

Rapport FINAL

Expérimentation EQUILIBRES

EQUIpes d'Infirmières LIBres, Responsables et Solidaires



Réalisé par

43, boulevard du Maréchal Joffre
92340 Bourg-La-Reine, France

Date de dernière modification : 21/11/2023

Sous le pilotage de la cellule d'évaluation Article 51



EQUIPE CEMKA

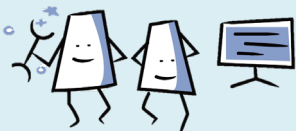
- ⇒ **Valérie DONIO**, Directrice Adjointe du Pôle Santé Publique.
valerie.donio@cemka.fr - 01.41.87.95.27
- ⇒ **Laura BEZANNIER**, Consultante Santé Publique.
- ⇒ **Camille NEVORET**, Directrice Adjointe du Pôle Biostatistique.
- ⇒ **Anne DUBURCQ**, Directrice du Pôle Santé Publique.
- ⇒ **Dr Bruno DETOURNAY**, Médecin économiste.

REFERENTS EQUILIBRES

- ⇒ **Guillaume ALSAC**, Co-fondateur et co-directeur de l'association Soignons Humain et de l'expérimentation EQUILIBRES.
soignonshumain@gmail.com
06.85.32.47.33
- ⇒ **Christèle LEMAN**, Co-fondatrice et co-directrice de l'association Soignons Humain et de l'expérimentation EQUILIBRES.
- ⇒ **Mathieu NOCHELSKI**, Co-fondateur et co-directeur de l'association Soignons Humain et de l'expérimentation EQUILIBRES.

Remerciements

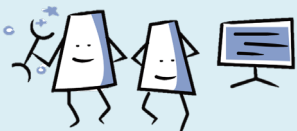
→ Qu'il soit permis de remercier les professionnels et les différentes personnes qui ont accepté d'être interrogés, qui ont répondu aux enquêtes et qui ont ainsi permis la réalisation des différents bilans d'évaluation. Nous remercions également l'équipe Data management A51 de la CNAM (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie) pour la mise à disposition des données SNDS. Un merci particulier à l'équipe Soignons Humain, porteuse du projet, pour sa réactivité dans la transmission des données nécessaires à l'évaluation, sa disponibilité et les échanges constructifs et enrichissants tout au long de l'expérimentation.



POINTS SAILLANTS

1. La **faisabilité démontrée** lors du rapport intermédiaire est **confirmée** dans ce rapport final. Cette expérimentation Article 51 n'a pratiquement pas été impactée dans son déploiement par la crise COVID, et a ainsi démontré une bonne adaptabilité/agilité, robustesse et une stabilité de fonctionnement.
2. Un **retour d'expérience très positif** des infirmiers expérimentateurs qui rapportent un sens retrouvé du métier d'infirmier (accès, qualité, efficience et pertinence des soins, plein exercice de leurs compétences y compris prévention, dépistage, santé publique), une importante simplification administrative (par rapport à la cotation NGAP), une qualité de vie au travail et personnelle retrouvée, dans le cadre soutenant, proposé par EQUILIBRES : via les facilitateurs (pour un accompagnement individuel et d'équipe), les outils évolutifs/adaptables aux besoins (en particulier le système d'information servant pour la prise en charge et pour la rémunération), le fonctionnement en équipe (auto-organisation/auto-gestion), l'appartenance à une communauté professionnelle bienveillante et exigeante à la fois (« *Nous ne sommes plus seuls* »).
3. Une **expérience-patients et aidants**, également très positive : retours des patients et aidants recueillis montrant une grande satisfaction et un impact positif sur l'accès aux soins et des retours d'expérience positifs en termes d'écoute, d'information, d'autonomisation tant pour les patients que pour les aidants, et des apports importants sur le soutien et le répit des aidants.
4. Des **impacts positifs/en faveur d'EQUILIBRES pour les patients et sur les coûts** : (1) sur le comparatif de la patientèle EQUILIBRES et témoins appariés, les résultats permettent de conclure à une diminution du nombre d'hospitalisations et un maintien à domicile des patients pris en charge par une équipe EQUILIBRES ; (2) des dépenses significativement moins élevées dans le groupe EQUILIBRES au global ; à la fois sur les dépenses de soins de ville et sur les dépenses de soins hospitaliers avec une diminution moyenne par patient et par an de **-1624 € (-25% en faveur de EQUILIBRES)**.
5. A la lumière des enseignements et constats dressés tout au long de près de 4 années d'expérimentation, ainsi que d'un travail de mise en perspective plus globale, le dispositif EQUILIBRES réunit un grand nombre de caractéristiques (faisabilité/ robustesse/ agilité/ désirabilité pour les professionnels et les patients/ caractère disruptif de la proposition) permettant d'envisager une dissémination planifiée à de nombreux territoires du pays.
6. Toutefois, une liste de prérequis / points de vigilance a été établie afin d'alimenter les réflexions sur les **conditions de reproductibilité** du dispositif. Ces éléments s'intègrent aux conclusions des échanges déjà engagés dans le cadre d'ateliers de travail sur les perspectives du projet.
7. Au-delà des présentes conclusions évaluatives centrées sur le dispositif EQUILIBRES en lui-même et l'activité d'infirmiers à domicile, des **enseignements importants** peuvent également être tirés pour la transformation organisationnelle plus générale de l'offre de soins et d'aide à domicile (HAD, SSIAD et services autonomie en particulier) : à propos de l'intégration des soins centrés sur les patients soutenue par le référentiel OMAHA, à propos des possibilités de simplification administrative au bénéfice des professionnels et in fine des patients.

➔ **Au-delà du critère de faisabilité, EQUILIBRES s'avère aussi une innovation prometteuse pour l'ensemble du système de santé. Ce dispositif ne constitue pas seulement une opportunité pour apporter des réponses au malaise et aux attentes actuels exprimés par la profession infirmière, mais il semble représenter aussi un outil pour répondre aux enjeux d'accès aux soins, de qualité et d'efficience.**



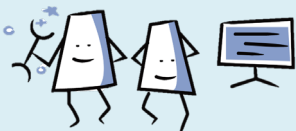
SYNTHESE

Ce document constitue le **rapport final d'évaluation externe du projet EQUILIBRES** (EQUIpes d'Infirmières LIBres REsponsables et Solidaires). L'expérimentation menée sur près de 4 années, avait pour objectif de tester un nouveau modèle d'intégration des soins primaires en proximité avec une rémunération des infirmiers basée sur le temps passé auprès du patient, le juste temps étant défini par les professionnels avec les patients en fonction de leurs besoins réels, documentés au travers du référentiel Omaha, et dans l'intention de favoriser l'autonomie/autonomisation des patients. Le dispositif vise à améliorer les prises en charge au domicile (y compris le maintien à domicile), par un exercice facilité des missions des infirmiers de ville. Il doit permettre un exercice du soin infirmier à domicile centré sur le patient, holistique, en équipe et coordonné, soutenu par une tarification forfaitaire au temps passé auprès des patients, dérogoire à la nomenclature d'actes infirmiers actuellement en vigueur (NGAP). Il apporte ainsi une innovation organisationnelle et tarifaire, expérimentée dans le cadre de l'Article 51. Le tarif horaire expérimenté est de **53,94€**, décompté au réel effectué (0.899€/minute), déclaré et spécifié dans le SI porteur : le relevé du temps passé auprès du patient est établi par les infirmiers, sur la base du réel effectué, et en corrélation avec le plan de soins personnalisé établi en utilisant le référentiel Omaha System.

Les conclusions du rapport final sur l'ensemble des axes d'évaluation sont les suivantes :

a) Une faisabilité/opérationnalité démontrée lors du rapport intermédiaire et confirmée dans ce rapport final

- ⇒ Une expérimentation Article 51 qui n'a pratiquement pas été impactée dans son déploiement par la crise COVID, montrant une bonne **adaptabilité**, **robustesse** et une **stabilité de fonctionnement**.
- ⇒ Une mise en œuvre **conforme** à ce qui était prévu dans le cahier des charges tant dans le déploiement que dans l'organisation à déployer au sein de chaque cabinet. Une grande diversité de contextes et de modalités d'exercice des professionnels inclus, reflétant la diversité des réalités vécues par les 130 000 infirmiers à domicile du territoire.
- ⇒ La mise en place de l'ensemble du protocole organisationnel et fonctionnel et des outils prévus confirme **l'opérationnalité du dispositif** : une gouvernance ad hoc instaurée ; une activité d'animation et d'accompagnement axée sur la « rencontre » au niveau collectif, au niveau des équipes et au niveau individuel ; de nombreuses présentations de l'expérimentation (auprès des infirmiers, des institutions, des représentants de la profession, des représentants d'associations de patients, d'acteurs de la formation initiale et professionnelle...) ; un cycle de formation mis en place et évoluant en fonction des besoins des Equilibristes ; un système d'information fonctionnel, utilisé et co-construit/évolutif ; un accompagnement individuel ou collectif des Equilibristes par un facilitateur (service/soutien apprécié et jugé nécessaire)...
- ⇒ Une **adhésion totale des infirmiers expérimentateurs** aux valeurs du projet et un **retour d'expérience nettement positif** rapportant un sens retrouvé du métier d'infirmier (accès, qualité, efficience et pertinence des soins, plein exercice de leurs compétences y compris prévention, éducation, dépistage, santé publique), une importante **simplification administrative** (par rapport à la cotation NGAP souvent qualifiée d'usine à gaz), une **qualité**

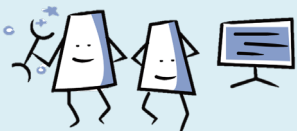


de vie professionnelle et personnelle retrouvée, dans un cadre soutenant, proposé par EQUILIBRES : facilitateurs (pour un accompagnement individuel ou d'équipe), outils évolutifs/adaptables aux besoins (en particulier le système d'information pour la prise en charge et pour la rémunération), fonctionnement en équipe (auto-organisation/autogestion), appartenance à une communauté professionnelle bienveillante et exigeante à la fois (« *Nous ne sommes plus seuls* »).

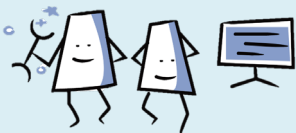
- ⇒ Une **satisfaction des professionnels de proximité** quant aux prises en charge proposées par les Equilibristes et le constat d'une collaboration renforcée : un soulagement et un gage de qualité ; une « *nouvelle dynamique* » de travail favorisant la coordination pluridisciplinaire... Deux principales **réticences**, bien que marginales, sont soulevées à savoir la crainte des dérives dans l'utilisation des données ou dans le maintien du tarif et de la nécessité de renforcer les contrôles d'activité des Equilibristes ainsi que la peur du renforcement des problématiques de saturation des personnels infirmiers alors que les territoires sont déjà sous tension (en lien avec une éventuelle sélection de patients).
- ⇒ Des **partenaires institutionnels globalement en faveur du dispositif** malgré l'opposition de 2 syndicats d'infirmiers (craintes exprimées : la peur du salariat déguisé ; un tarif qui ne pourra pas être suivi par la CNAM ; une réduction des compétences car cela reviendrait à faire du dépannage en cas d'absence d'auxiliaires de vie, de femmes de ménage ; la peur des dérives liées au forfait ou à l'utilisation des données recueillies...). Les acteurs qui soutiennent l'expérimentation mettent en évidence la pertinence du dispositif, la juste rémunération de l'entièreté de la prise en charge (du travail accompli), la simplification administrative, la réponse du dispositif aux enjeux de l'attractivité des métiers de la santé, de la désertification, de la télémédecine, de la délégation de tâches ; des gains de temps professionnels/soignants ; la formation recentrée sur le métier, les compétences (et non sur le codage d'actes en Nomenclature) ; l'apport pour la prévention, l'éducation et la santé publique...

b) Une efficacité observée et des impacts positifs significatifs en faveur d'EQUILIBRES pour les patients

- ⇒ Des **retours d'expérience (des infirmiers expérimentateurs, professionnels de proximité et porteurs) qui témoignent de l'efficacité du dispositif** sur les prises en charge et le suivi proposé (globalité), l'accès aux soins pour tous, y compris les patients les moins « *rémunérables* » via la NGAP, la coordination entre les professionnels de proximité du patient (prises en charge pluriprofessionnelles et communes), les pratiques professionnelles (autogestion, valorisation, développement et plein exercice de leurs compétences y compris prévention, dépistage, santé publique ...), l'amélioration de la qualité de vie au travail et les conditions d'exercice des infirmiers (facilitateurs/coachs, outils évolutifs/adaptables aux besoins, fonctionnement en équipe (auto-organisation/autogestion), appartenance à une communauté professionnelle bienveillante et exigeante à la fois), l'activité et l'organisation des cabinets/centres de soins (travail en équipe renforcé, soutien par les facilitateurs pour la gestion de situations complexes ou de « *conflits* » internes...).



- ⇒ **Une expérience-patient** également très positive : retours des patients et aidants recueillis montrant une grande satisfaction et un impact positif sur l'accès aux soins et un retour d'expérience positif en termes d'écoute, d'information, d'autonomisation tant pour les patients que pour les aidants et des apports importants sur le soutien et le répit pour les aidants (confirmant les résultats très positifs d'une enquête patients réalisée par le porteur en Juin 2022).
- ⇒ Concernant les **impacts sur les événements de santé et le recours aux soins/le besoin en soins**, les résultats mettent en évidence une différence statistiquement significative en faveur d'EQUILIBRES : sur le comparatif des patients EQUILIBRES et témoins qui ont pu être appariés, les résultats permettent de conclure à une diminution du nombre d'hospitalisations et indirectement à une amélioration de l'état de santé des patients pris en charge par une équipe EQUILIBRES, sur le court terme (signal statistiquement significatif dès l'étude à 1 mois) et sur le moyen terme (signal qui perdure et reste significatif à 3, 6 et 12 mois).
- ⇒ Un **impact positif d'EQUILIBRES sur les consommations de soins des patients** : une dépense statistiquement moins élevée dans le groupe EQUILIBRES au global : -25% de différences entre la consommation de soins des patients EQUILIBRES et celle des témoins ; à la fois sur les dépenses de soins de ville (-860€) et sur les dépenses de soins hospitaliers (-763€). On note des différences en faveur de EQUILIBRES également pour les postes d'honoraires médicaux (-35%), de transports (-32,5%), pharmacie (-25%), biologie (-25%).
- c) Un Impact budgétaire global très en faveur de EQUILIBRES en comparaison à des prises en charge en NGAP**
- ⇒ Un budget spécifique d'environ 375 000 € par an comportant 3 grands postes de dépenses : pilotage/gouvernance/ingénierie, formations des professionnels infirmiers, facilitation d'équipe.
- ⇒ Des gains en termes de dépenses évitées estimés à 1624€ par patient et par an (analyses cas/témoins appariés). En extrapolant au nombre de patients concernés par les analyses, on obtient un différentiel total de 8 915 760 € sur une année a minima.
- ⇒ Ainsi, les dépenses et frais de formations, de facilitation d'équipe et de pilotage sont largement compensés par les économies réalisées sur les consommations de soins des patients. Le « retour sur investissement » est largement démontré : Le budget spécifique du dispositif (dans sa structure actuelle) représenterait 4,2% des économies réalisées. Les ressources allouées au porteur pour la gestion, le fonctionnement et l'organisation du dispositif paraissent justifiées au regard des résultats obtenus.
- ⇒ Cet « investissement » (pour l'Assurance Maladie) permet également d'améliorer les compétences techniques et relationnelles des infirmiers, leurs conditions de travail et qualité de vie au travail pour des expérience-patients et expériences-aidants très positives.

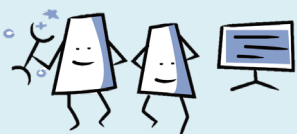


d) Les modalités de reproductibilité/transférabilité identifiées dans leurs grandes lignes

- ⇒ Les résultats de l'évaluation amènent globalement à conclure à la pertinence du dispositif et à la faisabilité de son déploiement/pérennisation. Ils apportent également des précisions sur les conditions de cette pérennisation. Ainsi à la lumière des enseignements et constats évaluatifs dressés, une liste de prérequis / points de vigilance a été établie. Ces éléments s'intègrent aux conclusions des échanges déjà engagés dans le cadre d'ateliers de travail sur les perspectives du projet (notamment en date du 13 février 2023). Cette réunion avait également envisagé les conditions d'arrêt du dispositif et ses conséquences en termes de risque de rupture de soins pour au moins 14% de patients (qui seraient sans solution en ville ou hospitalisés) et la cessation d'activité de 28 à 30% des infirmiers participants par réorientation professionnelle.
- ⇒ A noter que comme tout changement, **le facteur temps** est à prendre en compte : temps d'appropriation des outils, du fonctionnement, de la nouvelle organisation et temps de mise en évidence des effets. A l'heure actuelle, l'évaluation n'a sans doute pas encore montré tous les impacts engendrés par cette nouvelle organisation/modalité de travail (« Le paradigme holistique n'est par exemple pas encore au maximum »).
- ⇒ Des choix structurants et stratégiques sont à faire par les pouvoirs publics.

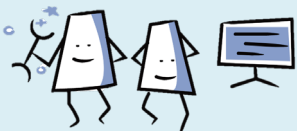
e) Quelques FREINS/points de vigilance sont à considérer au niveau du déploiement et du fonctionnement

- ⇒ Des freins liés à des **facteurs politiques nationaux et locaux** : Des oppositions assez fortes de 2 syndicats infirmiers nationaux représentés également en région (URPS), qui ont pu empêcher certains professionnels de rejoindre le dispositif (en Île-de-France notamment), malgré la cohérence de Equilibres avec les propositions formulées par le Conseil de l'Ordre Infirmier en février 2022 (voir infra).
- ⇒ Des vigilances exprimées sur le **tarif proposé** : s'il semble convenir aux infirmiers interrogés (à confirmer, et en soulignant la nécessaire actualisation en fonction de l'évolution de l'inflation depuis 2013, date des données comptables utilisées pour sa détermination), il ne correspond certainement pas à la rémunération locale de la région parisienne (Paris versus le reste des régions) : Le tarif horaire a été calé sur une médiane nationale 2013 à 73 500€/an versus 90 000€/an observés en Ile-de-France, rendant le dispositif moins attractif dans la région par peur de perte des revenus.
- ⇒ De manière plus épisodique : des difficultés de rejoindre le dispositif pour les infirmiers de montagne avec des temps de trajet vers le domicile très important ; la « spécificité Equilibres° » qui fait qu'il peut être plus difficile de trouver (aujourd'hui) un remplaçant acculturé (catégorisation des manières de travailler) ; une entrée dans Equilibres qui peut faire peur (bascule du jour au lendemain avec création de tous les dossiers patients dans le logiciel (chronophage) (d'où la nécessité d'être volontaire pour entrer dans la démarche et de l'accompagnement nécessaire qui est apporté pour ce passage) ; des souhaits de formation plus importants que prévus (non budgétés/à prendre en compte dans le futur).



f) **Les ATOUTS du dispositif sont nombreux et constituent des « composantes à maintenir » :**

- ⇒ Un **dispositif simple**, et donc souple, agile dans son fonctionnement, basé sur les besoins et la réponse aux besoins des professionnels, eux-mêmes au service des patients ; illustré par des très bons niveaux de satisfaction des infirmiers expérimentateurs et qui permet à EQUILIBRES de s'intégrer sur les territoires, dans les cabinets, dans les formations, dans les organisations (MSP, CPTS...) et **ce pour tous types de patients, de soins, et d'accompagnements**. Il améliore l'accès aux soins en mettant fin à tout risque ou incitation au tri des patients selon leur valeur financière « cotation d'actes ».
- ⇒ Une **simplification administrative** plébiscitée (par opposition à la NGAP). Un schéma tarifaire qui libère, sécurise, et in fine « rend heureux » les infirmiers.
- ⇒ Un **recentrage dans les pratiques**, libérant du temps infirmier pour les patients mais aussi du temps médical : des interventions possibles et rémunérées sans prescription médicale spécifique (⇔ simplification de prescriptions pour les médecins).
- ⇒ Un **temps d'acculturation relativement raisonnable**, et une bascule directe NGAP-EQUILIBRES qui n'a pas posé de problème particulier aux équipes (relevant cependant d'une prise de risques réalisée dans le cadre d'une expérimentation de 3 ans).
- ⇒ Le OMAHA System : **référentiel libre de droit** non-dépendant du SI utilisé : utile et indispensable pour faire du soin holistique et pouvant être utilisé par toute société éditrice de logiciel. L'expertise scientifique réalisée par une infirmière spécialiste clinique et ingénieure en pédagogie, indépendante, précise que ce système est adapté aux soins infirmiers en évitant une centration des interventions sur le diagnostic médical mais sur des problématiques du patient. Un **outil clé en main**, qui apporte les alertes pour la réflexion clinique et alimente le raisonnement clinique infirmier en vue d'ajuster les interventions au plus près des besoins « *c'est un outil opérationnel pour être dans le juste soin* » *tout en visant l'autonomie du patient* ».
- ⇒ Le plébiscite de la **communauté professionnelle**, du pair à pair et des échanges entre professionnels et équipes : utilisation des outils collaboratifs de communication, souhaits de rencontres, et de partages de vécu.
- ⇒ Une bonne **notoriété**, et de nombreuses demandes de rejoindre le dispositif et de marques d'intérêt (y compris d'ARS et de CPAM) sont observées. Notoriété participant à l'attractivité du métier : des stagiaires sont embauchés, des postes ont été créés.
- ⇒ **L'accompagnement par les facilitateurs et l'instauration d'un cercle vertueux soutenant**, encadrant et sécurisant les infirmiers, et participant au sens retrouvé.
- ⇒ Développement d'une **approche intégrée des soins** : l'infirmier coordonne et aide au décloisonnement : il assure la coordination au domicile avec tous les intervenants et professionnels des patients.
- ⇒ **L'offre de répit proposée aux aidants** par l'intervention des infirmiers à domicile qui se préoccupent aussi de l'entourage et peuvent conseiller, orienter, écouter...



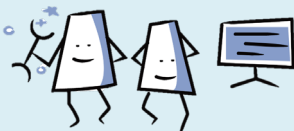
- ⇒ **Valorisation des actes de prévention et de l'ETP** et financement/rémunération du temps dédiés aux parcours coordonnés (et personnalisation des soins).
- ⇒ Une opportunité de développer la télémédecine, le télé-soin : les infirmiers s'équipent et peuvent assurer la présence professionnelle pour les téléconsultations.
- ⇒ **Des impacts indirects** (non objectivés quantitativement) **pour le système** : La diminution de la pression sur les services d'urgences et hospitaliers (avec les bénéfices directs en termes de ressources humaines, de qualité, et d'efficacité), la diminution des besoins d'aide et d'accompagnement ((budget CNSA-Conseils Départementaux) liée à l'amélioration de l'autonomie des personnes, et la prévention des complications), la diminution des besoins en nombre de places dans les institutions de type EHPAD, ULSD et SSR.
- ⇒ Une grande cohérence avec les propositions formulées par le Conseil de l'Ordre Infirmier en février 2022 (rappelées en préambule) et avec les objectifs du PLFSS pour 2024 qui sont notamment de poursuivre la **transformation** du système de santé pour renforcer la **prévention** et **l'accès aux soins**, garantir la soutenabilité de notre modèle social, via la **maîtrise des dépenses** et la poursuite de l'investissement dans le système de santé, renforcer les politiques de **soutien à l'autonomie**.

g) CONCLUSION DE L'EVALUATION

→ L'expérimentation EQUILIBRES menée pendant près de 4 années a permis de montrer la faisabilité d'un dispositif portant une nouvelle manière de travailler et de rémunérer les infirmiers libéraux en faisant sortir du paradigme de la nomenclature (et donc de la rémunération à l'acte).

→ L'expérimentation a permis de démontrer la pertinence du dispositif, son efficacité et les grandes lignes de sa reproductibilité. Ce dispositif implique cependant le système de santé dans de nombreuses dimensions et mériterait un déploiement progressif par étape et en premier lieu, dans les régions ayant manifesté leur intérêt. Une extension progressive permettra de préciser diverses modalités d'application et d'affiner l'ensemble des éléments du modèle organisationnel et économique : préciser l'organisation/dimensionnement du portage et de la gouvernance générale, les modalités de contrôle/régulation, fédérer/former les infirmiers, statuer sur le système d'information, réajuster le tarif... Les infirmiers doivent par ailleurs garder le libre choix d'exercer dans le système NGAP traditionnel ou de passer à EQUILIBRES.

→ → UN DISPOSITIF OPÉRATIONNEL, PERTINENT, MONTRANT UN BILAN ÉCONOMIQUE/ BUDGETAIRE POSITIF, à PERENNISER et à GENERALISER.

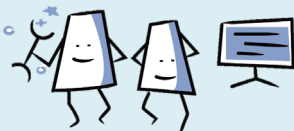


SOMMAIRE

POINTS SAILLANTS	3
SYNTHESE.....	4
1. PREAMBULE / CONTEXTE.....	12
2. RAPPELS - PRESENTATION SYNTHETIQUE DE L'EXPERIMENTATION ET DU DISPOSITIF	17
2.1. Fiche signalétique	17
2.2. Rappel du fonctionnement global du projet EQUILIBRES (<i>Source : cahier des charges</i>).....	18
3. RAPPEL DE LA METHODOLOGIE GENERALE D'EVALUATION / TRAVAUX EFFECTUES	22
3.1. Objectifs et contenu du présent rapport.....	22
3.2. Données recueillies et analysées pour l'évaluation finale.....	22
3.3. Difficultés rencontrées dans le recueil et la mission / RETEX des évaluateurs	23
4. RESULTATS AXE 1 : FAISABILITE / OPERATIONNALITE	26
4.1. Un projet qui s'est déployé de la manière prévue en termes d'adhésions de professionnels et d'activité de ces professionnels.....	27
4.2. Profil des cabinets et infirmiers adhérents et des patients.....	29
4.3. Un déploiement du projet dans les cabinets et centres de soins conforme aux attendus du cahier des charges et facilité par l'usage/l'appropriation du protocole organisationnel.....	32
4.4. Un déploiement variable selon les territoires d'expérimentation.....	34
4.5. Retours d'expérience des différents acteurs en matière de déploiement, fonctionnement du dispositif	36
5. RESULTATS AXE2 : EFFICACITE – EFFICIENCE	39
5.1. Résultats positifs sur la prise en charge et sur les parcours des patients	39
5.2. Résultats en matière de coordination et de pratiques des professionnels de santé	47
5.3. Impact budgétaire du dispositif.....	52
6. Résultats AXE3 : REPRODUCTIBILITE.....	70
6.1. Facteurs clés de succès	70
6.2. Eléments structurants du modèle organisationnel EQUILIBRES	71
7. CONCLUSION – EVALUATION FINALE – ART.51 EQUILIBRES	78
8. ANNEXES	80
8.1. Annexe 1 : Liste des personnes interrogées pour le RF Quali de Août 2022	80
8.2. Annexe 2 : Présentation des analyses du SI et du SNDS	82
8.3. Annexe 3 : Rapport final « qualitatif ».....	118
8.4. Annexe 4 : Rapport final « qualitatif » - Volet « Patients-Aidants »	118
8.5. Annexe 5 : Comparaison avant/après Equilibres – Qualité de vie au travail (QVT).....	119

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Répartition des Equilibristes selon leur profil	29
Figure 2. Présentation des montants moyens et différentiels par poste de dépense (base de remboursement) l'année suivant la date index (l'inclusion dans EQUILIBRES).....	64
Figure 3. Ensemble de la population suivie au moins 1 an après la date index (exclusion des 0,1% de patients avec les coûts les plus élevés) : EQUILIBRES : N = 7 565 ; Témoins : N = 24 737	66

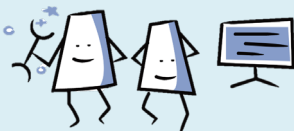


LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Fiche signalétique de l'expérimentation EQUILIBRES	17
Tableau 2 : Recueils de données mis en œuvre entre avril et août 2022	23
Tableau 3 : Données analysées pour l'évaluation finale « Volet Quantitatif »	23
Tableau 4. Caractéristiques de la population (1/2)	31
Tableau 5. Caractéristiques de la population 2/2	32
Tableau 6. Prise en charge après la date index - Analyse à 1 mois	43
<i>Tableau 7. Comparaison des patients EQUILIBRES non appariés et appariés</i>	44
Tableau 8. Les 10 traitements les plus fréquents – TEMOINS / CAS	45
Tableau 9. Evolution de la qualité de vie au travail et des conditions de travail depuis le passage à Equilibres (enquête début 2022)	50
Tableau 10 : Rappel des ressources prévisionnelles du projet EQUILIBRES (dont financements FISS)	53
Tableau 11 : Dépenses annuelles 2019-2022 par poste	55
Tableau 12 : Coûts spécifiques du dispositif (par année)	56
Tableau 13 : Pourcentage du temps de l'intervention dédiée à des actes non cotables en NGAP (PES = Prise en soins)	61
Tableau 14. Montants moyens par patient par poste de consommation (base de remboursement) l'année suivant la date index (en euro)	63
Tableau 15. Montant de base de remboursement l'année suivant la date index / analyses par sous-groupes	65
Tableau 16. Synthèse - Impacts sur les consommations de soins des patients	67
Tableau 17 : CONDITIONS IDENTIFIEES / PISTES DE REFLEXIONS POUR LA PERENNISATION DU DISPOSITIF ET SON DEPLOIEMENT	72

LISTE DES PRINCIPALES ABREVIATIONS

AIS	Acte de Soins Infirmier
ALD	Affection Longue Durée
AMI	Actes Médicaux Infirmiers
APA	Aide Personnalisée à l'Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
BRSS	Base de remboursement de la Sécurité Sociale
BSI	Bilan soins infirmiers
CDOI	Conseils départementaux de l'ordre infirmier
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNIL	Commission Nationale Informatique et Libertés
CNOI	Commission nationale d'orientation et d'intégration
CNPI	Conseil National Professionnel Infirmier
CNV	Communication Non Violente
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CTIS	Comité Technique pour l'Innovation en Santé
DAC	Dispositif d'Appui à la Coordination
DPC	Développement Professionnel Continu
EQ	EQUILIBRES
ETP	Equivalent temps plein
FIFPL	Fonds interprofessionnel de formation des professionnels libéraux
FISS	Fonds pour l'Innovation du Système de Santé
HAS	Haute Autorité de Santé
HDF	Hauts-de-France
HDH	Health Data Hub
HDS	Hébergement des Données de Santé
IDE	Infirmier Diplômé d'État
IDEL	Infirmier Diplômé d'Etat Libéral
IDF	Ile-de-France
IPA	Infirmier de Pratique Avancée
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MG	Médecin Généraliste
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
NGAP	Nomenclature Générale des Actes Professionnels.
OCC	Occitanie
ORS	Observatoire Régional de la Santé
PCH	Prestation de Compensation du Handicap.
PES	Prise en soins
PTA	Plateformes Territoriales d'Appui
QVT	Qualité de vie au travail
RETEX	Retour d'expérience
SI	Système d'information
SNDS	Système National des Données de Santé
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé



1. PREAMBULE / CONTEXTE

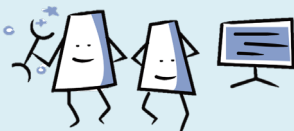
Quelques éléments de contextes sont rappelés ci-après en préambule de la présentation des résultats de l'évaluation finale du projet EQUILIBRES. EQUILIBRES qui propose une prise en charge en fonction des besoins identifiés par une évaluation globale, standardisée et régulière de la situation des patients (et de leurs aidants) par les professionnels eux-mêmes, via le référentiel OMAHA. Le dispositif vise l'autonomisation, l'amélioration de la qualité de vie au domicile en incitant à un exercice infirmier en équipe, avec un mode de rémunération simplifié, proportionnel au temps réel passé auprès des patients (tarif unique décompté par minute) visant également une simplification du volet administratif pour les professionnels.

a. Exemples de 2 situations vécues par une infirmière libérale exerçant dans le cadre de la NGAP, rapportées lors de suivis de tournée (juillet 2021)

Situation 1 : En milieu de semaine, le CHU de Nîmes me contacte, il cherche un cabinet d'IDEL pour prendre en charge un monsieur de 50 ans, hémiparétique, trachéotomisé, alimenté par sonde gastrique. Soins d'hygiène, soins techniques, la totale. Ce Monsieur n'a pas de médecin traitant car nouvel arrivant sur le village quand il a fait un AVC. Il a passé 13 mois au CHU. Il serait sortant le vendredi. Avec mes collègues, nous acceptons la prise en charge. Vendredi 15h RDV chez lui pour présentation. Les 3 IDEL du cabinet sont présentes, c'est notre choix dans les prises en charge complexes de venir à plusieurs pour essayer de ne rien oublier. Ce patient est chez lui, les prestataires aussi (1 pour la prise en charge respiratoire, 1 pour la nutrition). Une des prestataires nous accueille dans la rue "on a un petit souci, on n'a pas trouvé de médecin traitant". Qui plus est, aucune ordonnance n'a été donnée par le service hospitalier pour le retour à domicile. Quel est le traitement de ce patient ? Grand mystère ! Il a donc été lâché une veille de week-end, comme une vieille chaussette. Les prestataires étant régulièrement de passage dans les services hospitaliers, ils avaient quant à eux leurs prescriptions. Il aurait peut-être fallu qu'une IDEL aille en service cadrer par anticipation la sortie... Bref, on a fait jouer le réseau et trouver un médecin qui est venu à l'arrache se présenter et prescrire ce qu'elle a pu deviner du courrier de sortie. Le courrier était en fait une fiche synthétique de l'infirmière du service : → 1 fiche pour 1 an d'hospitalisation et pour présenter un patient que personne ne connaît. Appel au service pour aller à la pêche aux informations = **2H de temps * 3 IDEL = 0 euro. Rien n'est prévu dans la NGAP.** Ce cas de figure de sortie sans ordonnance est très fréquent. Rares sont également les courriers de liaison.

