsi qu'en ce qui concerne le recours aux soins en cas de maladies chroniques. Il a ainsi pu être établi que pour la plupart des indicateurs, les assurés dotés d'un contrat Managed Care s'en sortent mieux et ce même lorsque nous contrôlons, au moyen d'une analyse statistique détaillée, les différences entre patients des deux groupes, telles que l'âge, le sexe, les dépenses de santé de l'année précédente etc., pour éliminer la possibilité d'un effet de la sélection des patients. Ainsi, les assurés avec un contrat Managed Care se voient par exemple prescrire moins d'antibiotiques ou leur traitement aux benzodiazépines est plus court. Les patients avec contrat Managed Care plus âgés présentent en outre une fréquence de prescriptions potentiellement inappropriées moins élevée. Il s'agit là des prescriptions pour des médicaments, qui pris simultanément, peuvent provoquer des effets secondaires indésirables. Les maladies peu graves sont traitées moins souvent dans des services ambulatoires en hôpital chez les assurés avec un contrat Managed Care, ce qui peut laisser penser à une forme de traitement plus efficace. Pour le traitement de groupes de malades chroniques sélectionnés, l'on constate également des dépenses de santé considérablement moins élevées. L'indicateur des procédés d'imagerie est le seul ne montrant aucune différence entre les assurés avec contrat Managed Care et les assurés standard.

L'analyse prouve également que tous les modèles Managed Care ne permettent pas d'obtenir les mêmes résultats. Les modèles dans lesquels les médecins participent à la responsabilité du budget et qui existent depuis longtemps ainsi que les modèles de télé médecine, pour lesquels le premier contact des patients a lieu par téléphone, obtiennent de meilleurs résultats. Dans le premier cas, des procédures prédéfinies se sont peut-être mises en place depuis un certain temps. La télé médecine quant à elle ne présente pas d'incitation financière pour les fournisseurs de prestations sous forme de coresponsabilité budgétaire. Dans ce cas, les efforts sont concentrés sur la fonction de Gatekeeper du premier contact, ce qui constitue une première approche de coordination. Les autres formes de Managed Care tels que les modèles de listes par exemple ne montrent que des améliorations limitées par rapport à l'assurance standard.

L'on ne peut toutefois pas exclure qu'un effet de sélection chez les médecins pourrait être responsable des différences trouvées, dans la mesure où pour l'instant, seuls les médecins pour lesquels de telles formes de soins intégrés sont importantes et ayant un avis sur la médecine différent de la majorité des autres médecins, ont choisi d'adhérer aux modèles de Managed Care.

Outre l'analyse des assurés avec un contrat Managed Care, nous avons également examiné les différences géographiques sur les sept grandes régions de Suisse définies par l'Office fédéral de la statistique. Cette analyse montre que les benzodiazépines, les antibiotiques et les médicaments potentiellement inadaptés sont prescrits plus fréquemment surtout dans le Tessin et dans la région lémanique. Il n'est toutefois pas possible d'en conclure des déficits de coordination

dans les régions concernées. D'autres facteurs, tels que des divergences de compréhension du traitement médical optimal peuvent par exemple en être responsables. En revanche, des problèmes de coordination peuvent plus aisément être mis en relation avec le fait que les maladies peu graves sont bien plus souvent traitées en hôpital dans le Tessin et de manière plus limitée, dans le nord-ouest de la Suisse que dans les autres régions.

Conclusions

Les profils descriptifs présentés dans ce travail de recherche montrent qu'une majorité des patients demandant des soins intenses sont en traitement chez des fournisseurs de prestations différents. Cette étude ne permet toutefois pas d'évaluer, en se basant sur les données de l'assurance-maladie, si et comment les fournisseurs de prestations coordonnent leurs activités et échangent des informations pertinentes. Ces activités sont pourtant des composantes essentielles dans les modèles Managed Care et nous les considérons ou partons du principe qu'il s'agit d'un élément indispensable. Si l'on se base sur la comparaison entre assurés avec et sans contrat Managed Care pour la mesure d'un éventuel besoin de coordination, cette étude donne des premières indications sur le fait que les soins médicaux en Suisse sont mieux coordonnés dans les réseaux Managed Care existants que dans la partie « non gérée » du secteur de la santé. Notamment pour les maladies chroniques et donc, en raison de l'évolution démographique, surtout auprès de la population polymorbide vieillissante, cette forme de soins apporte une certaine efficience et des avantages en termes de qualité.

L'on note toutefois des différences entre les différents types de contrats Managed Care. Il est donc impossible de conclure que toutes les initiatives d'amélioration de la coordination sont toujours des réussites. Cette réussite dépendra en effet de la conception concrète de la coordination, ainsi que des parties prenantes concernées. L'on peut supposer que les caractéristiques et la motivation plus élevée des médecins participants, ainsi que la conception des contrats soient responsables des différences entre les assurés avec un contrat Managed Care et les autres, de sorte que les résultats de cette étude ne peuvent être généralisés qu'avec des restrictions.

Concernant le groupe vulnérable des personnes prises en charge par l'aide sociale, il convient de vérifier la possibilité d'améliorer la coordination avec des réseaux de médecins ou d'autres mesures de coordination afin de compenser les disparités entre les groupes. Il faut notamment analyser la façon dont la coordination entre le secteur de la santé et les services sociaux s'opère et s'il est possible de l'améliorer.



Polynomics AG
Baslerstrasse 44
CH-4600 Olten
www.polynomics.ch
polynomics@polynomics.ch
Téléphone +41 62 205 15 70
Fax +41 62 205 15 80