Situation 2 : Une dame, 82 ans. Veuve sans enfant, sans famille à proximité. 2 voisines bienveillantes. Atteinte d'une maladie neurologique progressive paralysante, perte de la motricité mais aussi de l'élocution. Elle est difficile à comprendre, son langage articulé est perturbé, sa voix est faible. Elle paie (de sa bourse) des auxiliaires de vie 3 fois par jour aux 3 repas, 7 jours sur 7, pour être servie au repas + entretien de la maison. Elle ne se déplace plus. Nous avons bien sûr géré la coordination avec l'association (qui emploie les auxiliaires) pour la mise en place des 3 passages quotidiens. L'association et nous avons les clés pour pénétrer chez elle. Un matin problème de serrure, l'auxiliaire n'a pas pu entrer. Une des IDEL contacte le voisin, qui répare rapidement. Aléas du quotidien, jusque-là rien de fou ! Si ce n'est une auxiliaire qui sent la faille et abuse du problème de serrure. La patiente a un certain caractère qui n'est pas au goût de tous. Cette auxiliaire prétexte un problème de serrure à chacune de ses interventions pour ne pas pénétrer dans la maison et repartir. Sauf que dans le même temps, l'infirmière n'a aucun souci avec la serrure. 1^{ère} fois, je reste perplexe. 2^{ème} fois je commence à douter. 3^{ème} fois « je fulmine » ! Appel donc à l'association et entretien avec le responsable, qui défend sa salariée pendant que je défends les intérêts de la patiente (qui peut le faire à part "moi" ? elle est seule cette dame). Mail à la famille pour information. L'auxiliaire reprend du service et en déduit donc un problème avec sa clé puisque la serrure fonctionne avec tout le monde. Mais la tentation de réitérer est trop forte. Donc elle réitère et n'assume pas son intervention ! Re appel, re mail... (pour info, elle a été licenciée quelques mois plus tard) → **Pas mal de temps * 3 IDEL = 0 euro. Rien n'est prévu dans la NGAP.**

Focus sur un projet d'infirmiers pour répondre à des besoins locaux (zone de montagne en Occitanie) : Projet de maison de santé privée (09100 ARIGNE). Il y a 3 ans, une équipe d'infirmiers souhaitait rejoindre EQUILIBRES. Mais impossible du fait des temps très longs de déplacement pour se



rendre à domicile (« *Pour des raisons de territoire et de déplacements complexes (couvrant 6 vallées) pour cette équipe, le cabinet a choisi de ne pas intégrer Equilibres* »).

- **Motivation pour rejoindre EQ** : NGAP très compliquée et rôle autonome non valorisé, non intégré.

- A monté un « *projet fou* » : **une maison de santé privée, en zone de montagne, financée par les infirmiers participant (aucune subvention).**

- **Services proposés** : Ont attiré un médecin vasculaire et créé un centre de cicatrisation en coopération. Proposition de consultations infirmières adossées aux actes de soins pour diminuer le risque de prise en charge inefficace des soins. Accueil tous les matins du lundi au samedi des patients avec ou sans rendez-vous dans une permanence de soins infirmiers. Mise en place de téléconsultations de médecine générale et dermatologie accompagnées par l'infirmière et réalisation de Holters tensionnels et holters ECG avant les consultations de cardiologue (préparation de la consultation du spécialiste). 8 infirmiers ont participé au financement.

- Au total, **12 infirmiers collaborent** (décloisonnement des 4 cabinets d'infirmiers, mise en commun de la patientèle). Maison de santé sur 4 sites, file active de 12000 patients. Beaucoup de personnes âgées isolées (zone de montagne).

- **Aujourd'hui : Grand succès** : Accès aux soins, remise dans le parcours, conseils, accompagnement, aide des personnes, coordination... « *Ceci permet aux patients d'avoir une porte ouverte d'accès aux soins. Ils s'en saisissent tellement bien que nous sommes perçus comme un dispensaire* ». « *La population du village est venue nous remercier* ». « *C'est un îlot de soins même sans MG* ». « *Nous sommes une entité de permanence des soins et d'accueil/de réassurance : on évite l'appel au 15, on gère les problèmes, on recale les gens dans leurs parcours, on optimise le circuit ; on prend le temps de faire le point avec le patient (aucun professionnel ne le fait plus)* »).

- **Limites** : Les nombreux services proposés ne sont pas rémunérés. Aucune aide des mairies, de l'URPS ou de l'ARS. Une solution de financement est à trouver rapidement. « *Nous répondons à un vrai besoin mais comment être financé ?? Car nous ne rentrons dans aucun cadre* ». « *Notre rémunération à l'acte infirmier sur ordonnance a ses limites dans cette offre de soin et donc nous sommes en bénévolat sur la plupart de notre mission d'accueil infirmier* ». « *Il faudrait EQUILIBRES mais avec un forfait déplacement en montagne* ».

→ Les infirmiers cherchent des solutions.

b. Etudes sur le burn-out et la pénibilité au travail des infirmiers

Diverses références rappellent que le burn-out et la pénibilité au travail sont actuellement des sujets prégnants pour les infirmiers exerçant en particulier en libéral.

→ L'étude de la CARPIMKO¹ (Caisse autonome de retraite et de prévoyance des auxiliaires médicaux - novembre 2020) dresse un constat inquiétant de la pénibilité au travail des paramédicaux libéraux et notamment des infirmiers :

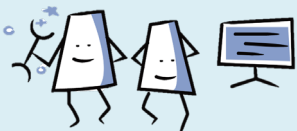
- Le stress augmente avec l'expérience en libéral.
- Charge mentale : 92% trouvent qu'elle rend le travail épuisant.
- Soutien moral : 67% trouvent qu'ils ne sont pas soutenus dans leur travail.
- Manière d'exercer : 31% ne font pas leur travail comme ils le voudraient.
- Burn-out : 56,5% présentent au moins une manifestation parmi l'épuisement émotionnel (43,1%), la dépersonnalisation (19,1%) ou le non-accomplissement personnel (22,9%). Il s'agit d'un état pathologique pour 22,9% des IDEL et d'un burn-out sévère pour 5,6% des IDEL.
- Hyper-stress : 43% de IDEL présentent un état d'hyper-stress.

→ L'étude de L'OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE (ORS) ET DE L'URPS IDEL PAYS-DE-LOIRE « *Pratiques et conditions d'exercice des infirmiers libéraux dans les Pays De La Loire - Enquête 2019* » (résultats Octobre 2020²) montre notamment que :

- ⇒ Le temps consacré aux soins (dont déplacements) augmente avec l'expérience.
- ⇒ Le temps quotidien consacré aux activités hors soins (en moyenne 2h23 par jour), diminue avec l'expérience, et s'ajoute parfois en plus de la durée de travail journalière (détails : 1h30 = administratif et organisationnel, 30min = transmissions infirmières, 20min = coordination avec les autres professionnels de santé).

¹ <https://www.caducee.net/upld/2021/03/etude-carpimko-penibilite.pdf>

² https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2020_PDF/2020_EnquetelInfirmiers2019_rapport.pdf



⇒ La durée de travail journalière est évaluée en moyenne à 13h11 pour l'étude de l'ORS / URPS IDEL Pays de la Loire et à 11h pour l'étude de la Carpimko.

c. Des demandes d'évolutions de la profession et des alertes lancées

Une étude de l'Ordre National des Infirmiers de mai 2021³ montrait les attentes et la demande des infirmiers en termes d'évolution profonde de leur profession.

Dans une consultation menée en ligne du 30 avril au 5 mai 2021 par l'**Ordre National des Infirmiers**, à laquelle plus de 30 000 infirmiers ont répondu : 40% des infirmiers indiquent que la crise leur a donné l'**envie de changer de métier** ; 51% d'entre eux considèrent que la profession d'infirmier ne permet pas de connaître de véritables **évolutions et perspectives de carrière**. Ils sont au total 96% à souhaiter que les enseignements de cette crise permettent de faire **évoluer la profession de manière significative**. Pour répondre à ces attentes fortes et aux grands enjeux sanitaires de demain (vieillesse de la population, augmentation des déserts médicaux, croissance des maladies chroniques et des pathologies mentales, exposition croissante aux polluants, nouvelles pandémies...), l'Ordre National des Infirmiers annonce le **lancement d'une démarche de réflexion sur l'avenir de la profession à 10 ans**.

Les infirmiers ont le sentiment que le système n'est pas prêt à répondre aux grands enjeux de demain. Ils sont en **attente de changements** mais restent sceptiques quant à la réalisation effective de ceux-ci.

Les infirmiers ont une attente forte en matière de **revalorisation de la profession**, à la fois **en termes de compétences, d'organisation et de reconnaissance**.

A plus long terme, pour répondre aux enjeux de notre système de soins à 10 ans, les infirmiers sont notamment **favorables aux évolutions suivantes** : 92% d'entre eux sont favorables au principe de **devenir acteurs de la coordination**, de la **gestion du parcours** du patient et de **son orientation** (53% très favorables), ils sont également favorables au **développement de l'usage de nouvelles technologies dans leur pratique** à 85% (44% très favorables) et 79% seraient favorables à l'idée d'évoluer vers **d'autres champs d'expertise comme la santé publique, le judiciaire, la veille et la sécurité en santé...** (43% très favorables).

d. Des infirmiers engagés dans l'évolution du système de santé : les propositions de l'Ordre des infirmiers aux candidats à la présidentielle

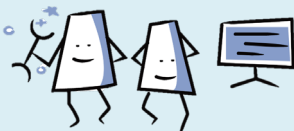
En février 2022, l'Ordre National des Infirmiers publiait des propositions pour « *Un système de santé plus proche, plus efficient, plus durable* » à l'adresse des candidats à la présidence de la république⁴.

Quelques propositions sélectionnées :

- ⇒ Garantir l'**accès aux soins** pour tous en développant le premier recours infirmier.
- ⇒ Encourager l'**accompagnement des patients à domicile** par des infirmiers référents, coordinateurs du parcours de soins.
- ⇒ Améliorer la prise en charge en augmentant le **temps consacré aux patients**, intégrant notamment les soins relationnels : Engager une réforme de la tarification à l'activité (T2A) qui rende visible le temps effectif des soins prodigués au patient, conformément aux recommandations de la Cour des Comptes.
- ⇒ Engager le patient dans le parcours de soins au-delà de la seule information ou du consentement, en favorisant notamment les **missions d'éducation et d'accompagnement** à la santé, réalisées par les infirmiers.
- ⇒ Favoriser le **bien-être au travail** des infirmiers par un programme national d'amélioration de la qualité de vie au travail pour les infirmiers, tenant compte du dernier rapport de la DREES sur la charge mentale pesant sur les infirmiers.
- ⇒ **Alléger les procédures administratives** (notamment à l'hôpital) pour garantir le temps passé devant le patient.

³ <https://www.ordre-infirmiers.fr/actualites-presse/articles/les-infirmiers-sinterrogent-sur-leur-avenir-et-souhaitent-des-evolutions-profondes-de-leur-metier.html>

⁴ <https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/contribution%20presidentielle%202022/Contribution%20presidentielle%20VF.pdf> Consulté en Mars 2022.



e. Les effets / conséquences de la NGAP

La rémunération actuelle basée sur une nomenclature qui induit une focalisation des infirmiers sur la conformité à un référentiel jugé par tous « *très complexe* » (entraînant « *une course à l'acte* ») et n'induisant aucune qualité/pertinence/efficacité. A noter par ailleurs que :

- ⇒ La formation NGAP est la première formation suivie par les IDE au titre de leur obligation de développement professionnel continu (DPC).
- ⇒ Les conflits et insécurités juridiques liées aux erreurs de nomenclature (*sentiment de « suspicion constante des CPAM »* rapporté par les infirmiers), avec reprise d'indus sur un arriéré de 3 ans. Plusieurs prises de positions récentes des syndicats FNI et SNIIL sont à noter à ce propos.
- ⇒ Des difficultés de déploiement du rôle d'IPA libéral, avec une rémunération spécifique, qui conduit à engendrer un nouveau « silo », à renforcer la fragmentation des soins, au détriment d'une approche globale de la personne, et d'une intégration des soins.

f. De nombreux défis à relever pour maintenir/adapter/transformer le système de santé et permettre les virages ambulatoire et domiciliaire

Comme le précise le rapport⁵ de l'Assurance Maladie « Charges et Produits / Propositions pour 2023 », le système de santé souffre d'une « *structuration encore insuffisante des organisations en ville et d'une coopération entre la ville et l'hôpital largement perfectible* ».

Des discussions sur plusieurs sujets sont à venir (dans le cadre de la convention médicale notamment) afin de : « *Libérer du temps médical en promouvant, notamment des organisations propices avec les assistants médicaux et des coopérations médecins-infirmiers renouvelées ; réduire les inégalités territoriales dans l'accès aux soins, notamment via un soutien particulier aux zones sous-denses et en renouvelant le cadre de la télémédecine ; donner un rôle plus important aux territoires en renforçant encore le rôle pivot des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) dans l'organisation territoriale de la réponse ambulatoire* ». Les résultats des Articles 51 sont particulièrement attendus pour faire évoluer le système de santé.

A l'ensemble de ces difficultés s'ajoutent la fatigue découlant de la crise sanitaire « *Infirmier seul professionnel au domicile des patients durant cette période* ». Les soins primaires (et les soins d'urgence) paient aujourd'hui les conséquences de la crise⁶.

g. EQUILIBRES, une expérimentation déjà observée, avec des attentes fortes

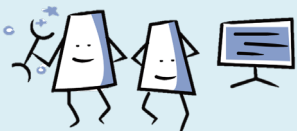
Le rapport de l'IGAS⁷ (oct 2022) « Sur l'évolution de la profession et de la formation Infirmières » souligne à plusieurs reprises les contributions de Equilibres au mouvement plus global de modernisation du système de santé autour du rôle singulier des infirmiers :

- ⇒ « Pour développer les missions de prévention des infirmiers, la question de leur mode de rémunération apparaît au moins aussi importante que celle de leur champ de compétences. Le rôle de la convention signée avec l'assurance maladie est donc central. Certaines expérimentations lancées dans le cadre de l'article 51 permettent de revoir le mode de rémunération des interventions des infirmières ce qui leur permet de disposer de plus de temps à consacrer à une vision « holistique » de la situation de la personne, et donc notamment de réaliser des missions de prévention ou d'éducation à la santé. C'est

⁵ https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2022-07_synthese-rapport-propositions-pour-2023_assurance-maladie.pdf - Consulté le 22 juillet 2022.

⁶ Le Monde « La grande pénurie de soignants est une réalité dans toute l'Europe » - 27 juillet 2022.

⁷ https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2022-030r_-_rapport_infirmiere.pdf



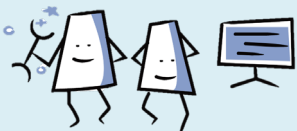
le cas en particulier de l'expérimentation « Equilibres » qui prévoit une rémunération au forfait du temps passé par l'infirmier à domicile » (p182).

- ⇒ « En pratique, même si chaque intervenant doit contribuer à la coordination du parcours de la personne, il apparaît donc que les infirmiers endossent un rôle particulier dans ce domaine. Le médecin traitant joue un rôle premier en matière de coordination mais la mise en œuvre de cette mission se heurte en pratique au manque de temps, ce qui conduit à s'appuyer sur les infirmiers. Cela est confirmé par l'analyse de certaines expérimentations dites « article 51 » impliquant des infirmiers, qui leur attribuent souvent un rôle central à domicile pour évaluer la situation des patients fragiles et adapter le cas échéant les interventions auprès du patient, en lien avec le médecin traitant. L'expérimentation Equilibres déjà citée repose ainsi sur un rôle de coordination joué par l'infirmier en lien avec le médecin traitant. Cette fonction de coordination est toujours liée à une évaluation clinique des besoins de la personne » (p187).
- ⇒ « La fonction de coordination ne peut pas être assurée efficacement par l'infirmier de manière isolée par rapport aux autres professionnels. Dès lors, le développement de cette fonction suppose que les infirmiers concernés soient eux-mêmes engagés dans des structures garantissant leur articulation avec les autres professionnels. C'est le sens des expérimentations « article 51 » en cours impliquant des infirmières, l'engagement du professionnel à s'intégrer dans un exercice collectif étant un prérequis, qu'il s'agisse de l'expérimentation Equilibres ou RSMO » (p189).

La **Cour des Comptes** relevait pour sa part, dans son rapport « Expérimenter pour reformer, l'organisation et la tarification des soins » en Mai 2023⁸ : *"À titre d'exemple, l'expérimentation «Équilibre» introduit de nouvelles pratiques professionnelles pour les infirmières, avec un paiement au temps passé auprès du patient qui se substitue au paiement à l'acte" (p155) // "D'autres expérimentations apparaissent également très innovantes, comme Équilibres, relative au paiement horaire des infirmiers" (p159).*

→ EQUILIBRES = Une réponse possible à ces enjeux et difficultés ?
Une opportunité ?

⁸ <https://www.ccomptes.fr/system/files/2023-05/20230524-Ralfss-2023-4-reformer-organisation-tarification-soins.pdf>

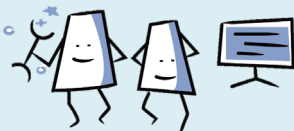


2. RAPPELS - PRESENTATION SYNTHETIQUE DE L'EXPERIMENTATION ET DU DISPOSITIF

2.1. Fiche signalétique

Tableau 1. Fiche signalétique de l'expérimentation EQUILIBRES

Titre de l'expérimentation	Projet EQUILIBRES (EQUIpes d'Infirmières LIBres REsponsables et Solidaires)	
Porteur	Association Soignons Humain	
Partenaire(s) (stratégiques et tactiques)	<p>Partenaires Métier :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Buurtzorg Hollande (Soins, organisation) ; ⇒ Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - EHESP (Evaluation qualitative) ; ⇒ Laboratoire de recherche médicale des hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille - GHICL (Evaluation quantitative) ; ⇒ Eurasanté – CHR de Lille (Communication). <p>Partenaires Financiers :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Fonds FEDER Interreg 2 Mers TICC. ⇒ Comité National Coordination Action Handicap (CCAH). ⇒ Le Fonds action sociale retraite Agirc-Arrco géré par AG2R La Mondiale. ⇒ France Active. ⇒ Conseil Départemental du Nord, Fondation de France, Fondation MACIF, Fondation Anber, Métropole Européenne de Lille, Région Hauts de France. 	
Territoire(s) concerné(s)	3 régions : Hauts-de-France ; Île-de-France ; Occitanie	
Nature du projet	National	
Public cible	⇒ Ensemble de la patientèle des cabinets / centres de soins EQUILIBRES. Aucune limitation d'âge ou de conditions : de la naissance au décès.	
Professionnels de santé et structures impliqués	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Infirmiers à domicile, exerçant en libéral (<u>cabinets de groupe</u>) et/ou salariés de centres de soins infirmiers (<u>composés de 3 infirmiers minimum</u> pour une patientèle donnée). ⇒ 258 infirmiers formés, 160 professionnels actifs, répartis dans 33 équipes différentes, dont 8 en statut centre de soins infirmiers (salariés), et 25 équipes en libéral. ⇒ 71 numéros d'Assurance Maladie différents. 	
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ L'expérimentation a pour objet de mettre en place une forfaitisation au temps passé auprès des patients pour les soins infirmiers à domicile, associée à une évaluation standardisée et régulière de la situation des patients. L'objectif poursuivi est de promouvoir un système de prise en charge en équipe, focalisés sur les patients, leur autonomisation et leur qualité de vie, plutôt que la production d'actes techniques. Il est inspiré du modèle développé aux Pays-Bas par BUURTZORG. → Opérer une transition d'un système orienté par et vers la production d'actes de soins, à un système focalisé sur les patients, leur autonomie et leur qualité de vie au domicile. 	
Financement Coût prévu de l'expérimentation	FISS (prestations dérogatoires)	29 725 325 € (revu après extension)
	FIR ou FISS (Amorçage et Ingénierie)	2 014 160 €
	TOTAL	31 739 485 €
Dates de début	Date de publication de l'arrêté : 12/07/2019 modifié par l'arrêté du 21/04/2023 publié le 06/05/2023	
	Date de première inclusion réalisée : 04/11/2019	
Durée	Durée initiale : 3 ans à compter de l'inclusion du 1 ^{er} patient (<i>arrêté du 12 juillet 2019</i>). Durée révisée à la suite de deux arrêtés (23/09/22 et 21/04/23) → Prolongation de l'expérimentation jusqu'au 03/01/24 (<i>durée d'expérimentation 4 ans et 2 mois</i>).	



2.2. Rappel du fonctionnement global du projet EQUILIBRES (Source : cahier des charges)

Le projet EQUILIBRES pour EQUIpes d'Infirmières LIBres REsponsables et Solidaires, est porté par l'Association à but non lucratif Soignons Humain. Il a été retenu et autorisé dans le cadre de l'Article 51 par l'arrêté du 12 juillet 2019.

L'expérimentation EQUILIBRES consiste à proposer un nouveau cadre d'exercice pour les soins infirmiers au domicile, s'inspirant largement du système de santé Néerlandais et notamment de l'organisation des soins intégrés à domicile BUURTZORG. Elle vise à permettre aux IDE libéraux ou salariés en centres de soins, de mener plus effectivement leurs missions de soins, de prévention, de coordination ; sans création ou sollicitation supplémentaire des nombreuses structures de coordination (telles que PTA, PAERPA, MAIA, SPASAD, SSIAD...).

L'expérimentation vise :

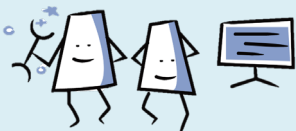
- ⇒ À améliorer les prises en charge au domicile (y compris le maintien à domicile), par un exercice facilité de la mission des infirmiers de ville. Le dispositif doit permettre un exercice du soin infirmier à domicile qui soit centré sur le patient, holistique, en équipe et coordonné, soutenu par une tarification forfaitaire dérogatoire à la nomenclature d'actes infirmiers actuellement en vigueur.
- ⇒ Et in fine à faire évoluer les modalités de rémunération des IDE à domicile : expérimenter un financement substitutif aux règles actuelles de financement à l'activité (NGAP) avec une tarification horaire au temps passé auprès des patients. Le tarif horaire expérimenté est de **53,94€/heure**, décompté au réel effectué (0.899€/minute), déclaré et spécifié dans le SI porteur : le relevé du temps passé auprès du patient est établi par les infirmiers, sur la base du réel effectué, et en corrélation avec le plan de soins personnalisé établi en utilisant le référentiel Omaha System.

A l'instar de l'ensemble des projets retenus par l'Article 51 de la LFSS de 2018, cette expérimentation a fait l'objet d'une évaluation externe multidimensionnelle.

☞ FOCUS SUR LA PHILOSOPHIE EQUILIBRES

La philosophie du soin infirmier/de la prise en charge dans EQUILIBRES

- ⇒ Le **maintien du statut d'infirmier libéral** : les professionnels demeurent libres de décider leurs patients, leurs tournées, leurs associés, leur volume d'activité et leur inclusion dans les formes d'exercices coordonnés.
- ⇒ Une « **simplicité** » : basée sur le temps passé auprès du patient, la rémunération est calculée sur un taux horaire uniforme de 53,94€/heure soit 0.899€/minute, recouvrant toute intervention infirmière conforme au décret de compétence (Article R.4311-1 à 15). Ce fonctionnement simple à comprendre et à mesurer (temps patient = honoraires), se substitue à la nomenclature d'actes.
- ⇒ Un **travail en équipe** : Les professionnels s'engagent à exercer en équipe solidaire (4 personnes minimum). Ils reçoivent une formation et un accompagnement spécifique pour la bonne santé de leur vie d'équipe.
- ⇒ Des **échanges inter-cabinets** : l'expérimentation s'articule autour d'un « collectif apprenant » (compagnonnage, formations et rencontres inter-cabinets, partage de pratiques entre pairs, visites de patients en doublure).



- ⇒ Un **outil informatique partagé** : dossiers patients, planification des tournées, relevé des interventions, observations et transmissions, surveillances cliniques. Les plans personnalisés sont basés sur le **référentiel Omaha System** (outil de raisonnement clinique holistique et pluriprofessionnel décrit les problèmes, interventions et résultats dans 4 domaines – physiologique ; environnemental ; comportemental et psychosocial).
- ⇒ Une **approche « centrée sur le patient »** : avec l'utilisation du référentiel standardisé Omaha, l'équipe établit un plan de soin, en assure le suivi. Elle procède à des évaluations périodiques du patient, vu de façon globale / holistique.
- ⇒ Une **approche globale** : l'équipe infirmière a la liberté et la responsabilité d'évaluer les besoins du patient, appréhendés de façon globale. Elle y répond pour ce qui concerne sa compétence, et mobilise le réseau personnel et professionnel : médecins, auxiliaires de vie, kinésithérapeutes...

FOCUS SUR LE SI PORTEUR

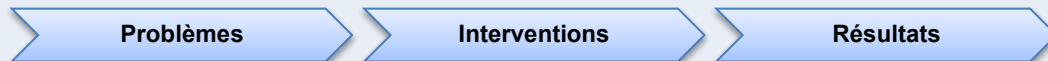
Le Omaha System : un référentiel standardisé pour le raisonnement clinique

Le Omaha System : référentiel libre de droits ; international ; pluri et interdisciplinaire

- ⇒ Initié aux Etats-Unis par des infirmiers à partir de 1975 ; utilisé par tous les professionnels (infirmiers et aides-soignants) aux Pays-Bas depuis 2015 pour les soins à domicile ; la traduction française du *Omaha System* a été introduite par la HESAV⁹, en Suisse.
- ⇒ Outil de raisonnement clinique holistique et pluriprofessionnel conçu pour améliorer la pratique clinique, la documentation et la gestion de l'information.
- ⇒ Taxonomie standardisée des problèmes qu'un patient peut rencontrer. Il guide les soignants pour (1) l'identification du problème, (2) l'évaluation multi dimensionnelle du patient et (3) la définition d'un plan d'intervention.

Fonctionnements et possibilités

- ⇒ Ce système comporte 3 catégories indépendantes et interreliées : **un système de classification des problèmes, des plans d'intervention(s) de soin et d'évaluation de ces problèmes en vue de mesures des résultats pour le patient selon 3 axes : l'état de santé, les connaissances et le comportement du patient.**



- ⇒ Le schéma de classification des problèmes : permet une classification selon une taxonomie prédéfinie¹⁰.
- ⇒ Le schéma d'intervention : permet de documenter les actions et les interventions des infirmiers auprès des patients¹¹.
- ⇒ L'échelle d'évaluation des résultats : rend possible l'évaluation régulière de la situation du patient en relation avec la problématique déterminée et les actions et interventions pratiquées¹².

Le SI porteur :

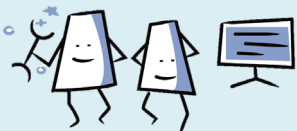
- ⇒ Permet la **rémunération des infirmiers basée sur le temps passé auprès du patient**, le juste temps étant défini par les professionnels avec les patients en fonction de leurs besoins réels, documentés au travers du référentiel Omaha (en lien avec la classification des problèmes et des interventions définies et les temps prédéfinis).
- ⇒ Permet d'avoir une **vision globale** et une **priorisation facile des actions à mettre en place** en partenariat avec les patients dans les divers domaines médicaux.

⁹ Haute Ecole de Santé du Canton de Vaud.

¹⁰ Cette première catégorisation est subdivisée en 4 sous-catégories (les domaines (environnemental, psychosocial, physiologique et comportements de santé) ; les problèmes (liste non-exhaustive de 42 problèmes) ; les modérateurs (permet d'indiquer si le problème concerne l'individu, la famille ou la communauté et d'identifier si le problème est actuel, potentiel ou concerne la promotion de la santé ; la documentation des signes et des symptômes).

¹¹ Deuxième catégorisation subdivisée en trois niveaux : 1^{er} niveau : 4 domaines = enseignement, guidance et consultation ; traitements et procédures ; gestion des situations et surveillance / 2^{ème} niveau : objectifs de l'action ou de l'intervention ; ces objectifs sont au nombre de 75 / 3^{ème} niveau : correspond aux informations spécifiques du patient, il s'agit d'un champ libre.

¹² Elle se décline sous forme d'une échelle d'évaluation en trois points : A. Connaissances en santé ; B. Comportement de santé ; C. Statut de santé (Etat). Pour chaque item précédent, le professionnel de santé détermine, sur une échelle située entre 1 (faible) et 5 (élevé), le niveau de compétences ou l'état de la personne en relation avec la problématique identifiée.



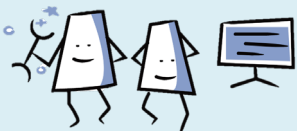
- ⇒ Répond aux besoins de suivi des patients et de guidance pour les soignants, ainsi qu'aux exigences des institutions de soins en matière de communication et d'information de la démarche soignante. Son utilisation est **interdisciplinaire** et facilite ainsi la collaboration.
- ⇒ Sensibilise les soignants à la responsabilité de **documenter les soins infirmiers dans toutes leurs dimensions en rendant les résultats mesurables**. L'ensemble des compétences infirmières sont ainsi mises en évidence.

☞ **Expertise de Madame Corinne SOUDAN, infirmière spécialiste clinique et ingénieur en pédagogie (corinne.soudan@sfr.fr)** : « J'émet un avis très positif sur le SI utilisé par EQUILIBRES, après expertise et analyse scientifique du contenu » :

- ⇒ La classification en 4 domaines (environnement, psychosocial, physiologique, comportement de santé) donne la possibilité d'une **vision globale du patient et de son environnement** de manière structurée selon les 4 dimensions. Les comportements de santé sont relevés et vont dans le sens des Stratégies Nationales de Santé avec la prévention. Aujourd'hui, il est question de prévenir les maladies, diminuer les risques d'aggravation ou d'apparition des maladies par des soins plus ciblés sur les comportements de santé favorables avec des facteurs de protection ciblés.
- ⇒ Un Outil économique et très pratique, intuitif, facile" qui permet de proposer des actions infirmières qui n'auraient pas été envisagées à cause du temps qu'elles exigent comme les entretiens thérapeutiques... L'outil **favorise la démarche plus réflexive et personnalisée et un gain de temps**. "Ergonomie de la plateforme" sans alourdir la tâche des infirmiers : les données sont recueillies en priorité pour eux et l'équipe. Le système est adapté aux soins infirmiers en évitant une centration des interventions sur le diagnostic médical mais bien sur des problématiques du patient. La prise en charge repose sur le "prendre soin / le Caring" ("On sort du tout médical, pathologie /cure" et s'intègre dans un courant scientifique valide aujourd'hui en sciences cliniques infirmières.
- ⇒ L'outil global répond au décret de compétences des infirmiers, est au cœur de la pratique infirmière et de la prise en charge globale (vers une personnalisation des soins).
- ⇒ Il y a des évaluations codifiées par couleur permettant une visualisation rapide de l'évolution des différentes dimensions. L'outil offre une visibilité des résultats des interventions infirmières visant l'autonomie du patient. Ce modèle est innovant en France.
- ⇒ Permet d'évaluer toutes les dimensions par priorité, notamment l'environnement du patient. Permet d'alerter sur la promotion et la prévention de la Santé : Apporte les alertes pour la réflexion clinique et alimente le raisonnement clinique infirmier en vue d'ajuster les interventions au plus près des besoins.
- ⇒ Outil opérationnel pour être dans le juste soin » tout en visant l'autonomie du patient.
- ⇒ Ne plus attendre que la maladie apparaisse et s'appuyer sur les soins infirmiers pour anticiper des interventions personnalisées auprès des usagers

Autres éléments formulés par Mme SOUDAN :

- ⇒ Projet qui devrait être déployé pour une valorisation de la pratique infirmière et pérennisé notamment pour éviter de payer des actes inutiles, ou le gâchis (les toilettes ne nécessitent pas toujours une IDE).
- ⇒ Permet de **ne plus payer pour des actes isolés, sans globalité, sans continuité** : facturation d'un temps d'information, d'éducation pour que le patient puisse gérer seul son pilulier... ou dans le cadre des situations complexes (personnes âgées, polyopathologies, personne fragile et/vulnérable...) avec les proches aidants aussi.
- ⇒ Actuellement la structuration des soins et de la NGAP ne permet pas une prise en charge en matière de prévention, éducative et de promotion.
- ⇒ Porteurs très « ouverts » avec des valeurs très humaines, dans la fédération, le soutien, l'accompagnement des équipes par la supervision clinique.
- ⇒ Attend les résultats pour intégrer le référentiel OMAHA SYSTEM dans la formation.



- ⇒ EQUILIBRES redonne du sens à la profession infirmière, témoigne du raisonnement clinique infirmier, intègre la notion de résultat des interventions infirmières sur la santé, l'autonomie de la personne, **rend l'infirmier responsable tout au long du processus de soin.**

Le référentiel de soins OMAHA SYSTEM a également pu être présenté par le porteur du projet à quelques experts de la profession infirmière et du raisonnement clinique :

- ⇒ Brigitte FEUILLEBOIS, Chief Nurse Officier DGOS.
- ⇒ Thérèse PSIUK, infirmière et directrice des soins, experte ANAP, experte sur le raisonnement clinique, le plan de soins type.
- ⇒ Evelyne MALAQUIN-PAVAN, infirmière spécialiste clinique.
- ⇒ Le Conseil National de la Profession Infirmière CNPI.

Leurs retours se sont avérés positifs et valident l'intérêt du OMAHA SYSTEM pour la profession soignante, rejoignant ceux portés par Mme SOUDAN.

EQUILIBRES : une corde à l'arc du prendre soin – Selon Evelyne MALAQUIN-PAVAN¹³, infirmière spécialiste clinique : « Le modèle EQUILIBRES s'inscrit au cœur d'un projet reprenant les valeurs du prendre soin et du travail d'équipe, formalisation permettant d'appréhender tout autant le travail prescrit que le travail réel et visant à en réduire les écarts. Il associe notamment du temps de formation (renforcement des connaissances cliniques et organisationnelles), la mobilisation des compétences individuelles et en équipe, **la transposition du raisonnement clinique infirmier rendu visible via l'outil de traçabilité (bilan infirmier initial et continue, niveaux d'intensité des besoins biopsychosociaux et spirituels, objectifs de soins coconstruits avec la personne soignée, les aidants, mesure des résultats).** Certes, s'ils sont empruntés aux sciences humaines et biomédicales, les concepts mobilisés (Approche Buurtzorg et Omaha system) sont "transcrits" dans des référentiels qu'il convient de savoir appréhender pour les resituer en perspective de ce qui est déjà développé en formation initiale infirmière et/ou en formation continue. Rien de sectaire ou de nouveau en soi, un juste équilibre de mobilisation de connaissances conceptuelles et organisationnelles réflexives qui fait la différence.

Point fort du modèle, c'est le temps passé à l'intervention qui est codifié, rendant visibles l'ensemble des compétences mobilisées et, par là-même, la reconnaissance de ces dernières en autonomie...

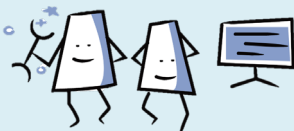
Point fort sécurisant la perception de l'infirmière quant aux choix produits, ce sont les temps d'échanges et d'échange organisationnel en équipe, là aussi valorisés comme partie prenante du tout...

Enfin, contribuant à la visibilité des compétences mobilisées, l'outil de traçabilité qui en rend compte, avec ses algorithmes et niveaux d'intensité, pourrait servir de référence pour l'évolution du Dossier patient ainsi que pour la transposition d'une manière plus générale à travailler avec la CNAM et nos tutelles.

Alors, comment douter de l'apport du modèle EQUILIBRES dans l'offre de soins et de ce que la généralisation du modèle pourrait apporter en levier attractif pour l'évolution de la pratique infirmière d'une manière plus générale ? ».

¹³ Chaville (92) – malaquin-pavan.evy@orange.fr

Issu du dossier Actu Soins, EQUILIBRES Un mode d'exercice novateur pour les soins infirmiers à domicile, Juin 2023, disponible sur <https://www.actusoins.com/wp-content/uploads/2023/06/dossier-soignons-humain-2.pdf>



3. RAPPEL DE LA METHODOLOGIE GENERALE D'ÉVALUATION / TRAVAUX EFFECTUES

L'évaluation comprend **trois grands axes** définis dans le guide d'évaluation des projets Article 51 LFSS 2018 : **faisabilité**, **efficacité/efficience**, et **reproductibilité**. Le processus de l'évaluation est concomitant à celui de l'expérimentation. La méthodologie est coconstruite, multicritère et fait appel à plusieurs méthodes de recueil de données et d'analyses, avec un volet qualitatif et un volet quantitatif. L'analyse transversale de l'ensemble des éléments permet de répondre aux questions évaluatives définies.

L'évaluation intermédiaire intervenue en 2021, s'est traduite par la remise de 2 rapports d'évaluation (en juillet et en décembre 2021) et consacrés principalement à l'axe Faisabilité et aux retours d'expérience des différents acteurs et partenaires.

L'évaluation finale intervient en deux temps : un **bilan principalement qualitatif** (remis en août 2022, validé en septembre 2022) complété par les **retours des patients/aidants** (synthèse des résultats transmise en janvier 2023) et un **bilan final (présent document) intégrant une synthèse des bilans qualitatifs et des éléments quantitatifs** (analyse des données du SI et du SNDS - comparaison avec des données de patients suivis par des cabinets non adhérents, dans des territoires témoins). Pour rappel, l'analyse des données quantitatives a été retardée car dépendante de l'obtention de la décision unique de la CNIL pour l'évaluation des expérimentations Article 51 (obtenue fin juin 2022).

3.1. Objectifs et contenu du présent rapport

Le présent rapport est le **rapport d'évaluation final**. Il fournit principalement des éléments de réponses aux questions évaluatives sur les volets Faisabilité/Opérationnalité ; Efficacité/Efficience et Reproductibilité :

1. Dans quelle mesure les acteurs ont-ils réellement la capacité de monter et faire fonctionner le dispositif envisagé ?
2. Dans quelle mesure les objectifs de l'expérimentation ont-ils été atteints en matière de qualité du parcours des patients et d'organisation innovante ? Et pour quels coûts ?
3. Dans quelle mesure l'expérimentation est-elle capable de donner naissance à un modèle systémique de l'offre/de l'organisation des soins ?

3.2. Données recueillies et analysées pour l'évaluation finale

La présente évaluation finale a reposé sur l'analyse de **données qualitatives**, recueillies auprès des différents publics concernés par l'expérimentation y compris enquête en ligne auprès des infirmiers EQUILIBRES ; enquête téléphonique auprès des patients et aidants ayant été pris en charge par des infirmiers EQUILIBRES et de **données quantitatives** telles que les charges administratives et les coûts spécifiques du dispositif (dépenses par poste), les données de prise en charge des patients (système d'information Porteur) et les données du SNDS – comparaison avec des données de patients suivis par des « cabinets infirmiers témoins » (fonctionnant en NGAP) sur les mêmes territoires.

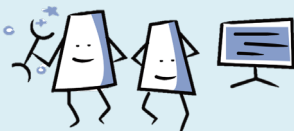


Tableau 2 : Recueils de données mis en œuvre entre avril et août 2022

Public cible des recueils de données	Modalités de recueil prévues	Recueil réalisé
Équipe de coordination / porteur de l'expérimentation (Soignons Humain)	- 1 entretien collectif (à Wambrechies) avec l'ensemble de l'équipe	- 1 entretien collectif (100%)
Infirmiers EQUILIBRES	- 20 entretiens (6 à 7 par territoire) - Enquête en ligne exhaustive	- 22 entretiens (110%) - Enquête en ligne exhaustive
Médecins généralistes correspondants	- 10 entretiens	- 3 entretiens simples (33%)
Partenaires professionnels : services hospitaliers, EHPAD, SSIAD, CLIC, services sociaux, PTA/DAC...	- 10 entretiens	- 17 entretiens complexes (170%)
Infirmiers non EQUILIBRISTES (IDE des territoires d'expérimentation mais non impliqués)	- 20 entretiens	- 14 entretiens simples (70%)
Facilitateurs et formateurs	- 1 entretien collectif (Focus Group) au niveau national (inter-territoire)	- 1 entretien collectif (100%) + une enquête d'activité.
Partenaires institutionnels : syndicats nationaux, URPS IDE, URPS MG, CPAM/CNAM, ARS, DT...	- 20 entretiens	- 20 entretiens (100%)
Patients / aidants	- Enquête téléphonique auprès de 90 patients / aidants	- Enquête téléphonique auprès de 90 patients / aidants

La liste de l'ensemble des personnes interrogées est disponible en [Annexe 1](#).

Tableau 3 : Données analysées pour l'évaluation finale « Volet Quantitatif »

Analyses	Provenance / fournies par...
Données de prise en charge des patients	- Système d'information porteur, incluant le référentiel standardisé OMAHA System (via plateforme Article 51).
Données de la base de facturation	- Données des fichiers de facturation.
Données du SNDS	- Description et comparaison des patients pris en charge par les cabinets EQUILIBRES et des patients pris en charge par des cabinets témoins. - Description et comparaison de la prise en charge hospitalière des patients pris en charge par les cabinets EQUILIBRES et de leurs témoins appariés (sur 1, 3, 6 et 12 mois après la première prise en charge par un IDE). - Analyse des consommations de soins et des coûts de prise en charge et comparaison : Avant/Après et Cas/Témoins (sur 12 mois).

NB : Chaque unité d'œuvre réalisée a fait l'objet d'un PV de service fait/réalisation transmis à la CELEVAL.

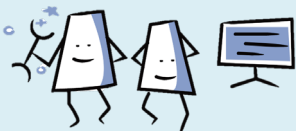
La description des analyses réalisées est disponible en [Annexe 2](#).

3.3. Difficultés rencontrées dans le recueil et la mission / RETEX des évaluateurs

Le recueil de données dans le cadre de cette évaluation s'est heurté aux difficultés suivantes :

Difficultés concernant le recueil « qualitatif » :

⇒ Des **professionnels de santé qui n'ont pas donné suite à nos sollicitations** malgré les relances effectuées : 22 médecins contactés pour 3 entretiens effectivement réalisés (refus de participer, indisponibilité, manque de temps...) et 19 infirmiers non-EQUILIBRISTES contactés pour 14 entretiens réalisés. → Au vu de l'importance du sujet "impact de Equilibres pour la pratique des MG, et la collaboration MG-IDE", il serait intéressant voire nécessaire de compléter les présents travaux d'évaluation par un nouveau cycle d'entretiens avec les MG ayant des patients inclus dans EQUILIBRES.



- ⇒ Un **nombre insuffisant de contacts de partenaires professionnels** (médecins généralistes et infirmiers non-EQUILIBRISTES) fournis ou identifiés « pas à pas, par contact » : coordonnées obtenues par les IDE EQUILIBRISTES interrogés (*listings* à créer car non disponible auprès des porteurs).
- ⇒ De **nombreuses sollicitations, relances** ont été nécessaires pour obtenir les rendez-vous pour les entretiens ; les professionnels étant particulièrement occupés. Une fois le rendez-vous pris, ils acceptent cependant volontiers de livrer leur opinion, et de faire part de leur expérience.
- ⇒ Une **sur-représentation de l'opinion de professionnels d'Occitanie** du fait d'un nombre plus important de professionnels intégrés, et donc d'un nombre plus important de coordonnées de partenaires communiqués pour les entretiens.
- ⇒ Aucune **URPS Médecins n'a accepté l'entretien proposé** et des difficultés à joindre des MG : entraînant un manque de visibilité sur leur positionnement sur le projet. A noter qu'ils sont cependant pas/peu mobilisés dans / par le dispositif (sauf à y voir des retombées pour leurs patients et sur les échanges/coordination entre professionnels).

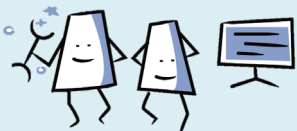
Remarques : L'évaluation du positionnement des « institutionnels » (notamment syndicats) date de plus d'un an (interrogés début 2022 : certains ont pu changer d'avis/évoluer depuis), pas d'interrogation des représentants des mutuelles (pour éventuelles participations).

Principales difficultés concernant l'analyse des bases de données – SI porteur, facturation et SNDS

- ⇒ Si la partie « déclaration du temps » est renseignée obligatoirement (la rémunération en dépendant), les autres modules sont progressivement utilisés et remplis avec l'expérience et la prise en main du logiciel. En effet, le logiciel est prioritairement utilisé si la donnée fait sens pour l'infirmier, et en fonction des contraintes techniques du logiciel. Certaines données n'étaient donc pas disponibles en totalité pour les analyses statistiques.
- ⇒ Dans le respect de la minimisation des données, seules les données du SI concernant les patients analysés (ayant au moins 2 rendez-vous) ont été transmises, ce qui n'a pas permis d'analyser toute le file active de EQUILIBRES (Uniquement les patients avec chainage SNDS). Des chiffres agrégés ont été fournis par le porteur.
- ⇒ Concernant le SNDS, il est à noter la particularité des analyses et de la population cible qui concernait la patientèle totale des infirmiers et non comme dans la plupart des études, une population avec une pathologie spécifique, identifiable...

Difficultés plus générales

- ⇒ Une **expérimentation EQUILIBRES relativement limitée en temps** (3 ans) et en nombre de professionnels intégrés, ce qui peut s'avérer freinant pour l'observation d'éventuels gains d'efficacité à travers les données du SNDS.
- ⇒ Une mise à disposition des données fragmentée et retardée (pas de rapport intermédiaire « quanti »).

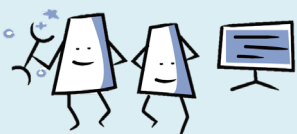


Leviers / Facteurs facilitant l'évaluation :

- ⇒ Un recueil de données et une évaluation facilités par la **disponibilité et la réactivité des porteurs** notamment pour la transmission des données et informations demandées.
- ⇒ La **volonté de transparence des porteurs** : prêts à partager, expliquer ou encore discuter avec tous les acteurs ou partenaires le souhaitant. Cette attitude constituant certainement un élément facilitateur pour contribuer aux réflexions sur la reproductibilité du dispositif.
- ⇒ A noter, la **confirmation de l'intérêt de l'approche évaluative disposant d'un cadre méthodologique commun reposant sur une méthode mixte** (alliant quali/quantitatif) qui permet d'approcher l'ensemble des résultats obtenus, d'éclairer par du quali des données quanti (et inversement) mais également d'identifier des effets indirects non prévus. Autant de résultats et d'externalités positives ou négatives qu'il est nécessaire de connaître et de mettre en lumière pour alimenter les réflexions sur les suites à donner au dispositif.

Au total, l'évaluation apporte comme demandé des réponses sur les 3 grands critères/axes du cahier des charges. Mais au vu de l'importance du changement de paradigme, de nombreuses dimensions ou effets restent encore à évaluer.

→ Ce document constitue le **rapport final d'évaluation du projet EQUILIBRES**, après 3,5 ans d'expérimentation. Sont présentés dans les chapitres suivants, les résultats par axe d'évaluation.



4. RESULTATS AXE 1 : FAISABILITE / OPERATIONNALITE

Cet axe vise à répondre à la question évaluative « **Dans quelle mesure les acteurs ont-ils réellement la capacité de monter et faire fonctionner le dispositif envisagé ?** » et aux sous-questions évaluatives afférentes :

- ⇒ Le projet s'est-il déployé de la manière prévue (analyse de la montée en charge) en termes d'adhésions de professionnels et d'activité de ces professionnels ?
- ⇒ Qui sont les adhérents (profils des cabinets) et les bénéficiaires ?
- ⇒ Comment le projet s'est-il déployé dans les cabinets ?
- ⇒ Comment le projet s'est-il déployé dans les territoires ?
- ⇒ Quels sont les retours d'expérience des différents acteurs ?

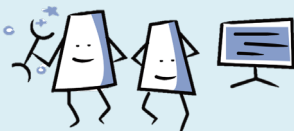
Ce volet fournit ainsi des éléments de réponse aux critères de conformité au cahier des charges, au niveau d'activité prévu, et aux modalités de déploiement. Il permet également de connaître le profil des professionnels impliqués et des patients pris en charge. Enfin, il fait un état des lieux des retours d'expériences des différentes parties-prenantes.

Les résultats et constats évaluatifs ont été dressés à partir de l'exploitation du système d'information du porteur, des fichiers et rapports d'activité produits par le porteur du projet, de documents et informations transmises dans le cadre de l'évaluation, et d'entretiens et enquêtes auprès des acteurs et partenaires.

Les éléments exposés dans cette partie constituent une synthèse des principaux résultats et constats précédemment développés et présentés dans le rapport d'évaluation finale « qualitative » (*validé en septembre 2022, cf. annexe 3*), complétée par l'analyse statistique de la base de données du SI.

→ Principaux constats évaluatifs :

- ⇒ La mise en œuvre est conforme à ce qui était prévu dans le cahier des charges tant dans le déploiement (*respect du nombre d'équipes et de professionnels prévus*) que dans l'organisation à respecter au sein de chaque cabinet.
- ⇒ L'ensemble du protocole organisationnel et fonctionnel et les outils prévus ont été mis en place, confirmant l'opérationnalité du dispositif : *une gouvernance ad hoc instaurée ; une stratégie d'animation et d'accompagnement axée sur la « rencontre » ; un cycle de formation mis en place et évoluant en fonction des besoins des Equilibristes ; un système d'information opérationnel, utilisé et coconstruit ; un accompagnement individuel et collectif des Equilibristes par un facilitateur...* Ce sont les conditions sine qua none pour le fonctionnement.
- ⇒ Concernant les retours d'expérience des différents acteurs en matière de déploiement, fonctionnement du dispositif :
 - Une adhésion totale des infirmiers expérimentateurs aux valeurs du projet et un retour d'expérience nettement positif rapportant un sens retrouvé du métier d'infirmier, une importante simplification administrative par rapport à la cotation NGAP (saisie du temps passé auprès des patients et des types d'interventions réalisées), une qualité de vie professionnelle et personnelle retrouvée, dans un cadre soutenant, proposé par EQUILIBRES.
 - Une satisfaction des professionnels de proximité quant aux prises en charge proposées par les Equilibristes et le constat d'une collaboration renforcée.
 - Des partenaires institutionnels globalement en faveur du dispositif malgré l'opposition de deux syndicats d'infirmiers.



4.1. Un projet qui s'est déployé de la manière prévue en termes d'adhésions de professionnels et d'activité de ces professionnels

NB : A noter que le comptage exact des infirmiers reste relativement difficile : seuls les titulaires, avec leur numéro AM, sont précisément décomptables/identifiables, les collaborateurs, remplaçants et salariés étant « mouvants » (CDD par exemple) sont de ce fait difficilement décomptables de manière certaine à un instant T. Illustration concernant le nombre de cabinets actifs (n=33), correspondant à 62 numéros d'AM actifs, par ailleurs le nombre de comptes utilisateurs actifs au 31/07/22 est de 178 et le nombre total de comptes créés sur l'appli depuis le départ est de 245. Ainsi, selon la date d'analyse des données, le nombre d'infirmiers peut varier de 168, 173 ou encore 180.

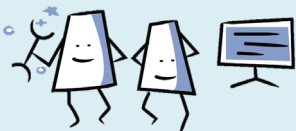
Un niveau d'activité conforme au cahier des charges en termes de nombre d'équipes et de professionnels participants :

- ⇒ La mise en œuvre est conforme à ce qui était prévu dans le cahier des charges tant dans le déploiement (respect du nombre d'équipes et de professionnels prévus) que dans l'organisation à respecter au sein de chaque cabinet. Au 31 juillet 2023, **33 équipes EQUILIBRES** (21 en OCC (64%), 10 en HdF (30%) et 2 en IdF (6%)) et **173 infirmiers EQUILIBRES¹⁴** participent pour un total de **25 856 patients différents** depuis le début de l'expérimentation et **1 272 615 rendez-vous/interventions**.
- ⇒ Le **déploiement de l'expérimentation a été plus rapide que prévu** puisque la majorité des équipes sont entrées dans le dispositif en 2020. Malgré le contexte pandémique, l'objectif d'adhésion a été atteint avec une année d'avance (initialement envisagé en 2021) : « **le plafond de volume autorisé par le décret a fait bloquer les entrées assez vite** », (porteurs). Depuis, de **nombreuses équipes ont manifesté leur intérêt de rejoindre le dispositif** : les porteurs font état de **329 lettres d'intention d'infirmiers¹⁵** qui souhaitent rejoindre le dispositif (dont 48 Equilibres), de 144 infirmiers inscrits sur la « liste en intérêt », mais également de demandes de CPAM ou d'ARS (soit de renseignements soit de souhait de permettre aux IDEL volontaires du département/de la région de rejoindre EQUILIBRES¹⁶) → Grande demande d'intégration.
- ⇒ La composition des équipes entre l'évaluation intermédiaire (juillet 2021) et l'évaluation finale « qualitative » (juillet 2022) témoigne de l'**évolution de la structure des équipes engagées** : tendance à la titularisation des remplaçants (augmentation du nombre de titulaires et d'une diminution du nombre de remplaçants), aucune équipe n'a quitté l'expérimentation, les deux tiers des IDE engagés en juillet 2021 (66% ; N=81) le sont toujours en juillet 2022...) (les autres étant des remplaçants ou collaborateurs).

¹⁴ NB : A noter que le comptage exact des infirmiers reste relativement difficile : seuls les titulaires, avec leur numéro AM, sont précisément décomptables/identifiables, les collaborateurs, remplaçants et salariés étant « mouvants » (CDD par exemple) sont de ce fait difficilement décomptables de manière certaine à un instant T. Illustration concernant le nombre de cabinets actifs (n=33), correspondant à 62 numéros d'AM actifs, par ailleurs le nombre de comptes utilisateurs actifs au 31/07/22 est de 178 et le nombre total de comptes créés sur l'appli depuis le départ est de 245.

¹⁵ Régions et départements d'exercice de ces infirmiers : 18 régions (dont 3 expérimentatrices) : Auvergne-Rhône-Alpes ; Bourgogne-Franche-Comté ; Centre-Val de Loire ; Corse ; Grand-Est ; Guadeloupe ; Guyane ; Hauts-de-France ; Ile de France ; La réunion ; Martinique ; Mayotte ; Normandie ; Bretagne ; Nouvelle-Aquitaine ; Occitanie ; Pays-de-la-Loire ; Provence-Alpes-Côte d'Azur.

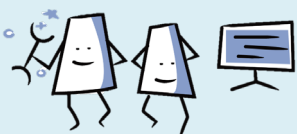
¹⁶ De nombreuses présentations de l'expérimentation/rencontres se sont tenues en 2021-2023 à l'initiative des porteurs ou sur demande des institutions : rencontres avec 15 CPAM, 8 ARS, la Métropole grenobloise et le département de l'Isère. Des « marques d'intérêt » des CPAM-ARS : Bretagne, Manche, Morbihan, Hérault, Bourgogne-Franche-Comté, Hautes-Pyrénées, Yvelines, Gard, Haute-Garonne, Loiret, Rhône et Guyane. L'ARS BFC est en demande d'une dérogation pour entrer dans le dispositif.



- ⇒ L'analyse du déploiement depuis l'évaluation intermédiaire témoigne de la **stabilité** et de la **pérennité des équipes EQUILIBRES autour de valeurs communes**. Ce constat confirme l'**adhésion effective des IDE au principe d'exercice en équipe**.

Une conformité à la structuration prévue en termes de pilotage, de formation, de logiciel métier et d'accompagnement des équipes. Les différentes composantes du projet (cahier des charge) sont en place et opérantes :

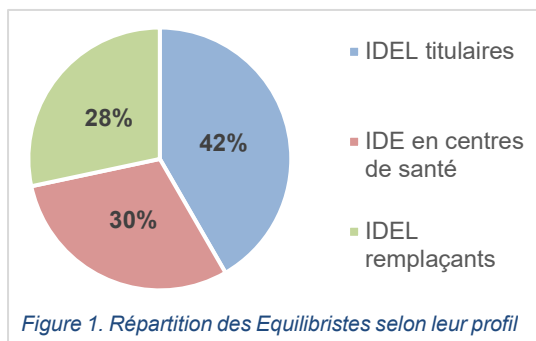
- ⇒ L'ensemble du **protocole organisationnel** est fonctionnel et les outils prévus ont été mis en place. Ce sont les conditions sine qua none pour le fonctionnement.
- ⇒ Une **gouvernance opérationnelle** et un **pilotage effectif** du projet : des comités de pilotage (COFIL) hebdomadaires et un comité éthique (CE) qui se réunit 3 fois par an.
- ⇒ Après deux années marquées par la crise sanitaire (2020-2021) et une animation principalement en distanciel, l'équipe projet a largement développé sa **stratégie d'animation axée sur la « rencontre »** au niveau collectif (nombreux échanges et disponibilités pour les équipes en cas de besoins : gestion d'une situation complexe, gestion d'éventuels conflits...), au niveau des équipes et au niveau individuel.
- ⇒ De **nombreuses présentations de l'expérimentation/rencontres** se sont tenues en 2021-2022 auprès d'infirmiers, d'institutions (CPAM, ARS...), de représentants de la profession, des associations de patients, d'acteurs de la formation initiale et professionnelle (à l'initiative des porteurs ou faisant suite à une demande de ces acteurs), pour faire connaître le dispositif.
- ⇒ Un **cycle de formation** mis en place et évoluant en fonction des besoins des Equilibristes et du degré de maturité des équipes. De manière générale, l'expérimentation inciterait les Equilibristes à se former et à monter en compétences métier (valorisation de l'utilisation des compétences).
- ⇒ Un **système d'information fonctionnel**, utilisé et co-construit avec les utilisateurs (ie en développement constant depuis le début du programme en réponse aux remontées régulières des utilisateurs) : dossier de soins basé sur le Omaha system – un outil de raisonnement clinique libre de droit, évolutif, adaptable et interopérable ; gestion des tournées en équipe, relevé des temps patients et export des données en vue de la rémunération.
- ⇒ Les infirmiers et cabinets sont **accompagnés par des facilitateurs** aux profils divers (infirmiers, coachs professionnels...). Ces facilitateurs sont totalement acceptés par les professionnels (partie intégrante du fonctionnement), et sont sollicités de manière non linéaire en fonction des besoins des équipes et de leur ancienneté dans le dispositif. 4 facilitateurs (sur des contrats à temps partiels pour un total de 1,4 ETP) interviennent pour l'accompagnement de 33 équipes impliquées (180 professionnels) dans EQUILIBRES, soit 23,5 équipes par ETP de facilitateur (correspondant à 130 professionnels environ). Ils ont un rôle de guidance dans l'évolution des pratiques, dans l'intégration du dispositif/de son fonctionnement et dans la résolution de conflits ou tensions au sein de l'équipe. Un temps de mise en confiance, de connaissance mutuelle est nécessaire à chaque équipe/professionnel. La facilitation individuelle et/ou d'équipe représente un service apprécié et jugé nécessaire par les porteurs et confirmé par les retours des Equilibristes. Dans le cadre expérimental, les facilitateurs sont également fortement impliqués dans le déploiement du projet, et les réflexions d'ensemble sur l'amélioration continue du dispositif, l'implication des professionnels, des patients, et les évolutions pertinentes des formations ou de l'organisation interne.



4.2. Profil des cabinets et infirmiers adhérents et des patients

4.2.1. Les infirmiers impliqués

⇒ Au 31 juillet 2023¹⁷, **180 infirmiers** étaient engagés dans le dispositif EQUILIBRES : 54 infirmiers (IDE) en centres de santé (8 centres de santé différents) et 126 infirmiers libéraux (IDEL), dont 75 titulaires¹⁸ et 51 remplaçants¹⁹. Plus de la moitié des infirmiers (59%) exercent en Occitanie (N=87), un tiers (37%) en Hauts-de-France (N=55) et 4% en Île-de-France (N=6).



La **description des répondants à l'enquête en ligne²⁰ permet de dresser un profil des infirmiers impliqués** (il s'agit de données déclaratives et qui se limitent à un échantillon de 90 infirmiers) :

- ⇒ Une majorité de **femmes** (85,6%, N=77).
- ⇒ Des répondants âgés de **39,5 ans** en moyenne (médiane = 38,5 ans, min = 22 ; max = 60 ans). Un profil infirmier globalement plus jeune en Hauts-de-France (34 ans en moyenne contre 45 ans et 42 ans en Ile-de-France et en Occitanie / p=0,0003).
- ⇒ **Plus de 14 ans d'ancienneté** en moyenne (min = 1 an ; max= 38 ans ; médiane = 12 ans). Une ancienneté du diplôme plus importante pour les libéraux (17 ans en moyenne) que pour les salariés (9 ans en moyenne), p<0,0001.
- ⇒ Un territoire d'intervention semi-rural (34%), urbain (33%), rural (27%) ou de montage (6%).
- ⇒ Une **organisation de travail qui diffère selon les répondants** :
 - **Pas de roulement (34%)**, avec un temps moyen de travail de **36h par semaine** (médiane : 35h ; min : 20h ; max : 80h).
 - **Roulement grande semaine/petite semaine (25%)** avec un temps moyen de travail de **48h pour les grandes semaines** (médiane : 47h ; min : 35h ; max : 70h) et de **24h en moyenne pour les petites semaines** (médiane : 24h ; min : 15h ; max : 30h).
 - **Roulement semaine entière/semaine de repos (19%)** : avec un temps moyen de travail de **72h pour les semaines entières** (médiane : 73h ; min : 40h ; max : 91h).
- ⇒ Des **différences d'organisation selon les régions** : Plutôt des roulements grande semaine/petite semaine en Hauts-de-France (53%) et pas de roulement en Occitanie (54%) (p<0,0001) et donc des **différences d'organisation selon le statut²¹** : Plutôt des roulements grande semaine/petite semaine pour les IDE salariés (64%) et pas de roulement (44%) ou des roulements semaine entière/semaine de repos (27%) pour les libéraux (p<0,0001).
- ⇒ Une moyenne de **20 patients visités par jour** : de 6 à 45 patients selon les répondants.

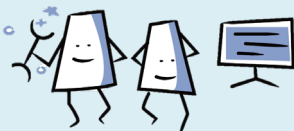
¹⁷ Source : Bilan des porteurs.

¹⁸ Défini comme « facture avec son propre numéro AM personnel ».

¹⁹ Défini comme « ne facture pas avec un numéro AM propre ».

²⁰ Enquête en ligne réalisée auprès de tous les infirmiers EQUILIBRES, une trentaine de questions fermées et une question ouverte, période : du 6 mai au 21 juin 2022 (gel de la base), lien de l'enquête transmis par mail à tous les infirmiers de la base de données (170), plusieurs relances réalisées. **Au total, 90 infirmiers ont répondu (53%)**. Les réponses au questionnaire en ligne ont été importées sous SAS® pour l'analyse statistique. Des croisements ont été réalisés en fonction : de la région, de l'ancienneté de l'IDE, du statut de l'IDE, du territoire et de l'année de passage à EQUILIBRES.

²¹ Les IDE salariés sont tous localisés en Hauts-de-France (centre de soins).



→ L'ensemble illustrant la **diversité des équipes** correspondants aux différentes modalités d'exercices au niveau national et ainsi une sorte de **représentativité des expérimentateurs** de la population générale des IDE intervenant au domicile en France.

4.2.2. Profil des bénéficiaires

Le bilan des porteurs fait état (au 31/07/2023) d'une activité depuis le début de l'expérimentation d'environ **25 856 patients uniques pris en charge correspondant à 1 272 615 rendez-vous ; 13 500 patients** ayant eu au moins un soin en 2021 ; **11 768 patients uniques** ayant eu au moins un soin en 2022 (il y a eu plus de patients uniques en 2021 qu'en 2022, en raison des actes uniques « COVID » : tests ou vaccins, qui ont diminué de 2021 à 2022 ; **6 785 patients** ayant eu au moins un soin en 2023 (du 1^{er} janvier au 31 juillet).

Les analyses comparatives menées entre les patients Equilibres et les patients Témoins **excluent les patients avec un seul acte unique** (*vaccin contre la Covid-19, test de dépistage de la Covid-19, bilan sanguin isolé...*). L'extraction des données du SI porteur (réalisée le 28/11/2022) porte ainsi sur **11 552 patients (44,7%), concernés par 2 rendez-vous ou plus** avec un infirmier EQUILIBRES. Le profil de ces patients a été comparé à celui d'une patientèle dite « Témoin » d'IDE non EQUILIBRES. Cette patientèle a été définie comme l'ensemble des patients ayant été pris en charge par un IDE témoin (non EQUILIBRES). Pour chaque IDE EQUILIBRES (numéro de facturation unique), 3 IDE témoins ont été sélectionnés sur un critère géographique (territoire de proximité). La date de bascule d'un IDE EQUILIBRES a été par extension associée à ses 3 IDE témoins. N'ont été gardés dans la patientèle témoin que les patients ayant bénéficié de 2 rendez-vous/actes après la date de bascule. Pour chaque patient, une **date index** est définie comme la date de première prise en charge par l'IDE EQUILIBRES ou l'IDE témoin après la date de bascule.

→ La description de la patientèle totale **adulte** des infirmiers EQUILIBRES et témoins permet ainsi de dresser le profil de la patientèle des cabinets/centres de soins inclus dans l'expérimentation.

Les éléments présentés ci-après concernent 9 474 patients adultes pris en charge par des équipes infirmières EQUILIBRES (adultes et hors acte unique) et 25 939 patients adultes et hors acte unique) pris en charge par des équipes témoins appariées (cf. [annexe 2](#) pour la sélection de la population).

On note une **moyenne d'âge de 56,3 ans** pour les patients EQUILIBRES et un âge médian de 58 ans pour les patients EQUILIBRES contre 63 ans pour les patients témoins ($p < 0,0001$) → **Les patients pris en charge par EQUILIBRES sont plus jeunes que les patients pris en charge par un cabinet témoin.**

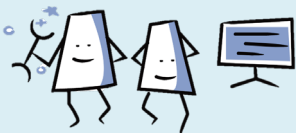


Tableau 4. Caractéristiques de la population (1/2)

	Total EQUILIBRES N = 9 474	Total Témoins N = 25 939	P-value
Sexe			0,49323
Homme	4 147 (43,8%)	11 341 (43,7%)	
Femme	5 327 (56,2%)	14 598 (56,3%)	
Âge à la date index			<0,0001
Moyenne (écart-type)	56,3 (20,4)	60,4 (19,2)	
Médiane / Min / Max	58,0 / 18,0 / 108,0	63,0 / 18,0 / 102,0	
Q1 / Q3	39,0 / 72,0	47,0 / 75,0	

PROFIL DES BENEFICIAIRES ayant eu 2 interventions et plus dans le cadre du dispositif- FOCUS SUR LA POPULATION PRISE EN CHARGE INFIRMIERE EQUILIBRES : de la PEDIATRIE aux personnes très âgées :

⇒ Les équipes EQUILIBRES prennent en charge des patients de 0 à 108 ans dont 4% de patients mineurs (398) et notamment des patients de moins de 16 ans dans le cadre de l'expérimentation :

	Total EQUILIBRES N = 9 872
Âge à la date index	
Moyenne (écart-type)	54,5 (21,9)
Médiane / Min / Max	57,0 / 0,0 / 108,0
Q1 / Q3	37,0 / 72,0
Sujet mineur à la date index	
Oui	398 (4,0%)
Âge des patients mineurs à la date index	
0 – 14	261 (2,6%)
15	28 (0,3%)
16	41 (0,4%)
17	66 (0,7%)

(9872 : population ayant eu 2 interventions et plus par un professionnel de EQUILIBRES).

⇒ Ces éléments viennent confirmer qu'un des objectifs de EQUILIBRES est rempli : celui d'un meilleur accès aux soins pour tous, y compris les personnes à besoins spécifiques mal couverts par la Nomenclature d'Actes : les jeunes enfants et les personnes très âgées notamment.

Près de 37% des patients EQUILIBRES présentent une ALD active à la date index contre plus de 41% des patients témoins ($p < 0,0001$) → **Moins de patients avec une ALD** parmi la patientèle des équipes EQUILIBRES (versus cabinets témoins) ; **Globalement même répartition des types ALD pour les cas et les témoins** (cf. [annexe 2](#)).

⇒ 64,2% des patients EQUILIBRES étaient pris en charge par un IDE l'année précédant la date index contre 42,7% des patients témoins ($p < 0,0001$) → **Plus de sujets déjà pris en charge par un IDE l'année précédant la date index**.

⇒ Une dépense de prise en charge totale l'année précédant la date index de 5 954,9€ en moyenne pour les patients EQUILIBRES contre 5 375,4€ pour les patients témoins ($p = 0,0016$) ; une dépense infirmière de 652,7€ en moyenne pour les patients EQUILIBRES contre 261,8€ pour les patients témoins ($p < 0,0001$) → **Coûts de prise en charge l'année précédente plus élevés pour les patients EQUILIBRES**.

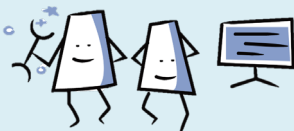


Tableau 5. Caractéristiques de la population 2/2

	Total EQUILIBRES N = 9 474	Total Témoins N = 25 939	P-value
ALD active à la date index			<0,0001
Oui	3 505 (37,0%)	10 610 (40,9%)	
Nombre d'ALD à la date index			0,0530
1	2 064 (59,7%)	5 987 (56,4%)	
2	1 004 (28,6%)	3 259 (30,7%)	
3	341 (9,7%)	1 060 (10,0%)	
4	80 (2,3%)	247 (2,3%)	
5	11 (0,3%)	51 (0,5%)	
6	5 (0,1%)	6 (0,0%)	
LPP handicap			
Oui	12 (0,12%)	<10	0,0002
Bénéficiaire de l'AAH			
Oui	390 (4,1%)	1 243 (4,8%)	0,0073
Prise en charge INFIRMIERE l'année précédant la date index			
Oui	6 083 (64,2%)	11 071 (42,7%)	<0,0001
Si prise en charge infirmière l'année précédente, dépense infirmier :			<0,0001
Moyenne (écart-type)	652,7 (2 169,5)	261,8 (1 568,5)	
Médiane / Min / Max	19,2 / 3,2 / 34 471,9	14,2 / 0,3 / 66 647,7	
Q1 / Q3	9,5 / 72,7	4,7 / 38,1	
Dépenses de prise en charge TOTAL l'année précédant la date index			0,0016
Moyenne (écart-type)	5 954,9 (12 159,6)	5 375,4 (16 243,1)	
Médiane / Min / Max	1 975,7 / 0,0 / 309	1 848,2 / 0,0 / 1 281	
Q1 / Q3	197,7	504,2	
	653,7 / 5 924,3	532,8 / 5 433,0	

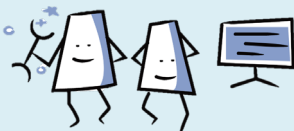
CONSTATS SUR LE COMPARATIF DE LA PATIENTELE EQUILIBRES APPARIEE ET TEMOINS :

- Une proportion plus importante de patients EQUILIBRES appariés a eu recours à des soins infirmiers l'année précédant la date index (*vs patientèle des cabinets témoins*).
- Les patients EQUILIBRES appariés présentent des dépenses en soins infirmiers plus élevées l'année précédant la bascule dans EQUILIBRES (*vs patientèle des cabinets témoins*).
- Une part moins importante de patients EQUILIBRES appariés présentait une ALD active à la date de bascule (si ALD, type d'ALD comparable entre les patientèles EQUILIBRES et témoins).

4.3. Un déploiement du projet dans les cabinets et centres de soins conforme aux attendus du cahier des charges et facilité par l'usage/l'appropriation du protocole organisationnel

Des modalités d'organisation des cabinets et centres de soins qui ont évolué du fait du passage à EQUILIBRES :

- ⇒ Si le protocole organisationnel prévoit que les équipes désignent, en interne, un **réfèrent** pour chaque patient, garant de la bonne continuité des interventions entre les professionnels, ceci n'est **pas toujours clairement réalisé**. La plupart des infirmiers interrogés expliquent se sentir référents de tous les patients du cabinet/centre de soins. Certaines équipes fonctionnent avec un roulement d'une semaine entière de travail suivie d'une semaine de repos nécessitant des transmissions efficaces et une bonne connaissance de chaque patient : « *pas de référent, car je travaille seul une semaine sur deux. L'investissement est identique avec tous mes patients* », (IDEL IdF). Les infirmiers estiment alors que l'absence de référent « unique » est bénéfique puisque la prise en charge des patients par l'équipe



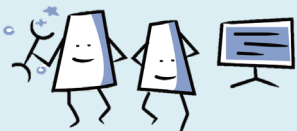
entière favorise la prise de recul et l'émergence de solutions : « *pas de référent patient : polyvalence des 9 collaborateurs et 1 remplaçant* », (IDEL OCC).

- ⇒ Une **adaptation intéressante du protocole organisationnel** est la désignation d'un **référént « administratif »** par patient qui veillera à la tenue et mise à jour du dossier, des ordonnances, des contacts et liens avec le réseau professionnel. Ce fonctionnement permet une **répartition équitable de la charge de travail au sein de l'équipe** et une **meilleure coordination entre les professionnels de proximité** des patients : « *un référent pour chaque patient surtout pour l'administratif et les propositions d'idée de prise en charge* », (IDEL, OCC) ; « *un référent patient nommé pour la partie "logiciel" : mise à jour, revoir les évaluations* », (IDEL, OCC).
- ⇒ L'exercice en équipe, permettant la concertation clinique, l'intelligence collective pour la qualité des soins et l'efficacité des pratiques, est respecté par l'**organisation de réunions d'équipe a minima tous les mois**, toutes les deux semaines ou plus de trois fois par mois. La **sollicitation des coachs et facilitateurs a permis d'améliorer ces réunions** qui sont dorénavant jugée plus **formelles, encadrées et structurées** sur le principe d'équipe auto-gérée (réunions plus fréquentes, avec un ordre du jour, des temps d'échange prévus pour chaque patient) : « *les réunions d'équipes sont plus formalisées : réel temps de travail, d'échanges. Elles sont préparées avec un ordre du jour établi à l'avance. On a appris à gérer nos réunions avec les coachs et on est plus efficaces. C'est l'occasion de parler des patients, se former, lisser nos pratiques, définir des objectifs pour les patients mais aussi solutionner d'éventuelles problématiques d'équipe* », (IDE salariée d'un centre de soins, HdF) ; « *les réunions d'équipe sont plus fréquentes et plus structurées sur le principe d'équipe auto-gérée grâce aux coachs/ facilitateurs* », (IDEL OCC).

Un système d'information utilisé et satisfaisant du point de vue des expérimentateurs :

- ⇒ Le **système d'information est utilisé et satisfaisant du point de vue des expérimentateurs (coordination, pratique infirmière...)** : 96% des Equilibristes interrogés sont satisfaits²² (43% le sont tout à fait et 53% plutôt). Leurs retours témoignent de leur adhésion : le logiciel métier leur permet de renseigner le temps passé auprès du patient, le contenu de l'intervention ainsi que les résultats observés. Ils estiment que le logiciel est fonctionnel et utile dans le cadre du travail en équipe car il permet la transmission optimale des informations à l'ensemble des infirmiers du cabinet/centre de soins.
- ⇒ Les Equilibristes estiment que **l'initiation de base à l'usage du logiciel est très rapide** (certains étudiants sont autonomes au bout de 20 minutes). Les infirmiers ne rencontrent pas de difficulté particulière en routine. Un délai de prise en main, pouvant aller jusqu'à 6 mois ou 1 an, est nécessaire (temps d'acculturation, de manipulation et d'investissement personnel) pour que les professionnels adoptent pleinement et dans toutes ses dimensions le profond changement de paradigme proposé par EQUILIBRES : approche globale, raisonnement clinique, focus sur la prévention et l'autonomisation etc.
- ⇒ La majorité des Equilibristes soulignent et apprécient le **caractère évolutif du logiciel** et la **réactivité** de l'équipe Soignons Humain ainsi que de la communauté d'Equilibristes pour

²² Résultat de l'enquête en ligne adressée aux Equilibristes : 90 répondants sur les 170 destinataires (53%).



répondre à leurs interrogations via le réseau social interne Slack notamment (accompagnement et entraide).

- ⇒ Le grand nombre d'items demandés par le logiciel encourage les infirmiers à **faire valoir leur rôle propre**, à **identifier les besoins des patients** et finalement contribue à la **prise en charge globale** : « *C'est d'abord un logiciel de soins et ensuite un logiciel de facturation mais ce n'est pas son utilisation première* », (IDEL OCC) ; « *Le logiciel est une révolution qui apporte une liberté administrative, ce n'est plus qu'un acte mais une démarche de soins avec des objectifs* », (IDEL OCC).

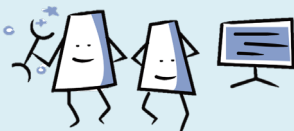
Un déploiement favorisé par la facilitation (accompagnement collectif/individuel) et la formation :

- ⇒ Un **rôle essentiel** est attribué par les Equilibristes aux **coachs/facilitateurs** dans le déploiement des équipes et l'accompagnement des infirmiers : soutien à la restructuration des équipes en termes d'organisation, appui à la résolution de problèmes techniques en lien avec le logiciel métier, personne-ressource pour appréhender des situations complexes, vision extérieure, disponibilité très appréciée, levier au démarrage...

4.4. Un déploiement variable selon les territoires d'expérimentation

Le déploiement du projet (en termes de nombres d'infirmiers/équipes adhérentes) dans les territoires d'expérimentation est **variable** et s'explique par :

- ⇒ **L'atteinte de l'objectif en nombre de professionnels intégrés sur une courte période** (initialement prévu en 2021, réalisé en 2020) malgré le contexte de crise sanitaire : « *Le plafond de volume autorisé par le décret a fait bloquer les entrées assez vite* », (porteurs) → Déploiement plus rapide que prévu (grande demande d'intégration).
- ⇒ Des **difficultés de recrutement en Île-de-France** résultant (1) de la **communication initiale (dès 2019) de l'URPS IDEL IdF**, qualifiant le projet EQUILIBRES de « *dangereux* » qui a eu un impact sur les motivations à rejoindre le projet ; (2) du **caractère moins attractif du tarif horaire** calé sur une médiane nationale 2013 à 73 500€/an (versus 90 000€/an en IdF) et (3) de la **pandémie** qui a particulièrement touché l'Île-de-France en mars 2020 : « *Actions de réseautage impossibles* » (porteurs).
- ⇒ Des **spécificités propres à chaque territoire d'expérimentation** :
- **Hauts-de-France** : Plus fort déploiement du projet dans les **centres de soins** que dans les cabinets libéraux, car les IDE travaillaient déjà sur la prise en charge globale, sur la coordination avec les services sociaux avec l'objectif d'autonomiser les patients.
 - **Île-de-France** : Se caractérise par des **déserts médicaux**, où les infirmiers constituent des relais de terrain/de proximité importants et une forte opposition de l'URPS Infirmiers à majorité FNI.
 - **Occitanie** : La patientèle semble plus défavorisée et les réseaux locaux plus développés ; des zones rurales et une densité d'IDEL pour 10 000 habitants sur les territoires de vie-santé habitants plus importante que dans les 2 autres territoires/régions ; une prévalence plus importante **d'infirmiers cliniciens formés** (ETP, traitements non médicamenteux...), plus enclins, semble-t-il, à participer à EQUILIBRES. Des leaders locaux influents, proactifs constituent aussi des relais efficaces de la parole et de la philosophie du projet sur ces territoires du sud.



→ Le déploiement de l'expérimentation est **territoire-dépendant** (démographie médicale, besoin des territoires, ressources, influence « politique » ...) et **professionnels-dépendant**. Les spécificités des types de territoires, les formations des infirmiers, le positionnement des syndicats et des représentants des infirmiers libéraux au niveau régional (défiance politique, craintes...) expliquent le déploiement et l'intégration variables du dispositif.

→ Par ailleurs, le dispositif étant contraint en nombre de professionnels impliqués, la question du déploiement par région reste peu pertinente dans le cadre de l'expérimentation.

Concernant l'impact organisationnel sur les territoires et l'articulation/acceptation des acteurs du territoire :

→ Des effets perçus sur la coordination entre les professionnels de proximité du patient : essentiellement avec les services sociaux et les auxiliaires de vie à domicile et encore assez peu avec les MG. Ce constat est partagé par ces professionnels de proximité qui observent une « *nouvelle dynamique de travail* » favorisant la coordination pluridisciplinaire (temps d'échange avec des rendez-vous au domicile des patients, travail collaboratif renforcé avec la mise en place d'interventions en binômes infirmier/aide-soignante...).

IMPACTS – EFFETS PERÇUS SUR LES LIENS/RELATIONS INFIRMIERS-MEDICINS :

→ Quelques MG ont pu être interrogés dans le cadre de l'évaluation, très pris par des emplois du temps chargés et globalement sursollicités par de nombreux sondages/enquêtes. Par ailleurs, les MG n'ont pas d'obligations spécifiques dans EQUILIBRES. Ils sont en lien avec les IDE lorsqu'une prise en soins commune le nécessite. Ce qui invite à une collaboration MG-IDE plus efficiente au bénéfice du patient.

→ L'impact de l'intervention des infirmiers EQUILIBRES pour les MG mériterait cependant d'être approfondi ultérieurement si possible (via une enquête éventuellement à prévoir au premier trimestre 2024).

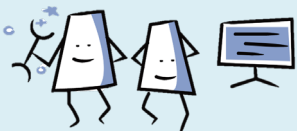
→ A noter cependant que les infirmiers EQUILIBRES transmettent systématiquement via messagerie sécurisée, des courriers d'information de la situation des patients aux MG notamment (extraits de lettre de liaisons aux MG) :

- lors de sorties d'hospitalisation ou de SSR : information sur les traitements, demande de réunions à domicile pour l'organisation de la prise en charge ;
- transmission des observations infirmières, de bilans sanguins, avant rendez-vous médical ;
- Bilan des séances d'ETP, des entretiens motivationnels sur l'observance par exemple, ou encore point sur la prise en charge pour la gestion de l'alimentation sur GPE et la préparation et administration des thérapeutiques 3 fois par jour, évolution de la situation de patients...
- Transmission d'avis de l'équipe pluridisciplinaire (neurologue, équipe infirmière, kiné) pour recommander une rééducation active quotidienne dense...
- Alerte sur des troubles cognitifs très présents qui n'ont pas été explorés ni suivis médicalement (syndrome frontal, perte de mémoire troubles cognitifs au sens large).

→ La majorité des infirmiers n'ont **pas particulièrement observé d'effet sur les liens ou la coopération avec les cabinets non EQUILIBRES** de leur territoire (mais pas de besoins).

→ De manière plus ponctuelle (pour quelques infirmiers), **l'intégration dans le territoire et l'acceptation** par les autres professionnels ont pu être **source de difficultés** : inquiétudes, rivalités, réticences, peur de l'inconnu... Les territoires étant pour la plupart en déficit d'infirmiers, la crainte des cabinets non-équilibristes est de voir s'accroître cette tension de soins avec la généralisation du dispositif EQUILIBRES (sélection de patients...).

→ Enfin, le principal impact observé en termes de dynamique territoriale, concerne les **liens entre les équipes EQUILIBRES d'un même secteur** : Création de conversations WhatsApp/Canaux Slack, mises en relation par les facilitateurs, échanges sur des dossiers, échanges de bons procédés/bonnes pratiques, entraides par rapport à l'usage du SI porteur et du référentiel



OMAHA, « visites entre pairs » ...). Ces liens permettent une « *bonne dynamique* » et favorisent « *l'intelligence collective* ».

4.5. Retours d'expérience des différents acteurs en matière de déploiement, fonctionnement du dispositif

⇒ Une adhésion totale des **INFIRMIERS EXPÉRIMENTATEURS** aux valeurs du projet et un retour d'expérience nettement positif :

- ✓ Un sens retrouvé du métier d'IDE (accès, qualité, efficacité et pertinence des soins, plein exercice de leurs compétences y compris prévention, dépistage, santé publique).
- ✓ Une importante simplification administrative par rapport à la cotation NGAP.
- ✓ Une qualité de vie professionnelle et personnelle retrouvée, dans un cadre soutenant, proposé par EQ : facilitateurs, outils évolutifs/adaptables aux besoins, fonctionnement en équipe (auto-organisation/autogestion), appartenance à une communauté professionnelle bienveillante et exigeante à la fois.

⇒ Une satisfaction des **PROFESSIONNELS DE PROXIMITÉ** quant aux prises en charge proposées par les Equilibristes et le constat d'une collaboration renforcée :

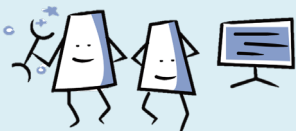
- ✓ Un soulagement et un gage de qualité ; une « nouvelle dynamique » de travail favorisant la coordination pluridisciplinaire...
- ⚠ L'importance de la communication sur le dispositif et de l'articulation des modalités de financements (notamment par rapport aux SSIAD qui font appel à des infirmiers libéraux).

⇒ Des **PARTENAIRES INSTITUTIONNELS** globalement en faveur du dispositif malgré l'opposition de deux syndicats d'infirmiers :

- ⚠ Des craintes exprimées : peur du salariat déguisé ; un tarif qui ne pourra pas être suivi par la CNAM ; une réduction des compétences (dépannage en cas d'absence d'auxiliaires de vie, de femmes de ménage) ; la peur des dérives liées au forfait...
- ✓ Les acteurs qui soutiennent l'expérimentation mettent en évidence la pertinence du dispositif, la juste rémunération de l'entièreté du travail accompli, la simplification administrative, la réponse du dispositif aux enjeux de l'attractivité des métiers de la santé, de la désertification, de la télé médecine, de la délégation de tâches ; des gains de temps professionnels/soignants ; la formation recentrée sur le métier, les compétences ; l'apport pour la prévention et la santé publique...

⇒ Satisfaction des **PORTEURS** sur le dispositif mis en place, du fonctionnement et lucidité sur les étapes qu'il reste à franchir :

- ✓ En termes de déploiement : bon déploiement malgré le COVID (nécessité d'évolutions/adaptations), un déploiement par strate dans les cabinets, une appropriation des outils, de nombreuses demandes d'infirmiers et d'ARS pour disposer d'information et rejoindre le dispositif.
- ⚠ Principaux freins rencontrés : l'impact COVID (charge mentale et de travail très forte des IDE), sous-financement du poste formation, pas de régulations/contrôles de la part de la CPAM (cause COVID) : visites terrain retardées, fluctuation notée dans certaines équipes.



✓ Des réussites et des atouts/leviers : réalisation de la mise en place et de la montée en charge en distanciel et des retours terrain positifs dans le suivi patient malgré la crise, EQ/SH se positionne en dehors des jeux d'acteurs politiques/syndicats, dynamique de co-développement instaurée, le logiciel...

CONCLUSION AXE 1 : UNE FAISABILITE DÉMONTRÉE DANS LE RI ET CONFIRMÉE DANS LE RF → UN DISPOSITIF OPERATIONNEL

L'ensemble des éléments présentés ci-avant confirment la faisabilité et le bon niveau de maturité du dispositif après plus de 3 ans de fonctionnement. Un état des lieux des freins et leviers à ce fonctionnement est établi ci-dessous.

Quelques freins / Points de vigilance sont à considérer au niveau du déploiement :

⇒ **Freins liés à des facteurs politiques nationaux et locaux :**

- Des **oppositions assez fortes de 2 syndicats infirmiers nationaux** représentés également en région (URPS), qui ont pu empêcher certains professionnels de rejoindre le dispositif (en IdF notamment) malgré la cohérence de Equilibres avec les propositions formulées par le **Conseil de l'Ordre Infirmier** en février 2022.

⇒ **Vigilances exprimées sur le tarif proposé :**

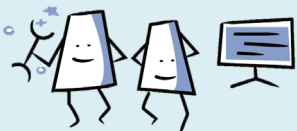
- S'il semble convenir aux infirmiers interrogés (avec une **nécessaire actualisation** en fonction de l'évolution de l'inflation), il **ne correspond a priori pas à la rémunération locale de la région parisienne** (Paris versus le reste des régions) : Le tarif horaire a été calé sur une médiane nationale 2013 à 73 500€/an versus 90 000€/an observés en Ile-de-France, rendant le dispositif moins attractif dans la région par peur de perte des revenus.

⇒ **Freins plus rares :**

- Des difficultés à rejoindre le dispositif pour les **infirmiers de montagne** avec des temps de trajet vers le domicile importants.
- La **spécificité EQUILIBRES** qui fait qu'il peut être plus difficile de trouver un remplaçant acculturé (catégorisation des manières de travailler).
- Des **souhaits de formation** plus importants que prévus (non budgétés).

Des leviers et des atouts du parcours sont identifiés :

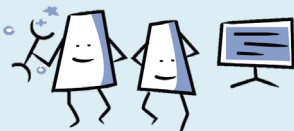
- ⇒ Un **dispositif souple**, agile dans son fonctionnement, basé sur les besoins et la réponse aux besoins des professionnels, eux-mêmes au service des patients, applicable **en ville et en centres de soins** → Illustré par des très bons niveaux de satisfaction des IDE et qui permet à EQ de s'intégrer sur les territoires, dans les cabinets, dans les formations, dans les organisations (MSP, CPTS...) et ce pour tout type de patients et de soins, d'accompagnement (⇔ INTÉGRATION).
- ⇒ Un **temps d'acculturation raisonnable**, et une **bascule directe NGAP-EQUILIBRES** qui n'a pas posé de problème particulier aux IDE (qui sont par ailleurs accompagnés).
- ⇒ Le OMAHA System : **référentiel libre de droit** non-dépendant du SI développé, participant à la globalité de la prise en charge
- ⇒ Une bonne **notoriété**, et de nombreuses marques d'intérêt et demandes de rejoindre le dispositif (y compris d'ARS et de CPAM) sont observées → Attractivité du métier.
- ⇒ Le plébiscite de la **communauté professionnelle**, du pair à pair et des échanges entre professionnels (apport d'un soutien, d'un cadre, et palliant l'isolement).



- ⇒ Une **simplification administrative** (par opposition à la NGAP) plébiscitée. Un schéma tarifaire qui libère, sécurise, et in fine « rend heureux » les IDE.
- ⇒ Une **simplification/recentrage dans les pratiques**, libérant du temps infirmier pour les patients mais aussi du temps médical : des interventions possibles dans une prescription médicale non spécifique (simplification dans les prescriptions des médecins).
- ⇒ Une opportunité de développer la **télémédecine**, le télésoin (Cf Encadré ci-dessous).
- ⇒ Favorise l'**approche intégrée des soins** : l'infirmier coordonne et aide au décloisonnement de l'équipe de proximité.
- ⇒ L'accompagnement par les **facilitateurs** et l'instauration d'un cercle vertueux soutenant, encadrant et **sécurisant** les infirmiers, participant au sens retrouvé et à la motivation.
- ⇒ **Cohérence avec les propositions formulées par le Conseil de l'Ordre Infirmier** en février 2022 et pouvant pallier de nombreux constats en lien avec l'essoufflement du système de santé.

UNE OPPORTUNITE DE DEVELOPPER LA TELEMEDECINE, LE TELESOIN :

- ⇒ Une opportunité de développer la télémédecine, le télé soins car les infirmiers EQUILIBRES s'équipent et peuvent assurer la présence professionnelle pour les téléconsultations.
- ⇒ En lien avec le pilier d'autonomisation d'Equilibres, les infirmiers ont développé avec les patients la notion de conseils à distance, de télésurveillance et de télé soins. Par exemple des patients autonomes pour leurs soins n'hésitent pas à communiquer par messagerie ou téléphone avec les infirmiers pour valider des conduites à tenir : dosage de protocole d'insuline, adaptation alimentaire, adaptation de dosage d'anticoagulants, entretien de soutien, entretien de relation d'aide et de réassurance pour des patients dans le champ de la santé mentale... Ces apports permettent de soutenir l'autonomie du patient en maintenant la relation et en renforçant le sentiment de sécurité. C'est du temps et du coût de soins évités au bénéfice de l'autonomie et de la responsabilisation des patients et de leurs aidants.
- ⇒ Le déploiement d'Equilibres au cours de la crise Covid-19 a amené ces interventions de télésurveillance et télé soins infirmiers à se mettre en œuvre très rapidement en lien avec l'agilité et la simplicité sur lesquelles reposent Equilibres et le Omaha System. L'équipe de pilotage a ainsi adapté des mentions d'interventions dans le Omaha System pour faciliter le travail des infirmiers en 24 h quand le besoin s'est avéré nécessaire.
- ⇒ Des infirmiers ont aussi facilité pour des patients et leurs aidants la notion de télémédecine, en fournissant le matériel (tablette, smartphone, ordinateur équipé) et la présence nécessaire pour assurer des téléconsultations avec un spécialiste ou un médecin généraliste lorsque le patient ne pouvait pas se rendre sur place ou le médecin intervenir à domicile. La présence de l'infirmier a permis de réaliser certains gestes cliniques et para cliniques pour aider le médecin dans son diagnostic et sa surveillance. Des infirmiers se sont d'ailleurs questionnés pour investir dans du matériel spécialisé et mobile dans des territoires en désertification médicale.



5. RESULTATS AXE2 : EFFICACITE – EFFICIENCE

Ce 2^{ème} axe d'évaluation visait à répondre à la question « **Dans quelle mesure les objectifs de l'expérimentation ont-ils été atteints en matière de qualité du parcours des patients et d'organisation innovante ? Et pour quels coûts ?** ». Il est précisé que l'efficacité du dispositif est jugée par rapport aux objectifs fixés, c'est-à-dire une prise en charge holistique, globale, centrée sur les besoins de patients, effectuée en équipe coordonnée et auto-gérée, avec un financement substitutif satisfaisant les infirmiers expérimentateurs.

→ **Principaux constats évaluatifs :**

- ⇒ Des retours d'expérience (déclaratifs) qui témoignent de l'efficacité de l'expérimentation sur : les prises en charge et le suivi proposé (globalité), l'accès aux soins pour tous, y compris les patients les plus mal « rémunérables » via la NGAP, la coordination entre les professionnels de proximité du patient (prises en charge pluriprofessionnelles et communes), les pratiques professionnelles (développement de compétences, autogestion, valorisation...), l'amélioration de la qualité de vie au travail et les conditions d'exercice des infirmiers, l'activité et l'organisation des cabinets/centres de soins.
- ⇒ Une expérience-patient également très positive : retours des patients et aidants recueillis montrant une grande satisfaction et un impact positif sur l'accès aux soins et des retours-patient positifs en termes d'écoute, d'information, d'autonomisation tant pour les patients que pour les aidants) et des apports importants sur le soutien et le répit pour les aidants.
- ⇒ Des impacts positifs/en faveur d'EQUILIBRES pour les patients et sur les coûts : (1) Sur le comparatif de la patientèle EQUILIBRES et témoins appariés, les résultats permettent de conclure à une diminution du nombre d'hospitalisations et indirectement à une amélioration de l'état de santé des patients pris en charge par une équipe EQUILIBRES ; (2) Un impact positif d'EQUILIBRES sur les consommations de soins des patients : une dépense significativement moins élevée dans le groupe EQUILIBRES au global ; à la fois sur les dépenses de soins de ville et sur les dépenses de soins hospitaliers.
- ⇒ Les résultats des différentes analyses menées permettent de mettre en regard les différents postes de dépenses du dispositif (formations, facilitation et pilotage/ingénierie) avec les gains identifiés au niveau des consommations de soins évitées du fait de la prise en charge proposée par EQUILIBRES → Des constats qui permettent de conclure à une soutenabilité économique pour le système de santé avec une réduction des dépenses de santé des patients pour un coût du dispositif relativement limité et permettant également le soutien des professionnels du domicile qui assurent l'accès aux soins et le maintien à domicile à la satisfaction des patients (en réponse aux problèmes actuels du système de santé et aux objectifs des politiques de santé (virages ambulatoire et domiciliaire)).

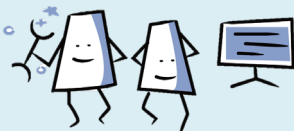
Pour information : Date index = Date d'inclusion dans EQUILIBRES. Elle a servi de référence aux analyses.

5.1. Résultats positifs sur la prise en charge et sur les parcours des patients

5.1.1. Des résultats tendant à démontrer la globalité de la prise en charge et l'autonomisation des patients

Remarques liminaires sur ce volet de l'évaluation :

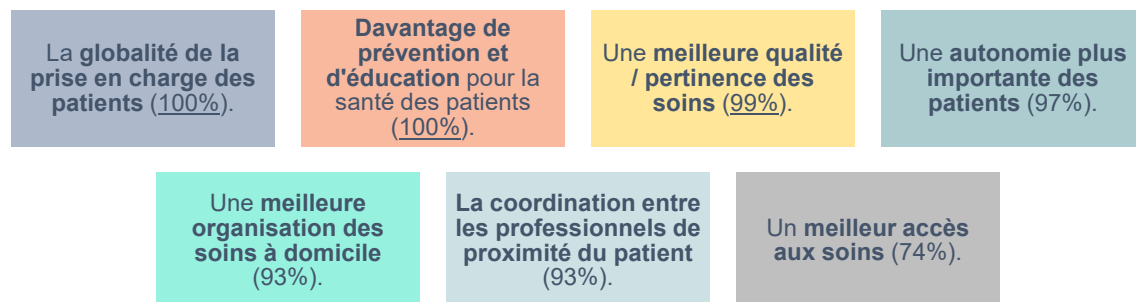
→ Les éléments présentés dans cette sous-partie relèvent de l'efficacité perçue/observée via les retours des Equilibristes, des professionnels de proximité et des porteurs (déclaratif).



Les données disponibles et renseignées dans le système d'information du porteur n'ont pas permis de mesurer totalement et quantitativement les indicateurs d'évaluation de la globalité des prises en charge et leur impact sur l'autonomisation des patients. Il est à noter, comme vu dans le chapitre Faisabilité, que les infirmiers s'approprient le dispositif et sa traduction dans le SI progressivement et qu'à date, l'utilisation/usage du SI reste différente selon les infirmiers/équipes. D'une manière générale, les items « intervention » et « évaluation » sont diversement renseignés avec des données organisées par le référentiel OMAHA System mais qui restent des données non structurées en termes statistiques (ie Texte libre majoritaire). L'appropriation du dispositif et du logiciel comporte pour une part la déclaration des temps dédiés aux différentes interventions des infirmiers, permettant leur rémunération. Le logiciel est également rempli avec les « données qui font sens » pour la réponse aux besoins de patients selon l'équipe infirmière, en fonction des contraintes techniques du logiciel et de l'appropriation globale du dispositif (déploiement et intégration du dispositif dans les équipes par strate comme vu dans le chapitre Faisabilité).

⇒ Une prise en charge globale et un suivi jugé efficace par les EQUILIBRISTES

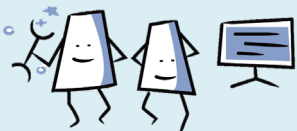
L'ensemble des infirmiers ayant participé à l'enquête (N=90) estiment que **le suivi qu'ils proposent dans EQUILIBRES est globalement plus efficace** qu'avant (en NGAP) puisqu'il permet :



Ces résultats sont confirmés par les entretiens réalisés auprès d'un échantillon d'Equilibristes estimant que le suivi qu'ils proposent est **efficace et optimal** grâce à une **prise en charge globale, coordonnée** avec les autres professionnels de proximité et le réseau du patient (amis, proches, aidants, famille) et **centrée sur le patient** lui-même. Certains infirmiers définissent au-delà des actes à réaliser, des **objectifs à atteindre avec leurs patients** qui prennent en compte leur volonté en tant qu'acteurs principaux de leur santé. Ainsi, tous déclarent agir sur **l'autonomisation** des patients dans la mesure du possible : « *La prise en charge est optimale. Avant, je ne me sentais pas soignant mais producteur de soins* » ; « *Retour à l'essence même du soin, à la définition du métier* » ; « *On ne peut pas faire plus global : éducation, prévention, surveillance, collaboration, travail en binômes avec le médecin traitant et les autres professionnels* ».

De fait, selon eux, le programme contribue à **éviter des hospitalisations/ré-hospitalisations** et au **maintien à domicile des patients** et ce, malgré la prise en charge de cas plus complexes d'un point de vue social ou de santé. Ils estiment que le dispositif permet la prévention/détection des problèmes de santé qui sont plus facilement anticipés : « *On évite le passage aux urgences et à l'hôpital le plus possible. Le maintien au domicile est favorisé* » ; « *Nous favorisons des économies notamment en évitant les hospitalisations. Nous nous débrouillons pour permettre le maintien à domicile car nous avons le temps de le faire* ».

Le **parcours du patient est amélioré, optimisé et globalisé** : « *J'ai une vision globale du patient, que je n'aurais même pas soupçonnée possible. Je prends le temps d'écouter les patients et de les connaître, je fais partie de la famille* ».



⇒ **Une efficacité du programme sur les prises en charges (globalité/autonomisation) selon les PROFESSIONNELS DE PROXIMITE interrogés**

Selon les professionnels de proximité interrogés, Equilibres contribuerait à une **prise en charge plus globale des patients**, à leur **autonomisation**, à **éviter des hospitalisations / ré-hospitalisations** et à leur **maintien à domicile**. Le suivi des soins serait également facilité par le dispositif en particulier lors de sortie d'hospitalisation. « *On retrouve les IDE Equilibres systématiquement sur les situations complexes, là où les autres cabinets ne veulent pas intervenir. On observe une optimisation des interventions des équipes soignantes et de la qualité de travail* », (CLIC, Occ) ; « *On se retrouve avec des patients qui bloquent des lits car on ne trouve pas de professionnels de santé pour la continuité des soins, pour réaliser des soins de nursing. Avec Equilibres, des IDEL acceptent ce genre de prise en charge* », (DAC, Occ) ; « *Plus de temps consacré à chaque patient ce qui assure un soin de qualité, la prise en charge globale des patients favorise un maintien à domicile et une autonomisation. Equilibres permet le maintien à domicile et réduit les hospitalisations. Les patients ne sont plus que hospitalisés ponctuellement pour des problèmes aigus.* » (Médecin généraliste, Occ).

Le dispositif permettrait la prévention des problèmes de santé avec la mise en place des séances **d'éducation thérapeutique (ETP)** favorisant la **bonne compréhension de la pathologie et/ou du traitement** par le patient : « *Les IDEL Equilibres font de la prévention, de l'ETP (aide à la marche, stimulation cognitive) ce qu'elles ne font pas à la NGAP. Je suis ravie pour mes patients, qui ont une prise en charge globale* », (Médecin généraliste, Occ). Le programme s'inscrit selon eux aussi dans une **démarche d'accompagnement des aidants** avec une « écoute » ainsi qu'une **aide à la coordination du parcours de soins** (« *prise de rendez-vous avec des médecins* », « *relais lors d'une hospitalisation* », « *lien avec la pharmacie d'officine pour récupérer des traitements* »).

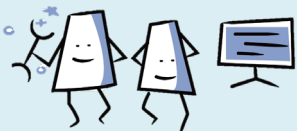
Aussi, un directeur de centre de soins souligne la **plus-value pour les patients et leurs aidants** grâce à une **orientation sans délai vers les ressources nécessaires** pour une prise en charge globale et de qualité des patients. Les prestataires de service soulignent une meilleure qualité de prise en charge dans la « *bienveillance* » et le « *respect du patient* », en comparaison aux prises en charge d'autres cabinets libéraux : « *Les infirmiers retrouvent un peu de temps pour la relation patient, l'observation des besoins. Quand l'infirmier n'est pas stressé cela a des effets sur la santé du patient. Certains infirmiers (en NGAP) peuvent brutaliser voire maltraiter les gens avec une toilette faite en quelques minutes : humiliation, répercussion psychologique délétère* », (Médecin de soins palliatifs, Occ) ; « *Le dispositif change la dimension humaine, on est dans la qualité plus que dans la quantité* », (Assistante sociale, CD du Gard).

Les retours des partenaires opérationnels témoignent de **l'efficacité du programme sur les prises en charge des patients (globalité/autonomisation)** : ils attribuent une note moyenne de 9,1/10 à l'efficacité.

⇒ **Une efficacité également observée par les PORTEURS à différents niveaux :**

Les porteurs observent des effets, sur :

- L'**accès élargi aux soins à domicile** (« *Pas de « tri » de patients selon leur valeur financière en NGAP* »).
- La **qualité de soins**, la **globalité** des prises en charge : « *Inclusion dans le système de santé - coopérations avec d'autres intervenants de santé : accompagnement des auxiliaires de vie ; binômes MG – IDE : proximité / accessibilité / adaptation au territoire... ; un IDE formé à la rééducation déglutition par un orthophoniste pour éviter une rupture sur l'été...* ».
- L'**autonomie**, la **prévention et le soutien à l'aidant** : Amélioration de la qualité de vie à domicile, répit...



- Le **système de santé** : Moins d'hospitalisations, moins de pansements, meilleure observance, meilleur soutien aux personnes (y compris la famille).
- Les **IDE** : Valorisation de l'ensemble des compétences infirmières : attractivité et pérennité dans le métier ; volonté de s'investir dans des actions communales, territoriales ou d'autres expérimentations – intégration des IDE.

5.1.2. Impacts sur les événements de santé et le recours aux soins/le besoin en soins : une différence statistiquement significative en faveur d'EQUILIBRES

Compte tenu des différences²³, présentées *ci-avant*, entre les 2 populations (patientèles des cabinets/centres de soins EQUILIBRES vs témoins), un appariement a été réalisé sur les variables suivantes : âge, sexe, ALD à l'inclusion, département du cabinet infirmier, consommation en soins infirmiers l'année précédant la date index. Cette **date index** correspond à la date de la première prise en charge dans EQUILIBRES pour les patients correspondants et à une date de première prise en charge pour les patients témoins, définie à partir de la date d'adhésion des cabinets infirmiers appariés dans EQUILIBRES.

L'analyse de chaque indicateur aux différents temps a été faite sur les sujets suivis au moins jusqu'à ce temps donné. La date de fin de suivi est la date minimum entre la date de dernière consommation, la date de décès et la date d'institutionnalisation.

Ont été exclus des analyses au temps *t* :

- ⇒ Les cas non suivis jusqu'au temps *t* et les témoins correspondants.
- ⇒ Les témoins non suivis jusqu'au temps *t* ainsi que les cas et autres témoins correspondants.

Les effectifs et caractéristiques de la population étudiée sont disponibles en *annexe*.

Sur le comparatif de la patientèle EQUILIBRES et témoins appariés, les résultats mettent en évidence :

- ⇒ Des **patients EQUILIBRES moins hospitalisés que les patients témoins** appariés, quelle que soit la période étudiée (*1 mois, 3 mois, 6 mois et 12 mois après la date index*) : observation d'une différence statistiquement significative dès 1 mois sur les hospitalisations ; ce signal à 1 mois perdure dans le temps puisque l'écart augmente et reste significatif à 3, 6 et 12 mois (cf. *annexe*).
 - **10,1% (N=556) des patients pris en charge par une équipe EQUILIBRES** ont été hospitalisés au moins une fois (MCO, SSR ou HAD) à 1 mois contre **12,6% (N=2 076) des patients témoins appariés** ($p < 0,0001$) ; cf. *tableau ci-dessous*.

²³ Patientèle EQUILIBRES plus large en termes d'âge, patientèle qui nécessite une prise en charge plus importante que celle des IDE témoins, moins d'ALD dans la patientèle EQUILIBRES.

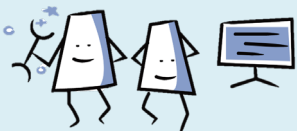


Tableau 6. Prise en charge après la date index - Analyse à 1 mois

	EQUILIBRES N = 5 490	Témoins N = 16 516	P-value
Au moins une hospitalisation (MCO, SSR ou HAD)	556 (10,1%)	2 076 (12,6%)	<0,0001
Au moins une hospitalisation en MCO	546 (9,9%)	2 021 (12,2%)	<0,0001
Au moins une hospitalisation de jour en MCO	332 (6,0%)	1 179 (7,1%)	0,0056
Au moins une hospitalisation complète en MCO	250 (4,6%)	976 (5,9%)	0,0001
Nombre de séjours	1,2 (0,5)	1,2 (0,4)	0,2278
Durée moyenne de séjours	7,1 (8,5)	7,1 (14,5)	0,5089
Au moins une hospitalisation en SSR	32 (0,6%)	108 (0,7%)	0,5663
Au moins une hospitalisation en HAD	2 (0,0%)	16 (0,1%)	0,2740
Au moins un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation	110 (2,0%)	377 (2,3%)	0,2235

⇒ Une différence statistiquement significative sur les hospitalisations (tous types) après la date index, principalement due à la **différence dans le recours aux hospitalisations en MCO** (quelle que soit la période étudiée) :

- **9,9% (N=546) des patients EQUILIBRES** ont été hospitalisés au moins une fois en MCO à 1 mois contre **12,2% (N=2 021) des patients témoins appariés** ($p<0,0001$) ; (cf. [annexe](#)).
- **26,4% (N=1 310) des patients EQUILIBRES** ont été hospitalisés au moins une fois en MCO à 12 mois contre **34,6% (N=5 174) des patients témoins appariés** ($p<0,0001$) ; (cf. [annexe](#)).

⇒ Une **différence statistiquement significative sur la fréquence des hospitalisations en SSR à partir de 3 mois**, avec un écart qui augmente et reste statistiquement significatif à 6 et 12 mois :

- **1,1% (N=59) des patients EQUILIBRES** ont été hospitalisés au moins une fois en SSR à 3 mois contre **1,5% (N=239) des patients témoins appariés** ($p=0,0390$) ; (cf. [annexe](#)).

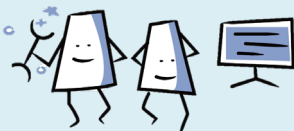
Remarques : 30% des patients EQUILIBRES n'ont pas pu être appariés. Il s'agit des patients avec le plus de consommations de soins (dépenses infirmières) avant la date index, pour lesquels des témoins de profils comparables n'ont donc pu être trouvé parmi les patientèles des infirmiers témoins « NGAP ». Ce point tend à montrer que EQUILIBRES permet un meilleur accès aux soins pour les patients à besoins spécifiques et probablement trop « lourds » pour être valorisés correctement dans la NGAP → Il était donc important de regarder, pour les patients EQUILIBRES appariés et non appariés, l'évolution avant et après la date index :

- Patients EQUILIBRES non appariés : N=2 438 (30,8%)
- Patients EQUILIBRES appariés : N=5 490 (69,2%)

Sur les comparatifs de la patientèle EQUILIBRES appariés et non appariés, les constats sont les suivants :

- Plus de sujets qui présentent une ALD à la date index parmi la patientèle EQUILIBRES non appariés : **45% des cas non appariés versus 35% des cas appariés** ;
- Plus de sujets ayant eu recours à des soins infirmiers l'année précédant la date index parmi la patientèle EQUILIBRES non appariés : **86% des cas non appariés versus 58% des cas appariés** ;
- Des patients EQUILIBRES non appariés davantage hospitalisés que les patients appariés sur l'année PRECEDANT la date index (notamment en hospitalisation complète en MCO) : **29% des cas non appariés ont au moins une hospitalisation complète en MCO l'année précédant la date index versus 24% des cas appariés**.

→ L'ensemble de ces éléments expliquent que les patients EQUILIBRES non appariés soient davantage hospitalisés que les patients appariés sur l'année SUIVANT la date index (notamment



en hospitalisation complète en MCO) : 21% des cas non appariés ont au moins une hospitalisation complète en MCO l'année suivant la date index versus 17% des cas appariés.

Tableau 7. Comparaison des patients EQUILIBRES non appariés et appariés

	Patients EQUILIBRES non appariés N= 2 438 (30,8%)	Patients EQUILIBRES apparié N= 5 490 (69,2%)	p-value
ALD à la date index	1 149 (47,1%)	1 910 (34,8%)	<0,0001
Prise en charge infirmière l'année précédant la date index	2 101 (86,2%)	3 199 (58,3%)	<0,0001
<i>Analyse sur l'année PRECEDANT la première prise en charge</i>			
Au moins une hospitalisation (MCO, SSR ou HAD) dans l'année précédant la date index	1 059 (43,4%)	2 164 (39,4%)	0,0008
Au moins une hospitalisation complète en MCO dans l'année précédant la date index	717 (29,4%)	1 302 (23,7%)	<0,0001
<i>Analyse sur l'année SUIVANT la première prise en charge</i>			
Au moins une hospitalisation (MCO, SSR ou HAD) dans l'année suivant la date index	828 (34,0%)	1 594 (29,0%)	<0,0001
Au moins une hospitalisation complète en MCO dans l'année suivant la date index	520 (21,3%)	909 (16,6%)	<0,0001

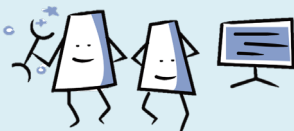
L'analyse précédente sur le comparatif de la patientèle EQUILIBRES et témoins appariés a été reproduite sur différentes sous-populations. Les **sous-groupes** suivants ont été analysés spécifiquement :

- ⇒ Patients avec une ALD diabète (ALD n°8) ;
- ⇒ Patients avec une ALD cancer (ALD n°30) ;
- ⇒ Patients avec une ALD cardio-vasculaire, dont HTA (ALD n°3, 5, 12 et 13) ;
- ⇒ Patients avec une ALD cardio-vasculaire, sans HTA (ALD n°3, 5 et 13) ;
- ⇒ Patients avec une ALD psychiatrie (ALD n°23) ;
- ⇒ Patients sans ALD ;
- ⇒ Patients avec une allocation adulte handicapé dans l'années précédant la date index ;
- ⇒ Patients décédés.

NB : Les analyses sur : les patients décédés ; les patients avec une ALD psychiatrie (ALD n°23), et les patients avec une allocation adulte handicapé dans l'année précédant la date index sont présentées en annexe en raison de faibles effectifs.

Les constats sur le **comparatif de la patientèle EQUILIBRES et témoins appariés par sous-groupes** sont **identiques aux résultats présentés ci-avant en population totale, sur les différentes périodes** :

- ⇒ Les **patients EQUILIBRES avec une ALD Diabète (n°8) sont globalement moins hospitalisés** (MCO, SSR ou HAD) que les patients témoins de la même sous-population, à partir de 6 mois :
 - **26,7% (N=125) des patients EQUILIBRES** avec une ALD Diabète (n°8) ont été hospitalisés au moins une fois (MCO, SSR ou HAD) à **6 mois** contre **32,6% (N=431) des patients témoins appariés** de la même sous-population ($p=0,0179$) ; → cet écart augmente et reste statistiquement significatif à 12 mois (cf. [annexe](#)).
- ⇒ Les **patients EQUILIBRES avec une ALD Cancer (n°30) sont globalement moins hospitalisés** (MCO, SSR ou HAD) que les patients témoins de la même sous-population, à partir de 12 mois :



- **43,6% (N=122) des patients EQUILIBRES avec une ALD Cancer (n°30)** ont été hospitalisés au moins une fois (MCO, SSR ou HAD) à 12 mois contre **52,3% (N=401) des patients témoins appariés de la même sous-population** ($p=0,0119$) ; (cf. [annexe](#)).

⇒ Les patients EQUILIBRES qui présentent une **ALD Cardio-vasculaire (n°3, 5, 15)** et les patients EQUILIBRES du sous-groupe « sans ALD » sont globalement moins hospitalisés (MCO, SSR ou HAD) que leurs patients témoins respectifs, quelle que soit la période étudiée (cf. [annexe](#)). Pour ces 2 sous-groupes, la différence est statistiquement significative et reste principalement due à la différence dans le recours aux hospitalisations en MCO.

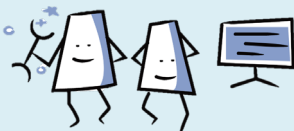
Une analyse spécifique a été conduite pour les **patients décédés** - sur les périodes de 1, 3, 6 et 12 mois précédant le décès. Les constats sur le comparatif de la patientèle EQUILIBRES et témoins appariés avant le décès vont dans le même sens que les résultats présentés ci-avant : **statistiquement moins d'hospitalisations chez les patients EQUILIBRES** sur chaque période étudiée ; une différence statistiquement significative principalement liée à une diminution du nombre d'hospitalisations en MCO et plus spécifiquement à des hospitalisations complètes.

A titre illustratif, le tableau suivant présente le classement des traitements les plus fréquemment prescrits chez les patients EQUILIBRES et chez les témoins.

Tableau 8. Les 10 traitements les plus fréquents – TEMOINS / CAS

Libellé	TEMOINS	EQUILIBRES	
	Code ATC	Code ATC	Libellé
Analgésiques	N02	N02	Analgésiques
Antithrombotiques	B01	B01	Antithrombotiques
Psycholeptiques	N05	N05	Psycholeptiques
Vitamines	A11	A11	Vitamines
Médicaments du diabète	A10	N06	Psychoanaleptiques
Psychoanaleptiques	N06	S01	Médicaments ophtalmologiques
Médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine	C09	A10	Médicaments du diabète
Médicaments ophtalmologiques	S01	C09	Médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine
Diurétiques	C03	C07	Bétabloquants
Bétabloquants	C07	J01	Antibactériens (usage systémique)

→ Interprétation proposée pour les traitements : Le rang inférieur de l'item A10 « **Médicaments du diabète** pour EQUILIBRES » **pourrait** représenter l'impact des actions d'éducation thérapeutique, autonomisation, suivi, surveillance et prévention mis en œuvre par les IDE Equilibres concernant les patients atteints de diabète.



5.1.3. Des retours très positifs en termes d'expérience-patients et d'expérience-aidants

Les résultats et constats évaluatifs de cette sous-partie ont été dressés à partir de l'exploitation des données de l'enquête téléphonique réalisée en août 2022 auprès de 90 patients/aidants ayant été suivis par un cabinet EQUILIBRES (cf. annexe 4) :

- **Objectif** : Recueillir l'avis des patients/aidants sur le dispositif et ses effets depuis le démarrage et avoir leur retour d'expérience, leur niveau de satisfaction sur l'organisation.
- **Profil des répondants à l'enquête** : Les patients représentent 69% des répondants à l'enquête et les proches 31%. 60% des patients interrogés sont des femmes. 54% des aidants interrogés sont des hommes. En moyenne, les patients étaient âgés de 73 ans et les aidants de 69 ans. 46% des répondants résidaient ou avaient un proche aidé qui vivait en zone urbaine (32% vivaient en zone semi-rurale et 22% en zone rurale/montagne). Ces patients résidaient majoritairement en Occitanie (66%). 62% des patients ou proches aidés vivaient avec leurs proches aidants (conjoint, famille). A noter qu'il s'agit de données déclaratives, se limitant à un échantillon de 90 patients et aidants.

Les résultats de l'enquête menée révèlent des **bons niveaux de satisfaction aussi bien des patients que des aidants** concernant la prise en charge proposée par les infirmiers EQUILIBRES. Ils attribuent des notes de satisfaction très élevées aux différents éléments abordés lors de l'enquête. Les patients interrogés indiquent leur volonté de poursuivre une prise en charge EQUILIBRES en accordant la note moyenne la plus élevée (9,4/10) à cet aspect. Les patients et les aidants attribuent également une note moyenne de **9,4/10 à la relation** qu'ils ont ou que leurs proches ont avec les IDE EQUILIBRES. L'un des aspects les plus appréciés par les aidants est **la qualité de la prise en charge (9,3/10)**.

Les notes moyennes attribuées par les PATIENTS reflètent une grande satisfaction (N=62) :

- **Satisfaction** d'être pris en charge par un IDE EQ : **9,3/10**.
- **Relations avec l'IDE EQ** : **9,4/10**.
- **Qualité de la prise en charge** actuelle par l'IDE EQ : **9,2/10**.
- **Coordination** de l'IDE EQ avec les autres professionnels : **8,7/10**.
- Soutien / prise en compte des **aidants** : **7,8/10**.
- **Volonté de poursuivre** la prise en charge avec l'IDE EQ : **9,4/10**.

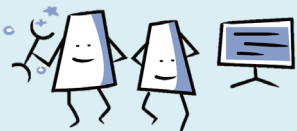
Les notes moyennes attribuées témoignent également de la satisfaction des PROCHES AIDANTS (N=28) :

- **Satisfaction** que leur proche soit pris en charge par un IDE EQ : **8,9/10**.
- **Relation de leur proche avec l'IDE EQ** : **9,4/10**.
- **Qualité de la prise en charge** actuelle de leur proche par l'IDE EQ : **9,3/10**.
- **Coordination** de l'IDE EQ avec les autres professionnels : **8,5/10**.
- Soutien / apport de l'IDE EQ pour eux (aidants) : **8,8/10**.
- **Volonté de poursuivre** la prise en charge avec l'IDE EQ : **8,8/10**.

Ce haut niveau de satisfaction reflète selon les répondants, la disponibilité et la « gentillesse » des infirmiers, l'attention qu'ils leur portent ainsi que le ressenti de la qualité du travail qu'ils fournissent.

Les patients interrogés sont majoritairement suivis depuis plusieurs mois avec en moyenne un passage hebdomadaire²⁴. Les motifs de prise en charge sont très variables (prélèvements

²⁴ Fréquence de passage de l'infirmier : 2 à 3 fois par jour (N=24) ; 1 fois par jour (N=21) ; 1 fois par semaine (N=20) ; 3 à 4 fois par semaine (N=10).



biologiques, injections, soins d'hygiène, aide à l'habillage...)²⁵. Ce suivi ne se limite pas aux soins. Plusieurs répondants ont fait part de l'attention portée par les infirmiers EQUILIBRES à leur environnement, ainsi qu'à leur famille.

Par rapport à une « prise en charge classique », les patients estiment bénéficier d'une meilleure **gestion de leurs symptômes/problèmes**, d'une meilleure **qualité de l'écoute**, d'un meilleur **soutien**, d'une **bonne qualité de la relation avec l'IDE** et ils jugent que leur **qualité de vie au quotidien s'est améliorée (question simple)**. Plus de $\frac{3}{4}$ des répondants estiment que la prise en charge par les infirmiers EQUILIBRES les aide à **rester à domicile**. Pour la quasi-totalité des répondants (96%), elle **répond à leurs besoins**. Enfin, l'accès à ces cabinets n'a pas posé de difficulté dans plus de 85% des cas.

Principaux effets observés par les PATIENTS :

- Une **amélioration de leur qualité de vie au quotidien (83%)**.
- Un **maintien à domicile favorisé (77%)**.
- Une **réponse à un besoin (97%)**.

Tous les répondants déclarent être suivis par différents professionnels de santé. D'après leurs témoignages, la coordination entre ces professionnels de santé leur semble très satisfaisante.

→ **Des résultats qui confirment ceux de l'enquête menée par les porteurs en juin 2022** : en parallèle de l'évaluation externe, le porteur a réalisé une enquête par voie postale en juin 2022, auprès de 1123 patients pris en charge par des infirmiers EQUILIBRES : 440 questionnaires reçus, soit 39% de retours. Les résultats de cette enquête témoignent de retours très positifs des patients concernant la qualité globale des soins infirmiers reçus, les apports en termes d'autonomisation, de qualité de vie et de maintien à domicile, la qualité de l'information, l'explication des soins, la confiance en l'équipe, l'aide aux aidants (répit)...

→ A noter que les **EQUILIBRISTES** et **partenaires professionnels** également interrogés par CEMKA dans le cadre de l'évaluation finale, font part d'un **excellent niveau d'acceptation du dispositif par les patients** (notes respectives attribuées de 9,5/10 et 9,4/10).

5.2. Résultats en matière de coordination et de pratiques des professionnels de santé

5.2.1. En matière de coordination des professionnels de santé : une dynamique s'instaure

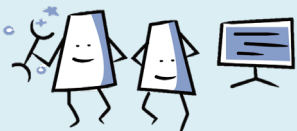
⇒ Une **coordination entre les professionnels de proximité du patient qui se construit, selon les EQUILIBRISTES**

Selon la pratique des Equilibristes ayant répondu à l'enquête²⁶, le dispositif Equilibres a permis **d'accroître la coordination entre les professionnels de proximité du patient (93%)**, en particulier avec :

- Le **médecin généraliste** du patient (82,9%) ;
- L'**auxiliaire de vie** du patient (82,9%) ;
- Le **pharmacien** du patient (56,1%) ;
- Le **réseau de soins** du patient (53,7%) ;
- Le **kinésithérapeute** du patient (43,9%) ;

²⁵ *Principales raisons de suivi* : Prélèvements sanguins, urinaires, bactériologiques, cytologiques (60%) ; Injections intraveineuses, sous-cutanées, intramusculaires (30%) ; Soins d'hygiène, nursing (28%) ; Aide à l'habillage, pose et retrait des bas de contention (28%) ; Réfection des piluliers, gestion des stocks thérapeutiques (28%).

²⁶ Répondants à l'enquête en ligne, N=90.



- La MAIA du patient (30,5%) ;
- Ou d'autre(s) professionnel(s) paramédicaux du patient (28%).

Les entretiens semi-directifs auprès des Equilibristes permettent de compléter et nuancer ces éléments :

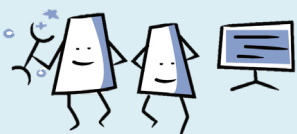
- ⇒ L'impact en matière de coordination des professionnels de proximité du patient est surtout ressenti dans le cadre de la **collaboration avec les services sociaux** (prise en charge de cas complexes) et avec les **auxiliaires de vie à domicile** (intervention des IDE en binôme avec les auxiliaires de vie au domicile pour optimiser la prise en soins) : « *Equilibres sensibilise à la collaboration et à la coordination* ».
- ⇒ Les retours en matière de **coordination avec les MG sont plus partagés**. Si certains infirmiers évoquent une **meilleure relation** avec les MG de leurs patients, des **échanges facilités**, et l'organisation de « *réunions de coordination* » au domicile du patient avec l'ensemble de l'équipe soignante (MG, auxiliaire de vie, infirmier, orthophoniste, famille...), d'autres Equilibristes n'observent pas de changement et déplorent une **prise de contact qui reste difficile** (pas de changement par rapport à l'exercice infirmier classique).

→ **Au total, une coordination avec les professionnels de proximité du patient se construit mais reste souvent dépendante des professionnels eux-mêmes et des pratiques/relations antérieures.**

- ⇒ **Des prises en charge pluriprofessionnelles et communes selon les PARTENAIRES PROFESSIONNELS des infirmiers interrogés**

Les partenaires opérationnels/professionnels de proximité (MAIA/DAC, CLIC, associations d'aide à domicile, auxiliaires de vie, masseur-kinésithérapeutes, ostéopathes, SSIAD...) estiment que :

- ⇒ Le dispositif permet une « *nouvelle dynamique* » de travail favorisant la **coordination pluridisciplinaire**. Ils l'expliquent par la valorisation de ce travail, par le nouveau mode de rémunération forfaitaire unique au temps passé auprès du patient : « *Ça leur permet de prendre davantage le temps avec les patients* » ; « *Equilibres a un impact immense dans la prise en charge pluridisciplinaire* » ; « *Excellente coordination, l'infirmier est très présent et n'hésite pas à appeler pour transmettre les infos, soucieux du travail bien fait* ».
- ⇒ La collaboration et coordination pluriprofessionnelle se traduit par des **temps d'échange réguliers** avec, parfois, des **réunions au domicile du patient**. Ces concertations permettent aux professionnels de se coordonner et de prendre des décisions communes et collectives dans l'intérêt du patient : « *J'apprécie que l'infirmière organise des réunions pluriprofessionnelles au domicile du patient, un fort impact sur la coordination* ».
- ⇒ Pour autant, quelques partenaires professionnels soulignent le fait que cette coordination ne repose pas uniquement sur le dispositif Equilibres mais aussi sur l'investissement personnel des infirmiers : « *Coordination personne-dépendante* » : « *Bonne coordination avec des groupes WhatsApp, des appels réguliers mais ça reste infirmiers-dépendant* ».
- ⇒ Le travail collaboratif a été renforcé par la mise en place d'interventions en **binômes infirmier-aide-soignant / infirmier-auxiliaire**. Ce rapprochement permet une **complémentarité** lors des prises en charge et un **soutien** pour les professionnels :



«°*Equilibres permet de mettre en place des interventions en binôme avec les aides-soignants. Les uns permettent aux autres de potentialiser les interventions* ».

Enfin, les quelques **MG** interrogés (3) observent une **amélioration de la coordination** avec les Equilibristes et des **prises en charge pluridisciplinaires**. Cette tendance devra idéalement être confirmée par des entretiens complémentaires (prévoir 20).

5.2.2. Des résultats observés sur les pratiques professionnelles et le développement des compétences : autogestion, valorisation...

Selon les retours d'expérience des Equilibristes interrogés (N=90), le dispositif a eu **différents impacts sur les pratiques professionnelles** :

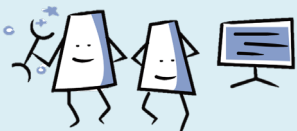
⇒ Le développement de leurs **connaissances professionnelles** (83%) et de leurs **compétences en matière d'autogestion** (92%).

Les principaux changements identifiés en termes de pratiques professionnelles pour les infirmiers libéraux concernent le **travail coordonné en équipe** notamment via le **système d'information communicant** (davantage de communication interne, de transmissions écrites, d'observations soignantes...) et l'**intégration à part entière des remplaçants au sein de l'équipe et donc dans la prise en charge des patients** (facturation réalisée par les remplaçants via le logiciel et non par le titulaire comme cela est le cas avec la NGAP).

Si les salariés des centres de soins travaillaient déjà avec une philosophie des soins infirmiers proche d'Equilibres avant leur entrée dans le dispositif, pour certains le passage à Equilibres a quand même eu un impact : avant Equilibres une coordinatrice de santé s'occupait de la facturation des actes, désormais la facturation se fait directement via le logiciel métier pour chaque IDE. Ce changement a permis une **meilleure répartition du travail au sein de l'équipe** qui s'autogère.

⇒ De manière générale, les infirmiers interrogés ont observé des **effets sur leurs pratiques professionnelles et sur leurs compétences** :

- **L'augmentation du temps passé auprès des patients, selon leurs besoins réels, et en veillant à trouver l'intervention la plus efficiente**, qui permet une meilleure qualité des soins, un renforcement du lien avec le patient mais aussi de le rendre acteur de ses soins : « *Les piluliers sont faits avec les patients, ils aident et manipulent les médicaments. Cela devient un support de soins, la relation-patient est différente. Je ne suis plus juste une distributrice de médicaments, j'accompagne le patient dans sa gestion de santé* ».
- **Une prise en charge plus globale** des patients avec des outils spécifiques trop souvent absents des parcours de soins sous la nomenclature par faute de temps et de valorisation : éducation thérapeutique, accompagnement des aidants, formations réalisées pour gagner en compétences et valorisées par le dispositif (hypnose, prise en charge de la douleur) : « *On ne parle plus de rentabilité mais de reconnaissance d'une expertise* ».
- La possibilité d'assurer la **prise en charge des cas plus complexes** : problèmes sociaux, accompagnements des aidants, santé mentale, handicap, pédiatrie...
- Un sentiment d'amélioration de l'**autonomie professionnelle de l'infirmier** : se sentant plus à même d'assurer les prises en charge, de prendre des initiatives pour le suivi des patients : « *l'infirmier est reconnu dans son autonomie. Je sollicite moins le MG pour des ordonnances* ».



- **La valorisation de leur rôle propre et la reconnaissance de l'ensemble des actes et des compétences infirmières** : « *Vouloir trouver un frein à une bonne prise en charge avec la NGAP n'est pas juste. Si on veut le faire, on peut. Cependant avec EQUILIBRES, la grande différence c'est que notre travail est valorisé* » ; « *quand on enferme l'IDE dans cette image de technicienne de soins on occulte sa grande capacité d'analyse et sa capacité à fournir un travail scientifique, argumenté et sourcé* » ; « *la profession infirmière est ainsi rémunérée pour le travail qu'elle fait. Notre rôle propre et le côté relationnel de notre travail sont plus valorisés* ».
- ⇒ Les facilitateurs interrogés observent des **différences en matière de pratiques professionnelles et de développement des compétences entre les infirmiers salariés de centre de soins et les infirmiers libéraux en cabinet** :
- Dans le rapport à l'action, à la prise de décision, les libéraux se montreraient plus « *entrepreneurs* » alors que les salariés de centres de soins auraient moins d'automatismes.
 - Au contraire, les infirmiers en centres de soins seraient plus acculturés au travail en équipe, à l'auto-organisation et à la réflexivité sur leurs pratiques. Les libéraux seraient pour certains, plus éloignés de ces pratiques mais ils manifesteraient souvent une volonté de « *grandir dans la formation, de toujours être informés* » ; « *On apprend aux libéraux à prendre le temps et à se poser des questions. Ils sont toujours dans l'action* ».

5.2.3. Une très nette amélioration de la qualité de vie au travail et des conditions d'exercice

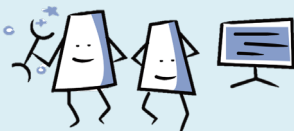
Tous les infirmiers interrogés ont constaté une évolution au niveau de leur **qualité de vie au travail** et de leurs **conditions de travail/pénibilité** depuis leur entrée dans le dispositif Equilibres : les notes attribuées témoignent d'une **forte amélioration** : passant d'une note moyenne de 5,8/10 dans l'ancien exercice à une note de **9,1/10 concernant la qualité de vie au travail** et d'une note moyenne de 5,7/10 dans l'ancien exercice à une note de **7,8/10 concernant les conditions de travail** (confirmant les résultats et le maintien des niveaux par rapport au rapport intermédiaire).

Tableau 9. Evolution de la qualité de vie au travail et des conditions de travail depuis le passage à Equilibres (enquête début 2022)

	Ancien exercice	EQUILIBRES	Ecart avant et après EQUILIBRES
Qualité de vie au travail	5,8/10	9,1/10	Ecart moyen : 3,3
Conditions de travail/pénibilité	5,7/10	7,8/10	Ecart moyen : 2,1

De la même manière, les réponses à l'enquête en ligne témoignent, **depuis le passage à Equilibres**, d'une **nette diminution de la fréquence à laquelle les infirmiers se sentent** (cf. [annexe 5](#)) :

- ⇒ **Submergés par les tâches administratives / paperasserie** : Avant Equilibres, 80% se sentaient souvent ou très souvent submergés → Avec Equilibres, les infirmiers se sentant submergés ne sont plus que 14% (11 professionnels).
- ⇒ **Toujours pressés par le temps** : Avant Equilibres, 84% se sentaient souvent ou très souvent pressés → Avec Equilibres, les infirmiers ne sont plus que 7,5% (6 professionnels concernés) à se sentir pressés par le temps.



⇒ **Seuls pour gérer le patient** : Avant Equilibres, 50% se sentaient souvent ou très souvent seuls → Avec Equilibres, les infirmiers ne sont plus que 7,5% (6 professionnels concernés) à se sentir seuls pour gérer le patient.

→ **Au total, les infirmiers se sentent moins submergés par les tâches administratives, moins pressés par le temps et moins seuls pour gérer le patient, depuis leur passage à Equilibres.**

Les Equilibristes interrogés (entretiens) font part d'améliorations au niveau de leur qualité de vie au travail grâce à une **diminution du stress lié à la facturation** et à la complexité de la cotation des actes, une meilleure **valorisation de leur travail**, **l'amélioration des relations** avec les patients, les collègues et les autres professionnels de proximité, davantage de sérénité, de confiance et de **sentiment d'appartenance à une communauté**. L'ensemble du collectif se sent plus épanoui et estime que cela se **répercute sur leur qualité de vie générale** : « *En libéral on est souvent seul, avec EQUILIBRES on ne l'est plus* » ; « *L'accompagnement de l'Association Soignons Humain, et la bienveillance généralisée contribuent à mon bien-être* ».

5.2.4. Des effets observés sur l'activité et sur l'organisation des cabinets libéraux et centres de soins

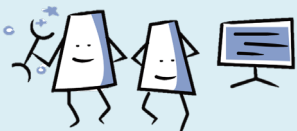
Des impacts ressentis sur l'ACTIVITÉ des cabinets libéraux et centres de soins²⁷ :

- ⇒ Concernant la file active : **pas de changement ressenti** pour 44%, une **augmentation** de la file active observée pour 35% et une diminution pour 21% des répondants.
- ⇒ Pour plus d'un tiers (39%) des infirmiers répondants, Equilibres a eu un **impact sur le profil des patients de la file active** : s'expliquant majoritairement par la **prise en charge de cas plus complexes** (patients en perte d'autonomie, âgés, polypathologiques...) (N=23).
- ⇒ Des infirmiers qui ont le **sentiment d'être plus sollicités** pour des nouvelles prises en charge dans le cadre d'Equilibres (67%) qu'auparavant et **qui acceptent également plus souvent** de nouvelles prises en charge (60%) (*pas de changement selon 31% des répondants*).

Des impacts observés sur l'ORGANISATION INTERNE des cabinets et centres de soins :

- ⇒ Une **coordination** entre les infirmiers (titulaires et suppléants) d'une équipe facilitée par des réunions d'équipe plus régulières et plus organisées et le logiciel métier : « *Transmission des informations optimale* » ; « *Fluidité des échanges d'information entre les différents acteurs du centre de soins* ».
- ⇒ Un soutien à la « restructuration » des équipes par l'intervention des facilitateurs : vers des **équipes auto-gérées/auto-organisées**.
- ⇒ **L'intégration de nouveaux infirmiers / la titularisation de remplaçants lorsque le zonage infirmier le permet**, pour faciliter l'organisation des tournées et mieux répartir le temps de travail. De manière générale, **intégration à part entière des remplaçants au sein de l'équipe** : directement impliqués dans la facturation et la prise en charge des patients.
- ⇒ La désignation d'un **réfèrent « administratif »** par patient (mise à jour du dossier, des ordonnances, liens avec le réseau pluriprofessionnel...) : répartition de la charge de travail de façon équitable au sein de l'équipe et meilleure coordination entre les professionnels de proximité des patients.

²⁷ Enquête en ligne auprès des infirmiers participants, N=90.



- ⇒ La « *simplicité administrative* » permise par le dispositif et son logiciel métier : **gain de temps en termes de facturation.**

Des apports spécifiques observés par les salariés/directions de centres de soins :

- ⇒ Des **temps collectifs consacrés à la coordination** : avant le passage à Equilibres, une coordinatrice de centre de soins s'occupait de la facturation des actes. Désormais, la facturation se fait via le logiciel métier : fort impact organisationnel pour les infirmiers du centre qui fonctionnent désormais en auto-gestion avec des temps de travail collectifs organisés une fois par semaine (meilleure répartition du travail au sein de l'équipe), une responsabilisation (commande de matériel nécessaire...).
- ⇒ Une augmentation de l'**attractivité des postes** qui s'explique par une **sécurisation des postes** : augmentation du temps infirmier avec le passage à un temps plein de certains salariés de centres de soins (de 28h à 35h).

5.3. Impact budgétaire du dispositif

5.3.1. Coûts du dispositif / ressources consommées

a) Des postes de dépenses de l'expérimentation rentrant dans le budget prévisionnel

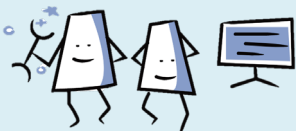
Le projet bénéficie de plusieurs sources de financement. Il était prévu que le financement FISS attribué dans le cadre de l'Article 51, couvre 69% des dépenses du dispositif (le reste étant couvert par des budgets du fonds européen FEDER Interreg 2 Mers, le fonds d'action sociale de l'Agirc-Arrco ou encore les contributions des infirmiers aux coûts d'hébergement des données de santé). Les soins de patients pris en charge par les infirmiers de l'expérimentation représentent un maximum de 29 millions d'euros sur 4 ans (initialement 20 millions sur 3 ans), représentant la rémunération des infirmiers EQUILIBRES par la CPAM de Paris (CPAM pivot pour l'expérimentation) et toutes les consommations de soins des patients suivis.

Un avenant à la convention initiale a permis de disposer de financements pour une année de fonctionnement supplémentaire. Ainsi, comme rappelé dans l'arrêté modificatif du 6 mai 2023, le financement de l'expérimentation comportait plusieurs postes :

- ⇒ Le remboursement des soins infirmiers réalisés (prestations dérogatoires) ;
- ⇒ L'ingénierie, le pilotage et l'animation territoriale de l'expérimentation ;
- ⇒ La formation des professionnels de santé, pour l'usage du référentiel standardisé Omaha System au service du raisonnement clinique et pour la pratique en équipe ;
- ⇒ L'accompagnement-facilitation des équipes infirmières.

L'arrêté d'autorisation prévoit également un mécanisme de transfert de charges de l'Assurance Maladie, techniquement nécessaire du fait que les flux de facturation dérogatoire des professionnels dans le cadre de l'expérimentation transitent via une plateforme expérimentale dédiée de l'Assurance Maladie, et non pas via le GIE SESAM Vitale. En droit commun, l'octroi de ces aides est déclenché par l'existence de ces flux :

- ⇒ La substitution du dispositif d'aide à la télétransmission pour les infirmiers libéraux ;
- ⇒ La compensation pour les centres de santé infirmiers du manque à percevoir au titre de l'Accord National des Centres de santé, du fait de la non remontée automatique des données d'activité dans le cadre expérimental dérogatoire.



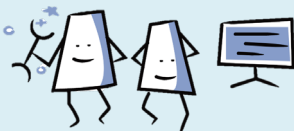
A noter : Les transferts de « Forfaits aides à la télétransmission » et « Forfait centre de santé » ne sont pas des ressources spécifiques pour le projet EQUILIBRES, mais des transferts de charges pour la CNAM : au lieu de verser ces sommes aux intéressés directement dans le cadre du droit commun, ces sommes sont versées au porteur, chargé de les retransférer ensuite à son tour intégralement et sans prélever de marge, aux intéressés. Ces montants ne constituent pas une dépense supplémentaire spécifique au dispositif, et de ce fait ne figurent pas dans les tableaux ci-après.

Tableau 10 : Rappel des ressources prévisionnelles du projet EQUILIBRES (dont financements FISS)

RECETTES PREVUES : Besoin de financement estimé / Autorisé par l'arrêté du 12/7/ 2019, et modifié par les arrêtés du 23/9/2022 et 21/4/2023	2019	2020	2021	2022	2023 (estimé)	Total sur la période d'expérimentation	%	Sources financements
Accompagnement / Facilitation d'équipe	105 000 €	201 000 €	201 000 €	135 500 €	231 000 €	873 500 €		CNAM FISS
Ingénierie/Pilotage/Animations territoriales	67 500 €	135 000 €	135 000 €	90 000 €	148 500 €	576 000 €		
Formation des professionnels / Fonctionnement en équipe	29 674 €	51 605 €	20 642 €	5 310 €	42 973 €	150 204 €		
Formation des professionnels / référentiel OMAHA	24 745 €	43 034 €	17 214 €	7 712 €	42 973 €	135 678 €		
Courrier CNIL Informations patients				10 000 €		10 000 €		
TOTAL FISS (hors soins)	226 919 €	430 639 €	373 856 €	248 522 €	465 446 €	1 745 382 €	74%	
Informatique : développement, hébergement, maintenance, support aux utilisateurs	113 305 €	158 260 €	158 330 €	62 355 €	113 600 €	605 850 €		Financements Hors CNAM de 2019 à 2022 INTERREG + Fonds propres de l'association SH + infirmiers (cotisation)
TOTAL non FISS (hors soins)	113 305 €	158 260 €	158 330 €	62 355 €	113 600 €	605 850 €	26%	
TOTAL FISS et Non FISS	340 224 €	588 899 €	532 186 €	310 877 €	579 046 €	2 351 232 €	100%	
Dépenses substitutives, ne constituant pas une ressource spécifique au projet.								
Substitution des aides à la télétransmission	- €	€	22 540 €	61 740 €	61 740 €	146 020 €		CNAM FISS
Forfait Centre de santé		5 500,00 €	37 260 €	40 000 €	40 000 €	122 760 €		
Soins infirmiers délivrés (tiers payant intégral). Dépense substitutive. Versement direct aux professionnels.	39 772 €	4 278 641 €	6 795 113 €	7 411 800 €	11 200 000 €	29 725 326 €		CNAM (Enveloppe Soins)

Les comptes sont validés et certifiés annuellement par un expert-comptable et un commissaire aux comptes indépendant. L'Association bénéficie d'une comptabilité analytique, avec classification des types de dépenses. Le tableau des dépenses annuelles par poste est présenté page suivante (tableau 13).

→ Fin 2022, le taux de consommation du budget alloué spécifiquement au projet, hors dépenses substitutives (telles que soins et aides à la télétransmission) et revu sur les 4 années était de 74,8%, soit 1 305 463 € consommés sur les 1 745 380 € autorisés (hors soins). Certains postes ont été consommés en totalité plus précocement que prévu, du fait d'une intégration volontairement plus rapide, dès le démarrage, des infirmiers dans le projet (et non progressivement) d'une part pour répondre aux demandes d'adhésions et d'autre part, pour leur permettre de disposer d'une expérience plus longue dans le dispositif.



Certains postes ont également été dépassés du fait d'un nombre plus important d'infirmiers participant au projet : engendrant formation supplémentaire des remplaçants, formation des professionnels recrutés par les équipes...

→ L'ensemble reste actuellement dans l'enveloppe budgétaire attribuée avec des différentiels positifs sur 2019 et 2020. Les différentiels négatifs en 2021 et 2022 sont compensés par les différentiels positifs des 2 premières années (report de consommation). L'ensemble démontre une gestion précise et adaptée au budget attribué.

→ Les années 2020 et 2021 ayant été singulières du fait de la crise COVID, il reste difficile de modéliser une année de fonctionnement en routine. Les années 2022 et 2023 qui reflètent un fonctionnement stabilisé, ne constituent pas non plus un fonctionnement en routine du fait de l'arrêt des activités d'intégration de nouvelles équipes et de formation initiale. Cependant l'analyse des données budgétaires par poste de consommation et le retour d'expérience des porteurs permettent aujourd'hui d'évaluer des coûts moyens par cabinet intégré (démarrage/initiation (première année) et années suivantes), par infirmier, par facilitateur, et par patient (ce dernier reste indicatif plus que pertinent, dans un modèle de reproductibilité (présentés plus loin)).

Le **poste Facilitation d'équipe représente 47% des dépenses de fonctionnement**, l'ingénierie et l'animation globale du projet représentent 33%, la formation 21%. Le poste formation a nécessité plus de budget que prévu, notamment de fait de la formation supplémentaire de professionnels impliqués (remplaçants...).

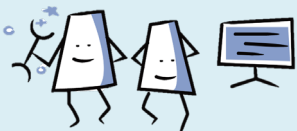
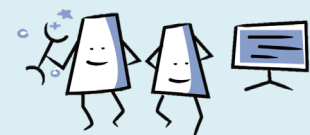


Tableau 11 : Dépenses annuelles 2019-2022 par poste

Postes budgétaires	Budget total prévisionnel sur 4 années	% du budget	Budget Consommé 2019	Budget Consommé 2020	Budget Consommé 2021	Budget Consommé 2022	Restait à consommer à fin 2022 (Etat des dépenses à mi 2023 non disponible)	% restant TOTAL	% du Budget consommé sur 2019-2022
Ingénierie et animation projet + courrier info CNIL	586 000 €	34%	57 104 €	122 514 €	91 545 €	154 569 €	160 268 €	27%	33%
Formations	285 880 €	16%	42 535 €	66 090 €	109 612 €	51 714 €	15 929 €	6%	21%
Facilitation d'équipe (rémunération des coachs/facilitateurs)	873 500 €	50%	84 010 €	179 112 €	199 985 €	146 674 €	263 719 €	30%	47%
TOTAL des dépenses par année			183 649 €	367 716 €	401 141 €	352 957 €	439 917 €	25,2%	100%
Budget prévisionnel (convention de financement pour les 4 années)	1 745 380 €	100%	226 918 €	436 139 €	433 656 €	350 262 €			
Dépenses totales	1 305 463 €	Delta consommé / prévu	43 269 €	62 923 €	- 27 285 €	- 114 435 €			
	74,8%	%	81%	85,6%	107,3%	148%			



A noter que :

- ⇒ Le SI n'a pas été financé par le FISS dans le cadre du projet. Des fondations privées ont participé à son financement. A ce jour le financement complémentaire pour le logiciel a été apporté par le fonds européen FEDER Interreg 2 Mers et le fonds d'action sociale de l'Agirc-Arrco (axe Bien Vieillir). Une participation aux coûts d'hébergement sécurisé (Hébergement des Données de Santé) et aux coûts de maintenance logicielle est également demandée aux IDE participants (0€ en 2020, 261€ en 2021, 390€ en 2022, 453€ en 2023²⁸).
- ⇒ L'Assurance Maladie prend en charge 100% des dépenses des patients EQUILIBRES, sans participation de la part des mutuelles (tiers payant intégral). Cette particularité augmente donc le budget Soins rémunérés par l'Assurance Maladie (ce point a été pris en compte dans les analyses SNDS).

b) Analyse des coûts par poste et coûts moyens

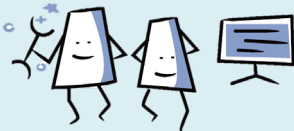
A fin 2022, différents coûts moyens par poste et par cabinet/équipe, infirmiers ou patients ont été estimés et présentés ci-dessous. Ils restent cependant très indicatifs, le système ayant été déployé sur un nombre de cabinets et d'infirmiers relativement restreint, selon la contrainte fixée par l'arrêté d'autorisation. A noter que certains postes de dépenses (formation ou facilitation) sont dépendants du nombre d'infirmiers ou d'équipes et d'autres (ingénierie notamment) sont relativement fixes (à ajuster par pallier (d'une trentaine d'équipes par exemple)).

Le budget moyen annuel estimé à partir des 3 années est de **373 938 €**, engendrant un coût moyen annuel par équipe de **11 331€**.

Tableau 12 : Coûts spécifiques du dispositif (par année)

	2020	2021	2022	Moyenne ou derniers chiffres
TOTAL des dépenses par année	367 716 €	401 142 €	352 957 €	373 938 €
Dépenses Ingénierie et Animation projet	122 514 €	91 545 €	154 569 €	122 876 €
Dépenses Formations (dépendant du nombre d'infirmiers)	66 090 €	109 612€	51 714 €	75 805 €
Dépenses Facilitation d'équipe (rémunération des coachs/facilitateurs)	179 112 €	199 985 €	146 674 €	175 257 €
Nombre d'infirmiers concernés sur l'année	160	144	173	173
Nombres de cabinets/Centres de soins	28	28	33	33
Nombre total de patients uniques sur l'année	5 849	13 587	11687	11687
Dont Nombre de patients suivis régulièrement (= hors actes uniques)	3 422	6 800	6926	6926
Coût de facilitation par infirmier	1 119 €	1 389 €	848 €	1 013 €
Coût de facilitation par équipe/cabinet (avec un minimum de 3 infirmiers)	6 397 €	7 142 €	4 445 €	5 311 €
Coût moyen du dispositif par infirmier (facilitation+ formation+ pilotage)	2 298 €	2 786 €	2 040 €	2 161 €
Coût moyen du dispositif par cabinet (facilitation+ formation+ pilotage) (Moyenne = 11 331€/an)	13 133 €	14 327 €	10 696 €	11 331 €

²⁸ L'évolution de 2022 à 2023 reflète la hausse des coûts de l'énergie et l'inflation globale, répercutée par l'hébergeur de données de santé.



Coût moyen du dispositif (facilitation+ formation+ pilotage) par patient	62,87 €	29,52€	30,20 €	32,00 €
Coût moyen pour les patients suivis régulièrement (hors actes uniques)	107 €	59 €	51 €	54 €

c) Réajustements nécessaires estimés post-expérimentation

A partir de l'expérience de fonctionnement sur les 4 années, les porteurs observent des postes à réajuster en fonction d'un fonctionnement qui s'est affiné au cours de l'expérimentation :

⇒ **Besoins en matière de formation** : Le schéma idéal de formation révisé post expérimentation est estimé par les porteurs à :

- 3 jours pour la formation initiale au référentiel standardisé OMAHA System (J1+J2+J3) et à son usage au soutien d'une pratique holistique du métier.
- 2 jours de formation à la coopération en équipe autoorganisée.
- 2 visites de terrain/facilitation par équipe par an (Coût estimatif d'une visite d'une journée incluant les frais de déplacement = 1000€).
- 2 journées de rencontres thématiques inter-cabinets sur une échelle régionale (dénommées « OMAHA FEST » ou « Journées autonomie » par le porteur pendant l'expérimentation, en fonction des thèmes spécifiques abordés lors de ces rencontres).

Module optionnel, sur la base du volontariat :

- 8 jours de formation/approfondissement pour la coopération interpersonnelle (dénommée « Soignons Humain Académie » pendant l'expérimentation).

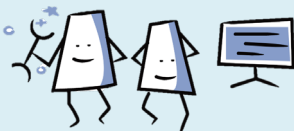
→ L'ensemble pourrait être financé par les dispositifs de formation professionnelle (DPC et FIF-PL), à condition que ces derniers incluent dans leurs axes de financement ces différents objectifs pédagogiques, avec une adaptation nécessaire des plafonds finançables (en nombre de jours) et des conditions d'octroi. Ces aménagements nécessiteraient une action volontariste des pouvoirs publics afin de s'assurer de leur effectivité dans un délai compatible avec celui de l'éventuelle extension du dispositif.

⇒ **Des coûts salariaux à actualiser** du fait de l'inflation et du Ségur de la Santé : ceci concerne la direction/animation de projet et les facilitateurs.

⇒ **La gestion de l'extension** (augmentation du nombre d'infirmiers EQUILIBRISTES) nécessiterait du temps homme pour le support métier OMAHA (non financé dans l'enveloppe FISS actuelle) ; du temps de chef de projet pour conduire l'extension en volume, tout en s'assurant de la qualité des inclusions : communication avec les cabinets volontaires/explication du modèle /contractualisation et mise en place.

Au total, l'équipe support nécessiterait du temps/homme, dont le chiffrage exact n'est pas possible à ce jour, du fait qu'il dépendrait des paramètres retenus le cas échéant : nombre de régions, nombre de cabinets, rythme souhaité des inclusions :

- ⇒ La chefferie de projet : pour la conduite de l'extension.
- ⇒ Le Support métier OMAHA.



- ⇒ Du temps de facilitation estimé à : 1 ETP pour 30 cabinets/équipes (avec prise en compte du temps supplémentaire nécessaire pour la formation et l'accompagnement des nouvelles équipes).

Sont également à prendre en compte pour une estimation du besoin de financement :

- ⇒ Les **coûts d'investissement** : qui ont été supportés en particulier la première année, mais à renouveler régulièrement.
- ⇒ Les **coûts de système d'information** : achat, maintenance/Adaptation (ressources humaines de l'équipe porteur), hébergement sécurisé.
- ⇒ Les **coûts supportés par les infirmiers** (données enquête ; cf. ci-après : mais très variables d'un cabinet à l'autre en fonction de l'équipement informatique existant et le souhait de réaliser plus de formations qu'initialement proposé). A minima, les frais liés au système d'information (HDS et maintenance) ont été revus à 390€ par infirmier en 2022 et 453€ en 2023. Le prix de marché pour un logiciel infirmier se situe entre 600€ et 1000€ par an.

5.3.2. Impact budgétaire pour les cabinets du passage à la rémunération forfaitaire et niveau d'acceptation du taux horaire

L'impact budgétaire du passage à EQUILIBRES pour les cabinets est un autre élément important mais qui cependant **n'apparaît pas « prioritaire »** dans les retours effectués par les infirmiers Equilibristes. Dans les thématiques abordées lors des échanges/entretiens avec les infirmiers, ce point n'a été évoqué généralement qu'en fin d'entretien, tant les dimensions « Qualité des soins », « apports pour la pratique », « soutien de la communauté », « le cadre » ... semblent supérieures. Ainsi au niveau « qualitatif », aucune « plainte/remarques particulière » n'a été enregistrée en matière d'une éventuelle « perte de revenu ».

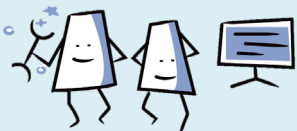
Outre les entretiens apportant des retours « qualitatifs » déclaratifs (rappelés ci-dessous), des enquêtes ont été réalisées pour estimer cet impact mais les résultats restent cependant difficiles à interpréter du fait de situations très diverses au sein de cabinets : organisations diverses des équipes, interventions de collaborateurs, embauche ou départ de professionnels, passage à temps partiels ou congés de formation, maladies, maternité...

On retient notamment :

a) L'adhésion générale à la nouvelle modalité de rémunération

- ⇒ **84% des Equilibristes²⁹ sont satisfaits du nouveau modèle de rémunération forfaitaire** unique au temps passé auprès du patient (39% tout à fait satisfaits et 45% plutôt). *Profil des infirmiers qui ne sont pas satisfaits (N=14) : 9 IDEL et 5 salariés d'un centre de soins ; 12 exercent en milieu rural ou semi-rural.*
- ⇒ Si 60% des infirmiers sont **satisfaits du taux horaire** proposé dans le cadre de l'expérimentation (53,94€), **40% souhaiteraient qu'il soit réévalué**. En moyenne, le taux

²⁹ Parmi les répondants à l'enquête en ligne (N=90).



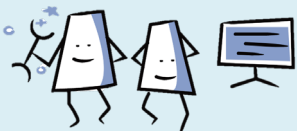
horaire attendu se situerait autour de 65€ (réponses allant de 55€/h à 120€/h)³⁰. Les professionnels suggèrent que **l'inflation** soit prise en compte pour réévaluer ce taux horaire dans le futur, plus rarement de valoriser distinctement les prises en charge plus complexes tels que les soins palliatifs par exemple et certains infirmiers évoquent la possibilité d'un montant particulier pour les dimanches, les jours fériés, et le travail de nuit (NB : Cette modalité n'est pas souhaitée par les porteurs qui mettent en avant l'importance critique du facteur « simplicité » pour le succès du dispositif).

- ⇒ Une **transition immédiate et sans difficulté entre les 2 systèmes de rémunération** : le passage à Equilibres s'est bien déroulé pour la totalité des professionnels concernés (NB : les remplaçants n'ont pas répondu).
- ⇒ Les **apports** de cette nouvelle modalité de rémunération ont été précisés dans les parties précédentes : système rassurant et moins stressant qui permet de « rendre visible » tous les actes, et compétences infirmières, valorisation du rôle propre, d'assurer une prise en charge globale à tous les patients, la diminution de la charge administrative liée à la facturation sous NGAP...
- ⇒ En revanche, cette modalité de rémunération constitue parfois un **frein au recrutement de remplaçants** : « Ils recherchent souvent des cabinets à fort rendement ».
- ⇒ Les Equilibristes souhaiteraient que les **délais de règlement par la CPAM entre l'envoi de la facture et le paiement effectif soient réduits** (toutes les semaines plutôt que toutes les 2 semaines).
- ⇒ Les IDE font part d'un **impact positif du programme sur l'équilibre financier des centres de soins** : gains de temps administratif pour la gestion des honoraires, meilleure valorisation des prises en charge complexes traditionnellement effectuées par les centres de soins, en conformité avec leurs missions spécifiques.

b) Des coûts d'investissement/de participation jugés acceptables par les infirmiers

- ⇒ Le **coût d'investissement** pour participer à Equilibres (temps de formation, contribution au logiciel...) est jugé **acceptable** (69%) voire **faible** (16%) **par rapport aux bénéfices observés** selon les répondants à l'enquête en ligne. Un seul infirmier estime que ces coûts sont trop importants.
- ⇒ La participation au dispositif n'a pas entraîné de frais particuliers pour la majorité des infirmiers (76%). Une minorité (20 Equilibristes (24%)) fait part de **frais spécifiques décidés librement par chacun** : ils concernent du **matériel (tablettes par exemple)** (15 infirmiers) et/ou de la **formation** (9 infirmiers) ; les montants liés à la formation s'élevaient à 1 000€ en moyenne (8 répondants) (frais déclarés allant de 500€ à 2 500€) et les frais liés à l'achat de matériel sont de 975€ en moyenne (frais déclarés compris entre 250€ et 1700€ pour des tablettes et ordinateurs notamment/ il s'agit toutefois d'initiatives individuelles non imposées nécessairement par le dispositif).

³⁰ Le montant de 120€ est isolé et est proposé par une IDEL d'Occitanie. Uniquement 2 réponses en IDF (pour 60€). Min évoqué 55€ pour les 3 régions.



c) Constats issus de l'enquête « Double cotation » réalisée en mars 2021

Il a été demandé aux infirmiers d'indiquer pour tous les patients vus le 26 mars 2021, la traduction de leurs interventions réalisées via EQUILIBRES en équivalent « cotation NGAP », pour les actes possiblement cotables dans la classification NGAP et honoraires correspondants, le temps consacré à la prise en charge par EQUILIBRES et la valorisation avec le taux horaire, en caractérisant les patients selon la possibilité/capacité financière estimée s'ils étaient restés sous le régime de la NGAP³¹. S'agissant de données déclaratives et issues d'évaluation « manuelles et parfois subjectives, la cotation NGAP étant complexe et soumise à interprétation, il convient de traiter ces résultats avec prudence. Ils apportent cependant des tendances qualitatives intéressantes et des éléments en lien avec la comparaison à la NGAP.

Principaux résultats :

- ⇒ Principaux profils des patients pris en charge pour chacune des interventions : Maladies chroniques 33,2%, Fragilités liées à l'âge 20,6%, Troubles cognitifs 11,6%, Suites post hospitalisation 10,6%, santé mentale 8,8%...
- ⇒ Sans Equilibres, selon les infirmiers la prise en charge de 14% des patients n'aurait pas été possible : pour 10,1% les infirmiers déclarent qu'ils auraient été hospitalisés ou orientés vers un EHPAD, et pour 4% l'infirmier n'aurait pas pu le prendre en charge → Impact positif d'EQUILIBRES sur l'accès aux soins et le maintien à domicile.
- ⇒ En médiane générale, 25% du temps des interventions n'était pas cotable en NGAP et donc n'aurait pas été rémunéré. → La NGAP ne couvrirait donc qu'une partie des besoins réels des patients. Exemple de soins non cotables :
 - La prise en charge de toutes les situations complexes pour des raisons multifactorielles à domicile (et notamment des COVID longs).
 - Le repérage de la fragilité³²
 - Soutien de l'aidant.
 - La surveillance clinique.
 - Les soins préopératoires.
 - La prise en charge de l'urgence et la surveillance clinique chez un patient déjà en soins.
 - Les soins de nursing chez des patients pris en charge pour une dialyse péritonéale.
 - Les soins spécifiques des infirmiers ayant les compétences requises par des DU / DIU comme l'hypnoanalgésie dans le cadre d'une prise en soins palliatifs.
 - L'installation, éducation, surveillance d'une personne sous ventilation manuelle instrumentale par masque.
 - La recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention...
- ⇒ En médiane et selon les profils des prises en soins déclarées par les IDE, entre 21.7% et 50% du temps des interventions relèverait d'interventions non cotables en NGAP.

³¹ Afin de comparer des situations effectivement comparables. Aussi les analyses ont été autant que possible réalisées par sous-groupes de patients comparables : groupe « Je l'aurais pris en soins et fait pareil », groupe « je l'aurais pris en soins mais pas fait pareil », groupe « Le patient aurait été hospitalisé/placé en EHPAD si je ne l'avais pas pris en soins », groupe « Je ne l'aurais pas pris en soins » (les 2 derniers groupes étant constitué des cas a priori très « complexes » (classification qualitative de l'IDE)).

³² Certains Equilibristes participent aussi à la mise en place du programme ICOPE ou équivalent ;

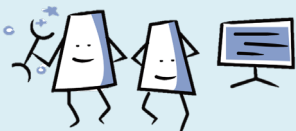


Tableau 13 : Pourcentage du temps de l'intervention dédiée à des actes non cotables en NGAP (PES = Prise en soins)

	Je l'aurais PES et fait la même chose	Je l'aurais PES mais pas fait pareil	Elle serait certainement hospitalisée ou en EHPAD	Je ne l'aurais pas PES
Effectif	355	140	58	23
Moyenne (std)	25,6 (26,9)	30,7 (24,6)	31,4 (24,8)	53,6 (35,5)
Médiane / Min / Max	21,7 / 0 / 100	27,3 / 0 / 100	26,8 / 0 / 100	50,0 / 0 / 100
Q1 / Q3	0 / 42,9	13,0 / 42,9	12,5 / 43,5	32,0 / 100

- ⇒ Les écarts de rémunération entre NGAP et EQUILIBRES sont globalement liés à des soins qui ne sont pas rémunérés dans la NGAP.
- ⇒ Les écarts entre les revenus médians totaux restent faibles dans les groupes de patients comparables (même prise en charge dans EQUILIBRES et dans NGAP) : +2€ par patient et par jour pour EQUILIBRES pour les patients du groupe « j'aurais fait le même chose ». +15€ par patient et par jour pour EQUILIBRES pour les patients qui auraient été hospitalisés ou qui n'auraient pas été pris en charge : groupes de patients plus complexes. → Ces écarts restent faibles en regard des prix de journées en hospitalisation ou en EHPAD (pour information : *Prix moyen de journée en hospitalisation MCO : 1300€ ; en hospitalisation gériatrique 700€ ; HAD : 203 € par jour pour les séjours de moins d'une semaine à 178 €/j pour ceux d'une à deux semaines et tombe aux alentours de 130 € pour les séjours plus longs ; EHPAD environ 90€/j (hébergement/Dépendance selon type d'EHPAD)*). Voir également la partie Comparaison Cas/Témoins des consommations de soins (partie ci-après).

MNQ>P" PNœ6 B @BM' M ? 0- 7' @J" MPYJ / - / +BP" P B @/ P - / J MN N / @+6 " M5 /

Je l'aurais PES et fait la même chose

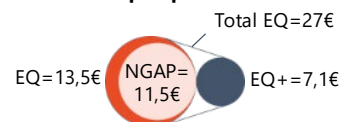


Je l'aurais PES mais pas fait pareil

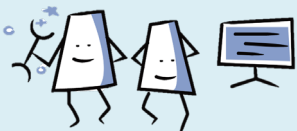
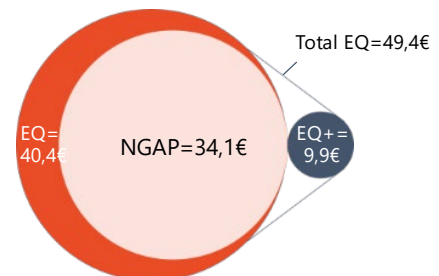


■ Cotation NGAP
■ Cotation EQUILIBRES:
■ Calcul sur le temps dédié à des actes cotables en NGAP
■ Calcul sur le temps dédié à des actes non cotables en NGAP

Je ne l'aurais pas pris en soin



Elle serait certainement hospitalisée



5.3.3. Un impact positif d'EQUILIBRES sur les consommations de soins des patients

L'impact sur les consommations de soins a été évalué via 2 analyses. La première porte sur l'analyse des consommations de soins dans l'année avant et l'année après la transition, pour les patients EQUILIBRES. La seconde porte sur la comparaison des consommations de soins des patients EQUILIBRES avec celles de témoins appariés sur l'année suivant la première prise en charge pour l'ensemble des sujets et sur l'année précédant le décès pour les patients décédés.

La prise en charge des soins infirmiers des patients EQUILIBRES est assurée intégralement par l'Assurance-Maladie. Le dispositif modifie de fait la répartition des financeurs de ces soins. La dépense de soins infirmiers correspondante chez les témoins est le montant présenté au remboursement des soins infirmiers incluant les parts financées par l'Assurance maladie, les complémentaires santé et les patients (en cas de dépassement d'honoraires de la part de l'infirmier, article 5.5.2 de la convention).

Limiter les analyses de coûts à la seule perspective Assurance maladie pénaliserait le dispositif EQUILIBRES. Les conduire sur la base des montants présentés au remboursement s'écarte notablement des résultats attendus pour le financement principal des projets Article 51 c'est-à-dire l'Assurance maladie.

En conséquence, un compromis a été proposé consistant à conduire les analyses économiques sur les montants remboursables (bases de remboursement). Ce choix 1°) ne permet pas de déterminer précisément l'impact budgétaire d'EQUILIBRES du point de vue de l'Assurance Maladie 2°) sous-estime l'impact positif potentiel d'EQUILIBRES sur les dépenses de santé totales.

Par ailleurs, les calculs ne prennent pas en compte les prestations en espèces.

Ainsi, la consommation de soins a été décrite à travers les montants remboursables (base de remboursement) de l'ensemble des soins dont ont bénéficiés les patients, au total et par poste. Les travaux ont été réalisés sur la BRSS : Base de remboursement de la Sécurité Sociale.

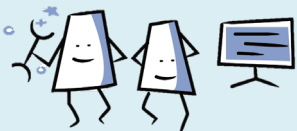
Analyse des dépenses de santé l'année suivant la date index (patients EQUILIBRES et Témoins)

Sur le comparatif de la patientèle EQUILIBRES et témoins appariés, les résultats mettent en évidence :

⇒ **Des montants remboursables moins élevés dans le groupe EQUILIBRES l'année suivant la date index :**

- Une **différence statistiquement significative sur les dépenses totales l'année suivant la date index :**
 - Une dépense globale de 6 432,8€ en moyenne pour les patients témoins appariés versus une dépense globale de 4 809€ en moyenne pour les patients EQUILIBRES appariés, soit un **DIFFERENTIEL DE -1 623,8€ (-25%) EN FAVEUR d'EQUILIBRES** ($p < 0,0001$).
- Une **différence statistiquement significative sur les dépenses hospitalières et de ville l'année suivant la date index :**
 - Une dépense en soins hospitaliers totale de 2 627,1€ en moyenne pour les patients témoins appariés versus une dépense globale de 1 863,5€ en moyenne pour les patients EQUILIBRES appariés, soit un **différentiel de -763,6€ (-29%) en faveur d'EQUILIBRES** ($p < 0,0001$).
 - Une dépense en soins de ville totale de 3 805,7€ en moyenne pour les patients témoins appariés versus une dépense globale de 2 945,5€ en moyenne pour les patients EQUILIBRES appariés, soit un **différentiel de -860,2€ (-22,6%) en faveur d'EQUILIBRES** ($p < 0,0001$).

➔ **De manière générale, tous les postes de dépenses (en montant remboursable) sont inférieurs pour le groupe EQUILIBRES à l'exception des dépenses en « Auxiliaires médicaux » principalement dues aux dépenses en soins infirmiers (dépense équivalente,**



légère supériorité de l'ordre de 10%) et sous la réserve explicitée plus haut de la non prise en compte des dépassements d'honoraires du côté des témoins.

Tableau 14. Montants moyens par patient par poste de consommation (base de remboursement) l'année suivant la date index (en euro).

	Témoins N = 14 951	EQUILIBRES N = 4 963	P-valeur	Différentiel	% (différentiel)
Honoraires médicaux	817,4 (1 637,5)	531,5 (1 154,3)	<0,0001	-285,9€	-34,9%
Honoraires dentaires	41,6 (161,5)	39,3 (135,8)	0,1361	-2,3€	-5,5%
Pharmacie et produits dérivés	1157,5 (6 239,4)	868,7 (3 759,5)	<0,0001	-288,8€	-24,9%
Biologie	249,8 (2 530,8)	185,7 (260,6)	<0,0001	-64,1€	-25,6%
Auxiliaires médicaux	841,4 (2 395,4)	858,7 (2 834,9)	0,4972	+17,3€	+2%
<i>Dont infirmiers</i>	<i>604,6 (2 179,4)</i>	<i>672,6 (2 586,7)</i>	<i><0,0001</i>	<i>+68€</i>	<i>+11,2%</i>
Dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations (LPP)	398,6 (1 293,2)	277,6 (960,7)	<0,0001	-121€	-30,3%
Transports	267,3 (1 324,1)	180,3 (949,4)	<0,0001	-87€	-32,5%
Autres prestations	32,1 (292,7)	3,7 (47,9)	0,2139	-28,4€	-88,7%
Hospitalisation en Médecine-Chirurgie-Obstétrique	2 278,2 (7 847,9)	1 552,4 (5 592,7)	<0,0001	-725,8€	-31,8%
Hospitalisation en Soins de Suite et Réadaptation	285,8 (2 396,4)	251,2 (2 119,9)	0,0266	-34,6€	-12,1%
Hospitalisation A Domicile	63,1 (1 009,5)	59,9 (1 242,1)	0,9525	-3,2	-5%
TOTAL	6 432,8 €	4 809 €	<0,0001	-1 623,8 €	-25,2%

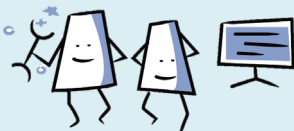
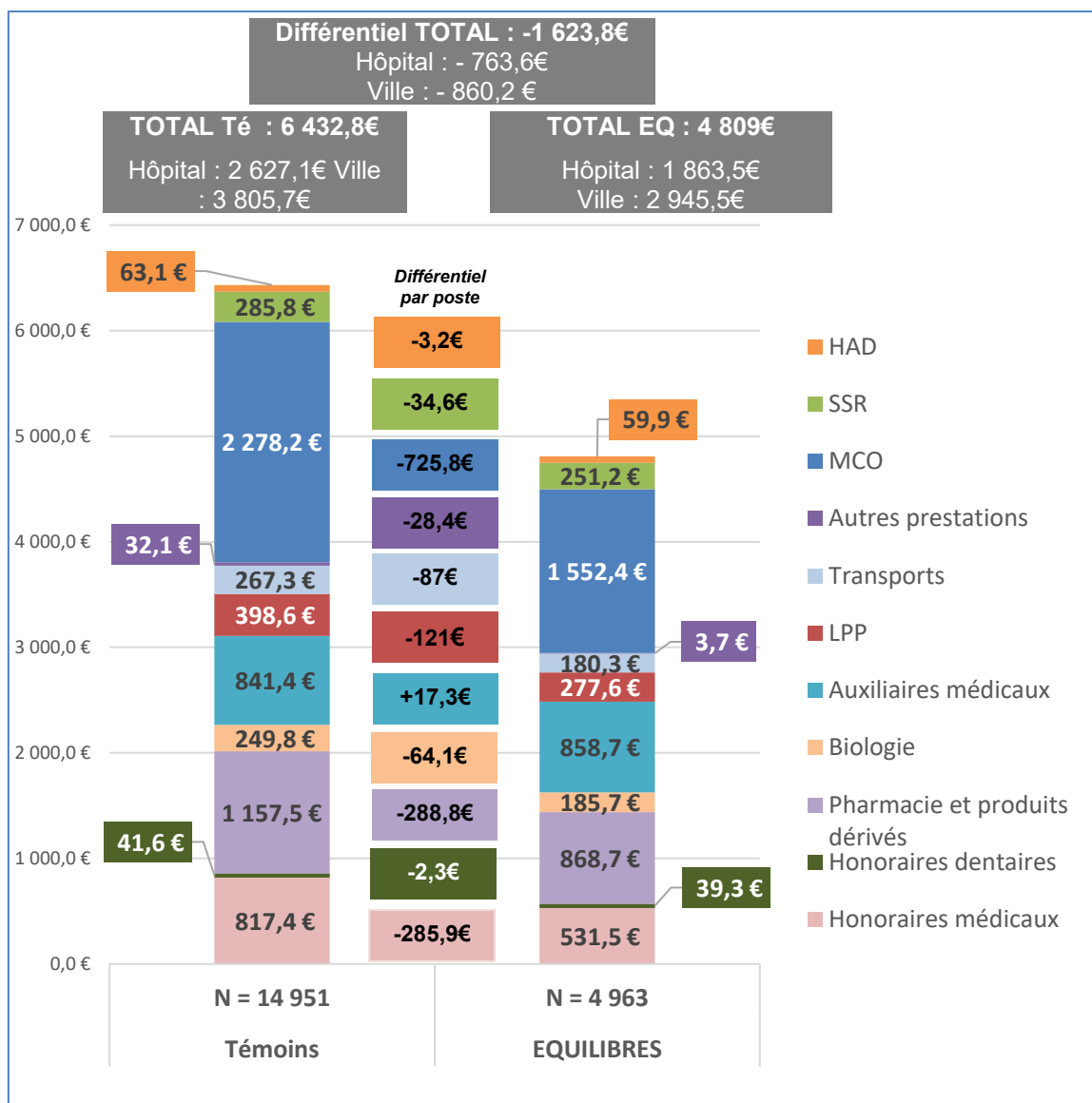


Figure 2. Présentation des montants moyens et différentiels par poste de dépense (base de remboursement) l'année suivant la date index (l'inclusion dans EQUILIBRES)



LPP : Dispositifs médicaux inscrits sur la Liste des Produits et Prestation
MCO : Hospitalisation en Médecine-Chirurgie-Obstétrique
SSR : Hospitalisation en Soins de Suite et Réadaptation
HAD : Hospitalisation A Domicile

Les constats sur le comparatif des dépenses totales de la patientèle EQUILIBRES et témoins appariés par sous-groupes sont également en faveur de EQUILIBRES : les dépenses moyennes dans EQUILIBRES sont inférieures dans tous les sous-groupes à celles des témoins. Les différentiels varient entre -1 643€ pour l'ALD Cardiovasculaire à - 4 166€ pour l'ALD Cancer. Un différentiel est également à noter pour les patients sans ALD (cf. tableau ci-après).

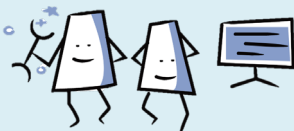
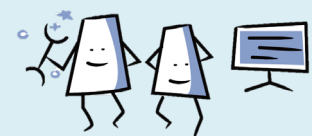


Tableau 15. Montant de base de remboursement l'année suivant la date index / analyses par sous-groupes

Sous-groupe d'étude (N à 12 mois)	Dépenses HOSPITALIÈRES l'année suivant la date index		Dépenses en soins de VILLE l'année suivant la date index		Dépenses TOTALES l'année suivant la date index		P-value
	Témoins	EQUILIBRES	Témoins	EQUILIBRES	Témoins	EQUILIBRES	
Population globale Témoins : N=14 526 EQ : N=4 963	2 627,1€	1 863,5€	3 805,7€	2 945,5€	6 432,8€	4 809€	<i>p</i> <0,0001
		- 763,6€		- 860,2 €		-1 623,8€	
Patients ALD Diabète (n°8) Témoins : N=1 216 EQ : N=431	3 876,4€	2830,3€	6 759,8€	5 565,6€	10 636,2€	8 395,9€	<i>p</i> <0,0001
		-1 046,1€		-1 194,2€		-2 240,3€	
Patients ALD Cancer (n°30) Témoins : N=766 EQ : N=280	6 273,4€	4 671,2€	8 730,5€	6 166,5€	15 003,9€	10 837,7€	<i>p</i> <0,0001
		-1 602,2€		-2 564€		-4 166,2€	
Patients ALD Psychiatrie (n°23) Témoins : N=823 EQ : N=306	2 807,2€	2 354,1€	5 709,9€	3 952,2€	8 517,1€	6 306,3€	<i>p</i> <0,0001
		-453,1€		-1 757,7€		-2 210,8€	
Patients ALD Cardio- vasculaire (n°3, 5, 15) Témoins : N=1 249 EQ : N=437	4 482,1€	3 518€	6 045,7€	5 366,1€	10 527,8€	8 884,1€	<i>p</i> <0,0001
		-964,1€		-679,6€		-1 643,7€	
Patients sans ALD Témoins : N=10 132 EQ : N=3 404	1 757,3€	1 279€	2 535,7€	1 730,7€	4 293€	3 009,7€	<i>p</i> <0,0001
		-478,3€		-805€		-1 283,3€	
Patients avec AAH Témoins : N=466 EQ : N=176	3 686,9€	3 592,6€	5 711,8€	3 696,9€	9 398,7€	7 289,5€	<i>p</i> <0,0001
		-94,3€		-2 014,9€		-2 109,2€	



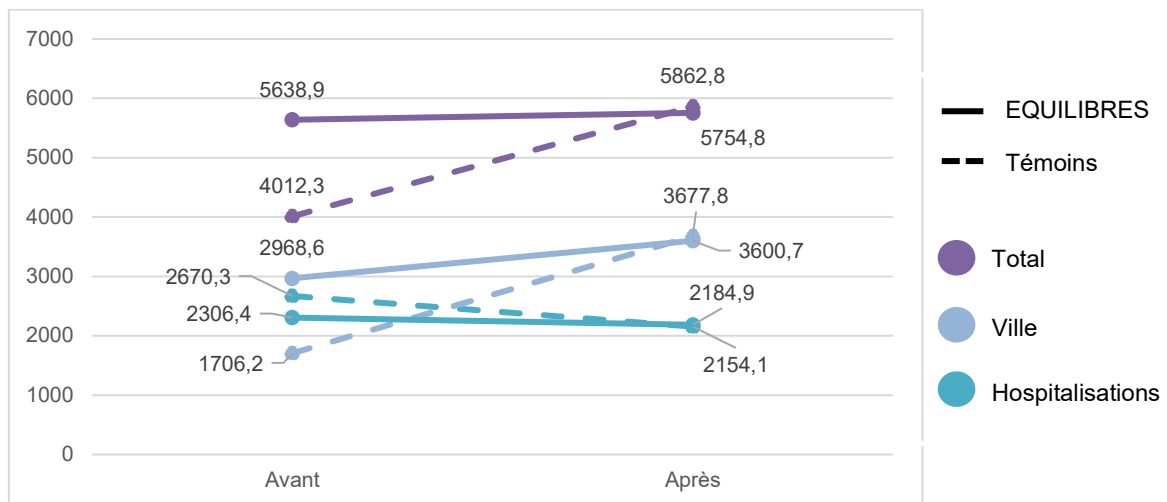
Analyse de l'évolution des dépenses de santé avant et après la date index

Sur le **comparatif de la patientèle EQUILIBRES et témoins**, les résultats mettent en évidence :

- ⇒ Pour les **patients EQUILIBRES**, il n'y a **pas d'augmentation des dépenses avant/après la date index (= pas de surcoût après le passage à EQUILIBRES)** : une stabilisation des soins hospitaliers et une augmentation des soins de ville sont constatées – augmentation en partie expliquée par le poste soins infirmiers (avec les mêmes réserves que précédemment).
- ⇒ En comparaison, pour les **patients témoins**, il est noté une **augmentation importante des dépenses avant/après la date index** : notamment pour les dépenses de soins de ville.

Concernant la méthodologie : A noter qu'il y a eu exclusion des 0,1% de patients qui ont les dépenses extrêmes, exclusion des sujets qui n'avaient pas 1 an de suivi. Un effet COVID est certainement à prendre en compte mais il intervient pour les 2 groupes.

Figure 3. Ensemble de la population suivie au moins 1 an après la date index (exclusion des 0,1% de patients avec les coûts les plus élevés) : EQUILIBRES : N = 7 565 ; Témoins : N = 24 737



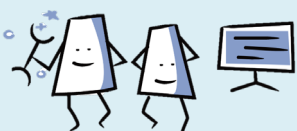
N.B.1 : Une **analyse stratifiée** a également été conduite **selon la prise en soins infirmière avant la date index** ; les constats sont comparables aux résultats présentés ci-avant (cf. [annexe](#)).

N.B.2 : Une **analyse sur la période précédant le décès** a également été conduite ; sur le comparatif de la patientèle EQUILIBRES et témoins appariés, les constats sont les suivants : **pas de différence statistiquement significative sur les coûts au global** ; pour le groupe EQUILIBRES, un surcoût important des soins de ville (principalement par les soins infirmiers) ; une dépense moins importante sur les soins hospitaliers (cf. [annexe](#)).

REMARQUE : **30% des patients EQUILIBRES n'ont pas pu être appariés** : Les patients avec le plus de consommations de soins (dépense infirmière) avant la date index → Focus sur ces patients non appariés et suivis au moins 1 ans ; N = 2 438 (31%)

Constats sur l'évolution des coûts avant et après la date index :

- Une **diminution de la dépense totale** pour les patients EQUILIBRES non appariés : 7 320,9€ en moyenne un an avant la date index versus 7 231,5€ un an après la date index (-)
- Une **augmentation des soins de ville**, en partie expliquée par le **poste infirmier** et **compensée par la diminution des soins hospitaliers** (cf. graphique ci-dessous).



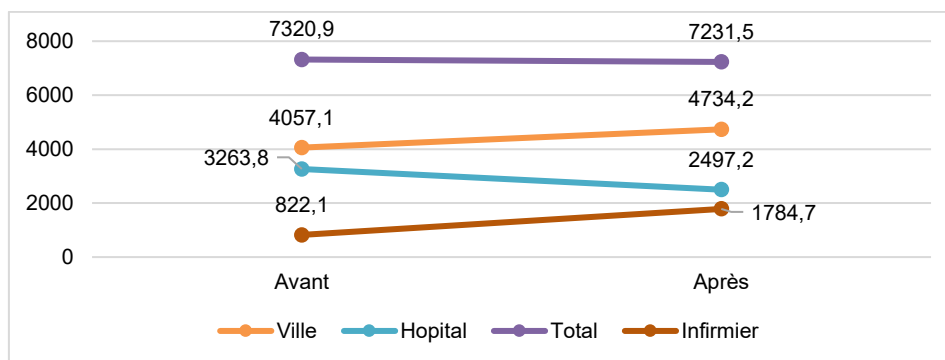


Tableau 16. Synthèse - Impacts sur les consommations de soins des patients

Constats sur le comparatif de la patientèle EQUILIBRES et témoin APPARIÉS et par sous-groupe	
Evolution des dépenses de ville et hospitalières l'année suivant la date index	Dépenses moins élevées dans le groupe EQUILIBRES à la fois sur les dépenses de ville et hospitalières ; des constats identiques sur les sous-populations.
Evolution des coûts avant et après la date index	Pas d'augmentation des dépenses avant / après la date index pour les sujets EQUILIBRES (pas de surcoût après le passage à EQUILIBRES) : une augmentation des soins de ville, en partie expliquée par le poste infirmier ; une stabilisation des soins hospitaliers (versus une augmentation importante des dépenses avant / après la date index pour les témoins).

→ Les résultats montrent un impact positif très significatif de EQUILIBRES sur les consommations de soins des patients, avec une dépense significativement moins élevée dans le groupe EQUILIBRES au global, à la fois sur les dépenses de soins de ville et sur les dépenses de soins hospitaliers. La crise « COVID » pourrait avoir un impact mais on peut penser qu'il serait identique dans les 2 groupes. L'évolution importante des dépenses sur une année pour les témoins (fig3) reste « questionnante ». La stabilité des dépenses des patients EQUILIBRES non appariés apparaît rassurante.

5.3.4. Impact budgétaire global

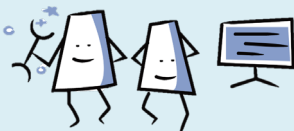
Les résultats des différentes analyses menées permettent de mettre en regard les différents postes de dépenses nécessaires aux formations, à la facilitation d'équipe, et au pilotage de l'activité du dispositif avec les gains identifiés au niveau des consommations de soins évitées du fait de la prise en charge proposée par EQUILIBRES.

A date, ces dépenses représentent en phase de routine **373°938€** (moyenne sur 3 années complètes) pour l'accompagnement de 33 équipes d'infirmiers (soit un coût moyen de 11 331€ par équipe) et la prise en charge de près de **12000 patients** dont au total 5000 concernés par une seule intervention par an et 7000 par plus de 2 interventions (hors acte unique).

Les analyses des dépenses de soins des patients qui ont pu être appariés montrent une économie globale de **1624 € par patient** et par an pour 70% des patients comparables à des patients témoins.

Extrapolations :

Le différentiel des dépenses remboursables par patient rapporté au nombre de patients (hors acte unique) appariés soit 5490 patients, représenterait **une « économie » minimale d'environ 8 915 760 € sur une année (= 1624€*5490 patients)** ; économies générées pour le système



de santé et non uniquement pour l'Assurance Maladie (qui en finance une grande part cependant).

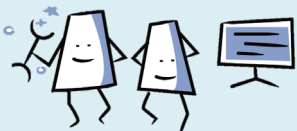
Les 30% de patients non appariés (2438 patients) ont des dépenses supérieures mais ne varient pratiquement pas du fait du passage à EQUILIBRES (voire légère diminution de 90€ du fait de EQUILIBRES), et donc n'ont pas d'impact majeur pour l'Assurance Maladie en termes de remboursement (gains potentiels cependant de 219 420 € du fait d'EQUILIBRES (2438 patients non appariés*90€).

L'ensemble des résultats permettent de dresser les conclusions suivantes :

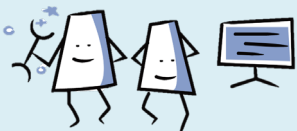
- ⇒ Les ressources allouées au porteur pour le pilotage, la facilitation d'équipe, les formations et l'organisation du dispositif paraissent justifiées au regard des résultats obtenus.
- ⇒ Ainsi, pour un investissement (coûts spécifiques du dispositif) relativement réduit d'environ 374 000€ par an permettant d'encadrer 33 équipes (soit 11 331€ /équipe), la dépense moyenne évitée est de 1625€ par patient sur une année (représentant un gain minimum de 8 915 760€). Ces dépenses sont largement compensées par les économies réalisées sur les consommations de soins des patients. Elles représentent 4,2% des gains. Le « retour sur investissement » est largement démontré.
- ⇒ Cet « investissement » (pour l'Assurance Maladie) permet également d'améliorer les compétences techniques et relationnelles des infirmiers, leurs conditions de travail (pénibilité, « lourdeur des tâches administratives ») et la qualité de vie au travail (soutien ressenti) pour des expériences-patients et expériences-aidants très positives.
- ⇒ L'analyse de la soutenabilité économique du dispositif pour les formations et le porteur de projet montre des coûts contrôlés et justifiés qui peuvent être financés sur les économies réalisées sur les consommations de soins évitées des patients. Ces gains pourront permettre un réajustement au plus proche des charges et des adaptations nécessaires au fonctionnement de la structure porteuse et le déploiement du dispositif. → La nouvelle modalité organisationnelle et tarifaire apporte les conditions d'une prise en charge optimale des patients et de leur environnement et un gain en termes de dépenses évitées pour l'Assurance Maladie et le système de santé.
- ⇒ Ces éléments démontrent également une soutenabilité économique pour le système de santé avec l'impact positif important estimé sur les dépenses de santé de l'Assurance Maladie et pour le soutien des professionnels du domicile qui assurent l'accès aux soins et le maintien à domicile à la satisfaction des patients (en réponse aux problèmes actuels du système de santé et aux objectifs des politiques de santé (virages ambulatoire et domiciliaire)), dans la cohérence avec les objectifs du PLFSS pour 2024 dont les objectifs sont notamment de poursuivre la transformation du système de santé pour renforcer la prévention et l'accès aux soins, garantir la soutenabilité de notre modèle social, via la maîtrise des dépenses et la poursuite de l'investissement dans le système de santé, renforcer les politiques de soutien à l'autonomie.

Remarque : La présente évaluation minore probablement les gains économiques et sociaux induits par le dispositif, en ce qu'elle n'a pu mesurer et traduire monétairement de nombreux impacts (sociaux, médico-sociaux et sanitaires). On pourra citer :

- ⇒ **La diminution de la pression sur les services d'urgences et hospitaliers**, avec les bénéfices directs en termes de ressources humaines, de qualité, et d'efficience.



- ⇒ **La diminution des besoins d'aide et d'accompagnement** (budget CNSA-Conseils Départementaux) liée à l'amélioration de l'autonomie des personnes, et la prévention des complications.
- ⇒ **La diminution des besoins en nombre de places** dans les institutions de types CMP, EHPAD, ULSD et SSR. A noter que les hospitalisations en psychiatries n'étaient pas fournies.
- ⇒ **La baisse du fardeau des aidants (solution de répit supplémentaire / soutien des aidants)**, et l'amélioration de la qualité de vie des personnes.



6. RESULTATS AXE3 : REPRODUCTIBILITE

Si les résultats des axes 1 et 2 amènent globalement à conclure à la pertinence du dispositif et de son déploiement/pérennisation, les conditions de cette pérennisation restent à préciser. Ainsi à la lumière des enseignements et constats dressés tout au long de près de 4 ans d'expérimentation, la liste des facteurs clé de succès et celle de prérequis / points de vigilance ont été établies. Ces éléments s'intègrent aux conclusions des échanges déjà engagés dans le cadre d'ateliers de travail sur les perspectives du projet (notamment en date du 13 février 2023). Cette réunion avait également envisagé les conditions d'arrêt du dispositif et ses conséquences en termes de **risque de rupture de soins pour au moins 15% de patients**³³ (qui seraient sans solution, d'après l'étude comparative cotation NGAP/ Equilibres réalisée en 2021) et la **cessation d'activité de 28 à 30% des infirmiers participants**, par réorientation professionnelle.

6.1. Facteurs clés de succès

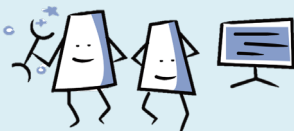
Différents « incontournables », conditionnant le fonctionnement et l'efficacité du modèle étudié, ont été identifiés :

- ⇒ **Un contexte, un environnement, un cadre organisationnel** qui ont permis le succès de cette expérimentation. Ce « cadre » est donc à garder, à maintenir et notamment :
- La simplicité ;
 - La co-construction, l'agilité, la réactivité, l'innovation au sein d'un collectif apprenant, constitué des infirmiers, de « l'organisation tierce facilitatrice » qu'a été le porteur, et de l'Assurance Maladie ;
 - La confiance réciproque, le respect, la transparence et l'esprit de coopération entre toutes ces parties prenantes ... ;
 - L'auto-régulation au sein de l'équipe soignante, et entre équipes, encadrée par un rôle de tiers facilitateur endossé par le porteur, et in fine par l'autorité de régulation CNAM ;
 - La conscience partagée d'un modèle à la fois vertueux et qui repose sur la responsabilité et l'éthique professionnelle de chacun : « *un commun dont il convient de prendre soin* » ;
 - L'observation et la publication des résultats atteints collectivement (via la présente évaluation par exemple).
- ⇒ **Un référentiel de soins standardisé, simple, adapté** à l'art infirmier, et qui soutient l'approche holistique et orientée vers la prévention et l'autonomie des personnes : le Omaha System (libre de droit). Il est intégré au logiciel de cabinet, et relié aux autres fonctions :

³³ Résultats d'une enquête ad hoc réalisée auprès des infirmiers EQUILIBRES, sur un jour donné (le 26 mars 2021) en utilisant la double cotation : « Comparaison des couvertures EQUILIBRES / NGAP ». C'est-à-dire qu'il a été demandé à tous les IDE EQUILIBRES de déclarer pour les patients vus et les interventions effectuées le jour de l'étude :

- Les actes qu'ils auraient pu coter dans le cadre de la tarification « traditionnelle », de droit commun (NGAP), et les honoraires correspondants à percevoir par le professionnel.
- Le temps consacré pour la prise en charge par EQUILIBRES et sa valorisation avec le taux horaire.
- La catégorisation du patient selon 7 grandes familles : maladie chronique, soins palliatifs, fragilité liée à l'âge, santé mentale, trouble cognitif, suite post hospitalisation, acte unique.
- Une appréciation sur la prise en charge hors EQUILIBRES ie : si l'infirmier l'aurait ou non pris en soins s'il n'était pas dans EQUILIBRES : reflet de la complexité/lourdeur de la prise en charge estimée.

La comparaison des couvertures et des honoraires remboursés associés a ainsi pu être réalisée de manière « qualitative », entre les 2 modalités de rémunération et d'exercice.



dossier de soins ; suivi clinique ; programmation des tournées ; transmissions ciblées – facturation ;

- ⇒ Le **développement des compétences** via la formation professionnelle et le compagnonnage entre pairs ;
- ⇒ L'**autonomie** des professionnels et l'élargissement de leur champ d'intervention, basés sur la motivation intrinsèque et le volontariat ;
- ⇒ Une **culture de la rencontre**, qui permet des relations de qualité : avec les patients, et entre professionnels.
- Découlant de ces facteurs clé de succès, les éléments structurants du modèle sont présentés ci-après.

6.2. Éléments structurants du modèle organisationnel EQUILIBRES

Au-delà de la décision politique de pérenniser le dispositif, son fonctionnement est conditionné à divers éléments structurants qui doivent être précisés et définis en amont. Ils sont synthétisés dans le tableau suivant :

- ⇒ Structure porteuse « organisation tierce facilitatrice³⁴ » : fonctionnement, rôles/missions, financement, lien CPAM/CNAM ;
- ⇒ Etapes / stratégie de déploiement ;
- ⇒ Intégration dans le système de régulation/contrôle, adapté pour tenir compte des facteurs de succès mis en lumière dans l'expérimentation ;
- ⇒ Impact organisationnel et budgétaire pour la CNAM et les CPAM ;
- ⇒ Communication / négociations avec les représentants des professionnels ;
- ⇒ Implication et rôles éventuels des acteurs institutionnels au-delà de la CNAM : ARS, CNOI, CDOI, CNPI, Agence du DPC, FIFPL, HAS, Health Data Hub...
- ⇒ Evaluations périodiques intégrées des résultats ;
- ⇒ Formations professionnelles adaptées ;
- ⇒ Redevabilité partagée/transparence, évaluation des résultats...

³⁴ En référence avec la dénomination proposée par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie HCAAM dans son rapport de septembre 2022 « Organisation des soins de proximité : garantir l'accès de tous à des soins de qualité »

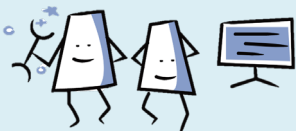
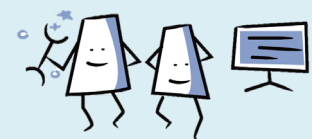
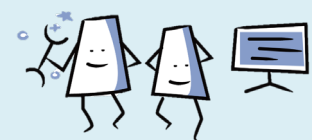


Tableau 17 : CONDITIONS IDENTIFIEES / PISTES DE REFLEXIONS POUR LA PERENNISATION DU DISPOSITIF ET SON DEPLOIEMENT

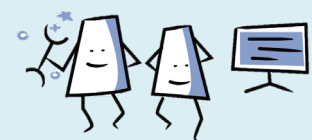
	Etat / Situation actuelle	Questionnements / Pistes / Suggestions pour une éventuelle pérennisation
STRUCTURE PORTEUSE		
Profil d'infirmiers	<p>Pas de profils particuliers identifiés en termes d'ancienneté d'exercice ou de compétences précises.</p> <p>Le porteur constate cependant que les infirmiers disposant généralement de formations complémentaires comme « clinique infirmière », « consultation infirmière », « ETP », « soins palliatifs » etc. trouvent dans Equilibres la possibilité de mobiliser toutes leurs compétences, et investissent de manière d'autant plus approfondie et plus puissante toutes les possibilités ouvertes par le modèle.</p> <p>Uniquement des infirmiers volontaires et engagés pour l'expérimentation (motivation intrinsèque des professionnels).</p> <p>Entrée de l'équipe (3 professionnels au minimum) dans le dispositif.</p>	<p>Participation à baser sur le volontariat : choix du professionnel et de l'équipe. Avoir déjà travaillé en équipe pourrait être un critère / Maturité du travail en équipe.</p> <p>Avec une validation de l'intégration par le porteur/l'organisation tierce garante et inscription à l'Assurance Maladie (CPAM).</p> <p>Début octobre 2023 : 507 infirmiers ont manifesté l'intention de rejoindre le dispositif, issus de 18 régions, 6 ARS et 11 CPAM.</p>
Gouvernance / Cadre	<p>Assurée par Soignons Humain et les instances opérationnelles de gouvernance du projet (COFIL, Comité d'Ethique).</p> <p>Appuyée sur des facilitateurs régionaux véritables relais/liens entre Soignons Humain et les Professionnels infirmiers dans les territoires.</p>	<p>Intégration au droit commun nécessitant un tiers régulateur, garant du respect du cahier des charges EQUILIBRES (lien avec les CPAM à préciser) et de la bonne atteinte des bornes fixées en termes de coûts/résultats/volumes.</p> <p>Plusieurs options sont à évaluer concernant ce rôle d'organisation tierce :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Soignons Humain porteur général du mode d'exercice EQUILIBRES au niveau national ? ⇒ Interventions d'associations d'accompagnement agréées (AAA) accréditées par le Comité Français d'Accréditation (COFRAC) sur la base d'un cahier des charges défini par le Ministère et l'Ordre des Infirmiers (avec critères et attendus) → Rôles : Faire vivre et animer le collectif des équipes adhérentes ; valider l'entrée dans le dispositif, faire sortir si besoin.



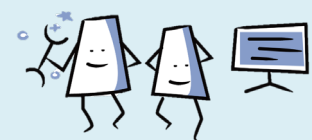
<p>Formation</p>	<p>Formation obligatoire pour intégrer le dispositif : formation aux méthodes de travail, à l'outil, à l'auto-gestion, au travail d'équipe...</p> <p><u>Socle obligatoire</u> : 5 jours nécessaires sur les 6 premiers mois.</p> <p>Puis 2 visites d'équipe par an, et 2 rencontres inter-équipe par an.</p>	<p>Doit faire partie du processus d'intégration d'un cabinet ou d'un centre de soin (conditions sine qua non).</p> <p>Cursus minimum requis pour entrer, et prévoir le financement des formations ultérieures des nouveaux IDE intégrant un cabinet déjà inclus :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Omaha System/approche globale/intégration des soins. J1/J2/J3 ; ⇒ Auto-organisation et coopération en santé. J1/J2 en socle obligatoire ; ⇒ 2 visites d'équipe annuelles (une journée par visite) par un pair, habilité à cette fin par l'AAA ; ⇒ 2 rencontres annuelles inter-équipes visant l'apprentissage croisé sur les axes clés : prévention, autonomisation, coordination, prise en charge globale etc. ; <p>→ <i>En option, tant pour les IDE que pour chaque Association d'Accompagnement : 8 jours sur 12 mois en approfondissement (ne concernerait pas les remplaçants à durée limitée).</i></p> <p>→ <i>Budgéter les 2 visites par an par cabinet (estimées à 1 000€ / visite) et les 2 rencontres inter-cabinets.</i></p> <p>Plusieurs options sont à évaluer concernant le ou les organismes dispensant ces formations. Composante importante de l'effectivité du dispositif, chaque AAA devrait être responsabilisée concernant la sélection et le suivi du ou des organismes de formation sélectionnés. Soignons Humain le peut en partie certainement. Mais la non-exclusivité est à chercher et la qualité des formations délivrées à maîtriser.</p> <p>Une ligne spécifique du DPC et du FIFPL devrait être dédiée.</p> <p>Enfin, et de manière non obligatoire, un intérêt s'est fait jour d'intégrer dans la formation initiale des étudiants IDE le raisonnement clinique via le OMAHA System.</p>
<p>Facilitation / Accompagnement des infirmiers</p>	<p>1,5 ETP de facilitateur (4 facilitateurs à des temps partiels) pour 33 cabinets et 160 infirmiers.</p> <p>Partage d'expérience, pair à pair : partie intégrante du processus et du dispositif.</p>	<p>Besoin estimé : 1 facilitateur temps plein pour 30 équipes (pouvant sans doute être affiné en fonction de la maturité des équipes).</p> <p>Prévoir de financer la formation initiale et continue des facilitateurs.</p> <p>A partir des données budgétaires, le coût moyen de facilitation par équipe est estimé à environ 6000€ par an par équipe.</p>



	<p>Assurent une participation régulière (1/mois environ) aux réunions d'équipe des cabinets, du soutien d'équipe et/ou individuel.</p>	<p>Financement des facilitateurs ? (CNAM ? Infirmiers (comme aux Pays-Bas)) ?</p>
<p>Système d'information</p>	<p>Central dans l'exercice au quotidien : dossiers patients, évaluation des besoins/globalité de la prise en charge, surveillances cliniques et biologiques, organisation des tournées, transmissions ciblées, support de la facturation des infirmiers.</p> <p>Omaha System = Outil de raisonnement clinique avec approche intégrale de la santé (différentes dimensions prises en compte).</p> <p>Opérationnel, évolutif/adaptable : Clé en main possible : utilisable immédiatement.</p> <p>Accepté.</p> <p>Principe de transparence/ « partageabilité » des données-patients, dans le cadre dérogatoire CNIL accordé aux Articles 51.</p> <p>Données de facturation transmises à l'Assurance Maladie : une ligne par rendez-vous patient contenant NIR/DDN/Date/durée/Numéro d'AM facturant.</p>	<p>Le monopole d'une seule société informatique semble, sur le long terme, risqué et peu souhaitable. Comment ouvrir le marché à plusieurs sociétés prestataires tout en garantissant le maintien des éléments d'efficacité du modèle, et en maintenant le socle obligatoire ASIP-Santé (lien avec Mon espace santé, e-CPS, e carte-vitale, e-prescription etc.) ?</p> <p>On pourra différencier plusieurs blocs fonctionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Ce qui est nécessaire à la facturation et aux contrôles associés ; ⇒ Ce qui est utile pour la prise en charge globale et l'autonomisation des patients : référentiel unique Omaha system ; ⇒ Ce qui est utile pour la prise en charge coordonnée en équipe et la continuité des soins : transmissions ciblées, surveillances cliniques et biologiques, évaluations et scores. <p>L'ajout d'une lettre clé spécifique par l'Assurance Maladie dans le processus actuel SESAME-Vitale ouvrirait la possibilité aux éditeurs d'ajouter simplement l'option « Equilibres » dans leurs logiciels existants.</p> <p>Quelle utilisation des données par l'AM ? L'accès aux données pourra permettre à l'AM d'enrichir la description des interventions des infirmiers (contrairement à la NGAP).</p> <p>Le SI est nécessaire pour la rémunération : il sera donc rempli/utilisé.</p> <p>Concernant les investissements nécessaires pour les infirmiers (coût du logiciel...), avec un volume suffisant de professionnels, il appartiendra aux industriels d'évaluer leur opportunité d'investir ou non dans l'option Equilibres, de rentabiliser leur investissement initial via les abonnements acquittés par les professionnels. Sous réserve des travaux futurs, Il ne semble pas nécessaire de prévoir un soutien financier spécifique de la part de l'Assurance Maladie à cet égard.</p> <p>Besoin d'identifier les infirmiers exerçant dans le dispositif EQUILIBRES (cf problématiques des médecins dans les centres de santé et les CPTS (pas d'identification possible par les CPAM)).</p>

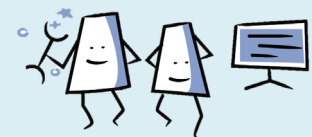


Budget de fonctionnement / Ingénierie	<p>Intégrer la gestion de communauté, la formation de base nécessaire.</p>	<p>Etablir un coût spécifique du dispositif par cabinet ? Comprenant un ensemble de services et la gestion du processus d'intégration des cabinets en lien avec les CPAM ?</p> <p>Estimer : Coût d'entrée d'un cabinet + forfait pour les coûts fixes pour une structure de gestion.</p> <p>Quelles possibilités de participation des mutuelles, organismes complémentaires aux coûts spécifiques du dispositif (Formations, Facilitation, pilotage) ?</p>
EVOLUTIONS DU SYSTEME A PREVOIR		
Modalités de régulation par l'AM / Contrôle	<p>Pas de contrôle spécifique par les CPAM dans le cadre de l'expérimentation : prévus initialement, ils ont été annulés du fait de la mobilisation des équipes CPAM sur les cellules COVID.</p> <p>Suivi des dépenses par l'Assurance Maladie via le flux de facturation, le flux de contrôle et le reporting budgétaire du porteur.</p> <p>Un contrôle parait indispensable à mettre en œuvre.</p>	<p>Un mécanisme de contrôle à mettre en œuvre par l'intermédiaire de différentes structures ?</p> <p>Quel paradigme de contrôle/régulation des CPAM ? Tout étant lié, le modèle qui sera retenu in fine exercera une influence significative sur les gains d'efficacité obtenus.</p> <p>En ligne avec la recherche internationale sur l'efficacité des politiques publiques, une régulation par la visite, en cercle vertueux parait intéressante à développer (dans le cadre d'une rénovation de la vision du contrôle).</p> <p>Chaque acteur / niveau porte une responsabilité propre. Nécessité d'un engagement fort (signature Charte Ethique) de la part des cabinets et d'un partage des valeurs notamment de la vision du soin.</p> <p>Les acteurs sont responsables des engagements propres décrits dans la Charte, et ouverts/transparents aux visites et évaluations extérieures (amélioration continue).</p> <p>Les modalités restent à préciser. Vision portée par Equilibres : évaluation continue + audit d'un échantillon de cabinets à l'occasion du renouvellement de l'agrément de la structure gestionnaire (porteur).</p> <p>→ Des impacts pour l'Assurance Maladie en termes d'enregistrement des professionnels dans le dispositif, en matière de gestion/d'organisation (évolution du système d'information, des modalités de gestion, de régulation...).</p>
Tarif horaire	<p>Tarif actuel (53,96€ / heure) établi en 2018 sur les revenus 2013 évalués par la Cours des Comptes rapportés au temps passé auprès des patients (Etude PACA).</p>	<p>Actualiser le tarif ? Une mise à niveau en fonction de l'inflation depuis 2013 semble indispensable.</p> <p>Garantie de maintien (pas de diminution) possible pour la CNAM ?</p>



	<p>Satisfaisant mais des demandes de quelques infirmiers de prise en compte du coût de la vie (actualisation notamment du fait de l'augmentation du prix du carburant), des dimanches et jours fériés (déjà intégrés dans le taux horaire).</p>	<p>Souhait des porteurs du maintien d'un tarif unique / soucis de simplicité (et partie intégrante du dispositif expérimenté).</p> <p>Tarif pour l'IDF ? Pour la Montagne ? Plutôt possibilité d'un tarif unique avec des aides régionales en fonction du contexte, pour compenser la perte de revenus.</p> <p>Objectif : passage à EQUILIBRES à revenus constants, à charge de travail constante.</p>
Remboursement / Rémunération des infirmiers	<p>Actuellement, rémunération des infirmiers totalement prise en charge par l'Assurance Maladie.</p>	<p>Part des mutuelles à envisager ? Régimes spéciaux ?</p> <p>Le passage en droit commun et l'intégration dans les flux habituels SESAME-Vitale feraient que la part complémentaire soit appliquée par les logiciels de facturation comme en NGAP : 40% AMC versée par l'organisme aux infirmiers, sauf pour les patients ALD qui sont 100% AMO.</p> <p>Reste à charge pour les patients identique au droit commun.</p>
Evaluation	<p>Pilotage interne via les données du SI.</p> <p>Effets positifs de l'évaluation : biais d'observation dans le cadre de l'expérimentation.</p>	<p>Envisager l'analyse d'indicateurs de responsabilité populationnelle sur les territoires des infirmiers Equilibres. Ce point nécessite probablement une adaptation juridique/réglementaire d'un point de vue CNIL³⁵.</p> <p>Evaluation des résultats patients à poursuivre après généralisation (un facteur de réussite).</p> <p>Proposer des indicateurs établis à partir des données du SNDS : hospitalisations non programmées, durée et fréquence des séjours, lieux de décès, départ EHPAD, accès aux soins, volumes de soins consommés → Pour constituer des tableaux de bord territoriaux et permettre l'analyse du respect des tendances attendues.</p>
Modalités de déploiement	<p>3 régions ont expérimenté : Hauts-de-France, Ile-de-France et Occitanie.</p> <p>Basé sur le volontariat + effets motivationnels d'observation lié à l'évaluation externe, et au côté expérimentation nationale Article 51.</p>	<p>Poursuivre sur le volontariat des infirmiers (conditions sine qua none) / ne pas imposer : constitue une modalité optionnelle proposée à des infirmiers libéraux ou aux centres de soins infirmiers.</p> <p>Laisser un temps d'appropriation aux professionnels et partenaires.</p>

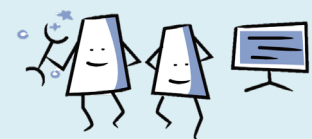
³⁵ Contrairement au cadre dérogatoire défini par la Loi pour les Article 51, en droit commun les données de santé ne sont pas partageables en dehors de l'équipe de soins.



<p>Intégration dans le droit commun</p>	<p>Actuellement coexistence avec la NGAP : le cabinet infirmier choisit de basculer ou non dans le mode Equilibres. Il peut décider de revenir en mode NGAP. Cependant son choix s'applique à la totalité de sa patientèle.</p> <p>Des freins liés à des facteurs politiques nationaux et locaux : Des oppositions assez fortes de syndicats infirmiers nationaux représentés également en région (URPS) qui craignent notamment : la révision du tarif, l'utilisation des données par l'AM, le salariat « déguisé », la sélectivité/sélection des patients.</p>	<p>Poursuivre cette coexistence entre deux options ouvertes aux infirmiers : Equilibres n'a pas vocation à se substituer à la NGAP pour 100% des infirmiers.</p> <p>Intégration sur volontariat des infirmiers.</p> <p>Déploiement par étape : élargissement à envisager d'abord à quelques régions pour préciser notamment le dimensionnement de la gouvernance à mettre en place (une gouvernance générale au niveau nationale avec des relais en région ?).</p> <p>Négociations à prévoir avec les 3 syndicats infirmiers, en lien avec les autres instances de la profession : CNOI, CNPI.</p>
--	--	--

➔➔ **Des choix structurants seront à faire par les pouvoirs publics.**

Point de vigilance apporté par les porteurs : « En ligne avec la recherche internationale en sociologie des organisations, et notamment les travaux de J.Braithwaite (« Regulating Aged care ») et Elinor Ostrom – 1^{ère} femme prix Nobel d'économie (« Understanding institutional diversity » et « governing the commons »), il est important d'avoir conscience que non seulement chaque ingrédient/facteur de succès du modèle recèle ses propres apports spécifiques, mais aussi que **c'est la combinaison de l'ensemble des facteurs qui permet d'atteindre l'efficacité démontrée dans l'évaluation** : "tout est lié". Retirer un des facteurs conduirait à fragiliser l'ensemble de l'édifice, et remettre en question très significativement les résultats obtenus. Dès lors, si chaque ingrédient peut faire l'objet d'une nécessaire adaptation en lien avec une ouverture nationale du dispositif, il faudrait cependant veiller à en préserver son essence ».



7. CONCLUSION – EVALUATION FINALE – ART.51 EQUILIBRES

A l'issue de la période d'expérimentation (près de 4 ans avec l'année de prolongation), les résultats de l'évaluation permettent de conclure que le dispositif EQUILIBRES est opérationnel (**faisabilité démontrée**), **efficace et que sa pérennisation est pertinente. Les conditions de reproductibilité sont dans les grandes lignes identifiées.**

L'analyse du fonctionnement montre un **bon niveau de maturité du dispositif** : gouvernance/pilotage, organisation interne, définition des rôles et missions de chaque acteur et outils proposés.

Le **changement de paradigme** (caractère disruptif) à différents niveaux pour les infirmiers est **accepté** et démontré par un **engagement total et durable (pas de sortie)**.

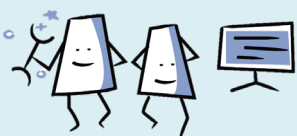
La **pertinence du dispositif** est **confirmée** par tous les professionnels interrogés, les patients et leurs aidants. La majorité des partenaires institutionnels interrogés témoignent d'un dispositif qui répond à des besoins des professionnels, des patients, des aidants.

Une **efficacité / efficience** démontrée par un impact important en termes de réduction des consommations moyennes des soins du fait de la prise en charge par les infirmiers du dispositif. Les dépenses spécifiques du dispositif sont largement compensées par les économies réalisées sur les consommations de soins des patients. Elles représentent 4,2% des gains. Le « retour sur investissement » est largement démontré.

Cet « investissement » (pour l'Assurance Maladie) permet également d'améliorer les compétences techniques et relationnelles des infirmiers, leurs conditions de travail (pénibilité, « lourdeur des tâches administratives ») et la qualité de vie au travail (soutien ressenti) pour des expériences-patients et expériences-aidants très positives. La qualité de la prise en charge est rapportée par les patients, les aidants, et observée par les données via notamment les réductions des hospitalisations, l'accès aux soins et le maintien à domicile permis.

En ce sens, les résultats du dispositif concordent avec les recommandations du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie³⁶, les **orientations du Conseil de l'Ordre Infirmier** à savoir : l'accès aux soins, l'accompagnement, le bien-être au travail, la simplification administrative, l'éducation, le relationnel... et permet de lutter contre de nombreux « maux » du système actuel. Il rejoint également totalement les **objectifs du PLFSS pour 2024**, qui sont notamment de poursuivre la transformation du système de santé pour renforcer la prévention et l'accès aux soins, garantir la soutenabilité de notre modèle social, via la maîtrise des dépenses et la poursuite de l'investissement dans le système de santé, renforcer les politiques de soutien à l'autonomie. Enfin, EQUILIBRES s'inscrit également dans le cadre de la refonte du référentiel d'activités et de compétences qui fonde le métier d'infirmier, pour l'amener vers une approche en missions comme le recommandait le rapport de l'IGAS (Évolution de la profession et de la formation infirmières, IGAS Octobre 2022) et comme le mène actuellement les travaux coordonnés par Brigitte FEUILLEBOIS (DGOS, Chief nursing officer, représentante et conseillère experte des professions paramédicales au ministère de la Santé). EQUILIBRES est une

³⁶ Sept 2022. « Organisation des soins de proximité : garantir l'accès de tous à des soins de qualité ». <https://www.securite-sociale.fr/home/hcaam/zone-main-contenu/rapports-et-avis-1/rapport-hcaam-organisation-soins.html>. Mentionne Equilibres en page 23 dans son chapitre consacré aux Articles 51 ; appelle à s'appuyer sur des "organisations tierces" pour développer et animer les nouvelles organisations des soins primaires ; renforcer le rôle des infirmiers (P54) ; l'auto-soin et le soutien communautaire informel ; la coopération ; le changement culturel au sein des administrations p102 ; la simplification administrative, la levée des blocages liés aux modes de rémunération (p78) sur un principe d'adhésion volontaire des PS.



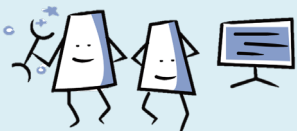
incarnation de ce **mouvement d'évolution de la profession** qui permet d'identifier les infirmiers comme des ressources dans les champs de la prévention, de la promotion de la santé, de l'éducation thérapeutique, de la consultation de suivi au bénéfice de l'efficacité, de la qualité et de l'accès aux soins.

Les résultats obtenus par EQUILIBRES ne sont pas seulement attribuables à la simple rémunération dérogatoire, mais au **nouveau « contexte » apportant de nouvelles conditions d'exercice du métier** : le soutien de la profession et l'apport de nouvelles/meilleures conditions de travail constituent un **puissant levier de résultats** (y compris économiques). Ce contexte tient aussi à la présence de l'organisation tierce soutenante et du mécanisme d'évaluation (interne et externe) dans le cadre de l'expérimentation.

Des **points de vigilance sont identifiés et relèvent de facteurs politiques nationaux et locaux** : oppositions assez fortes de 2 syndicats infirmiers nationaux représentés également en région (URPS), avec des vigilances exprimées notamment sur le tarif proposé et l'utilisation des données.

De **nombreux atouts/forces ont été identifiés** : la **simplification** des process administratifs, la **souplesse** du dispositif, un **cadre soutenant** des professionnels motivés et volontaires dans un contexte de démobilité et de pénurie, la possibilité d'exercer toutes les **compétences professionnelles** des IDE et leur reconnaissance, un **décloisonnement** des logiques de silos habituellement observées par une intervention de coordination des infirmiers.

→ Les conclusions vont dans le sens d'une décision de pérennisation, avec intégration dans le droit commun (en complémentarité au système actuel) aux conditions précisées dans le chapitre précédent avec certainement le besoin d'un déploiement progressif/par étape : permettant le test du modèle actuel dans d'autres régions ayant manifesté un intérêt pour le dispositif, avec évaluation de certains axes restant actuellement sans doute insuffisamment documentés : l'autonomisation des patients, le lien avec les médecins généralistes, l'impact sur les revenus et sur le temps de travail...



8. ANNEXES

8.1. Annexe 1 : Liste des personnes interrogées pour le RF Quali de Août 2022

8.1.1. Infirmiers EQUILIBRES interrogés (22)

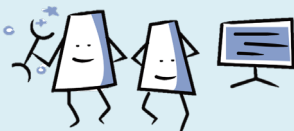
Région	Cabinet	Ayant déjà été interrogé (Evaluation intermédiaire)	Date entretien
HDF	Centre de Soins	Oui - Visite sur site (05/2021)	23/05/2022
OCC	Cabinet	Oui - Entretien (03/2021)	11/05/2022
IDF	Cabinet	Oui - Visite sur site (06/2021)	05/05/2022
HDF	Cabinet	Oui - Entretien (03/2021)	04/05/2022
IDF	Cabinet	Oui - Entretien (03/2021)	15/05/2022
OCC	Cabinet	Oui - Entretien (03/2021)	10/05/2022
OCC	Cabinet	Oui - Entretien (03/2021)	09/05/2022
IDF	Cabinet	Oui - Entretien (03/2021)	11/05/2022
OCC	Cabinet	Non	13/05/2022
OCC	Cabinet	Non	06/05/2022
HDF	Centre de Soins	Non	03/06/2022
OCC	Cabinet	Non	30/05/2022
HDF	Centre de Soins	Non	25/05/2022
OCC	Cabinet	Non	30/05/2022
OCC	Cabinet	Non	11/05/2022
OCC	Cabinet	Non	16/06/2022
OCC	Cabinet	Non	10/06/2022
HDF	Cabinet	Non	24/06/2022
HDF	Cabinet	Non	24/06/2022
HDF	Cabinet	Non	08/06/2022
OCC	Cabinet	Non	17/06/2022
OCC	Cabinet	Non	04/07/2022

8.1.2. Médecins généralistes correspondants interrogés (3)

Région	Cabinet	Date entretien
OCC	MG n°1	09/05/2022
OCC	MG n°2	16/06/2022
OCC	MG n°3	22/06/2022

8.1.3. Partenaires professionnels interrogés (17)

Région	Partenaire professionnel	Date entretien
OCC	DAC 66 Pyrénées-Orientales - Directrice	08/06/2022
OCC	CLIC ARIZE-LEZE – Le Fossat	25/05/2022
OCC	Mieux vivre ensemble (association d'aide à domicile) - Directeur	13/05/2022
HDF	Conf' dom : Société d'auxiliaires de vie	27/06/2022
OCC	Masseur kinésithérapeute ostéopathe	03/06/2022
OCC	Assistante sociale / Conseil Départemental du Gard - Evaluatrice PA-PH / Attribution APA	03/06/2022
OCC	SSIAD - IDE Coordinatrice	15/06/2022
OCC	SSIAD VAUVERT - Infirmière coordinatrice	10/06/2022
OCC	CH Ales - Infirmière Diabète	17/06/2022
OCC	Accord 09 réseau de soins palliatif - Infirmière coordinatrice	10/06/2022
OCC	MAIA – Coordinatrice de santé	10/06/2022
OCC	MAIA/DAC - Gestionnaire de cas	21/06/2022
HDF	Centre de soins EQ : Centre Social Marlière Croix Rouge de Soins Tourcoing – Directeur	29/06/2022
OCC	Auxiliaire – Perpignan	23/06/2022
OCC	Service de dialyse AIDER - infirmière	27/06/2022
OCC	Pharmacien - Alès	13/07/2022
OCC	Soins palliatifs - Médecin	12/07/2022

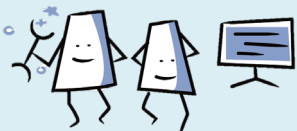


8.1.4. Infirmiers non EQUILIBRISTES interrogés (14)

Région		Date entretien
OCC	Infirmiers non EQUILIBRISTES	11/05/2022
OCC	Infirmiers non EQUILIBRISTES	16/05/2022
OCC	Infirmiers non EQUILIBRISTES	16/05/2022
OCC	Infirmiers non EQUILIBRISTES	03/06/2022
OCC	Infirmiers non EQUILIBRISTES	20/06/2022
OCC	Infirmiers non EQUILIBRISTES	20/06/2022
OCC	Infirmiers non EQUILIBRISTES	27/06/2022
OCC	Infirmiers non EQUILIBRISTES	28/06/2022
OCC	Infirmiers non EQUILIBRISTES	28/06/2022
OCC	Infirmiers non EQUILIBRISTES	28/06/2022
OCC	Infirmiers non EQUILIBRES ayant monté une maison de santé privée	26/07/2022
42 Villars (Auvergne-Rhône-Alpes)	Infirmier souhaitant rejoindre EQ	13/05/2022
86 Adriers (Nouvelle-Aquitaine)	Infirmier souhaitant rejoindre EQ	30/05/2022
59 Hem (Hauts-de-France)	Infirmier souhaitant rejoindre EQ	17/05/2022

8.1.5. Partenaires institutionnels interrogés (20)

Partenaires institutionnels	Fonction	Date entretien
UNAFAM du Gard (Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques)	Déleguée Unafam du Gard	05/05/2022
Convergence infirmière	Présidente et Vice-président	09/05/2022
SNIL : Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux	Président national et Chargée communication	10/05/2022
Direction régionale du service médical Auvergne-Rhône-Alpes	Praticien conseil chef de service Responsable de la mission de coordination régionale de la gestion du risque et de la lutte contre la fraude	12/05/2022
URPS IDE Île-de-France	Vice-président de l'URPS infirmiers Ile-de-France	13/05/2022
CPAM 30 GARD	Directeur CPAM du Gard et sous-directeur chargé de la régulation	18/05/2022
FNI : Fédération Nationale des Infirmiers	Président	19/05/2022
Direction régionale de Service médical Hauts-de-France	Médecin chargé de missions	20/05/2022
CPAM de la Manche	Directeur	20/05/2022
Union Française des patients partenaires	Président et Responsable de la formation et de la recherche	23/05/2022
CHU Gérontopôle Toulouse	Manager de projet, Equipe Régionale Vieillesse et Prévention de la Dépendance, Gérontopôle, CHU Toulouse et Médecin Gériatre	23/05/2022
France Alzheimer	Présidente	23/05/2022
Infin'idél	Présidente	25/05/2022
SNPI : Syndicat National des Professionnels Infirmiers	Réfèrent du Conseil National sur ce dossier	25/05/2022
AVEC Santé (exercice coordonné) FFMPs	Trésorier	25/05/2022
Ordre National des INF	Président	31/05/2022
ONSIL : Organisation Nationale des Syndicats d'infirmiers libéraux	Présidente	1/06/2022
CPAM du Rhône	Directrice	10/06/2022
En3S (Ecole nationale supérieure de la sécurité sociale)	Elève Cadre Dirigeant CapDir 8	14/06/2022
URPS IDE Occitanie (siège)	Présidente	15/06/2022



8.2. Annexe 2 : Présentation des analyses du SI et du SNDS

8.2.1. Période d'étude



*Date de première et dernière facturation identifiées dans la table de facturation transmise par le porteur

8.2.2. Analyses réalisées

Sources de données :

Trois sources de données ont été exploitées pour ces analyses : SI porteur, Données de facturation, SNDS.

Populations d'analyse :

Patients pris en charge par des IDE EQUILIBRES :

Ont été inclus l'ensemble des patients pris en charge par un IDE EQUILIBRES a deux dates distinctes. Ce critère a été appliqué pour exclure les patients n'ayant eu qu'une visite liée à un test PCR pour le diagnostic de la Covid-19 ou liée à un vaccin contre la Covid-19.

Seuls ces patients ont été extraits du SI porteur et chaînés au SNDS.

La date index est définie comme la date de la première prise en charge par un IDE EQUILIBRES.

Patients témoins :

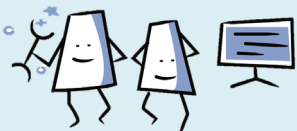
Pour chaque numéro de facturation des IDE EQUILIBRES, 3 numéros de facturation d'IDE non EQUILIBRES ont été sélectionnés. La sélection s'est faite sur le critère de proximité géographique. Les patients témoins sont des sujets ayant eu recours à un soin infirmier avec l'un de ces numéros de facturation. En cohérence avec les critères d'inclusion des patients EQUILIBRES, les patients avec un unique recours aux soins infirmiers ont été exclus.

La date index est définie comme la date de la première prise en charge par un IDE témoins après la date de bascule de l'IDE EQUILIBRES associé.

Un appariement exact a été réalisé entre les patients EQUILIBRES et les patients témoins sur les variables suivantes pour obtenir le meilleur compromis entre taux de patients EQUILIBRES appariés et qualité de l'appariement :

- Sexe ;
- Classe d'âge (<30, 30-40, 40-50, 50-60, 60-70, 70-80, 80-90 >= 90) ;
- ALD lors de la première prise en charge ;
- Département du cabinet infirmier ;
- Coût infirmier l'année précédant la date index (0€, 1€-30€, >=30€).

L'appariement a été réalisé sur la population totale et par sous-groupes.



Sous-groupes :

Les sous-groupes suivants ont été analysés spécifiquement :

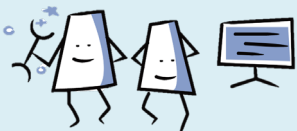
- Patients avec une ALD diabète (ALD n°8) ;
- Patients avec une ALD cancer (ALD n°30) ;
- Patients avec une ALD cardio-vasculaire, dont HTA (ALD n°3, 5, 12 et 13) ;
- Patients avec une ALD cardio-vasculaire, sans HTA (ALD n°3, 5 et 13) ;
- Patients avec une ALD psychiatrie (ALD n°23) ;
- Patients sans ALD ;
- Patients avec une allocation adulte handicapé dans l'années précédant la date index
- Patients décédés.

Analyses statistiques :

Les données du SI porteur ont été décrites pour l'ensemble des répondants.

Deux analyses principales ont été réalisées sur les données du SNDS. La première est une analyse des dépenses sur la base de remboursement de la Sécurité Sociale avant et après la bascule EQUILIBRES. Cette analyse a été réalisée chez les cas et les témoins de façon indépendante. La seconde analyse est une analyse cas/témoins sur les sujets appariés, population totale et sous-groupe. Les indicateurs suivants ont été comparés entre les cas et les témoins :

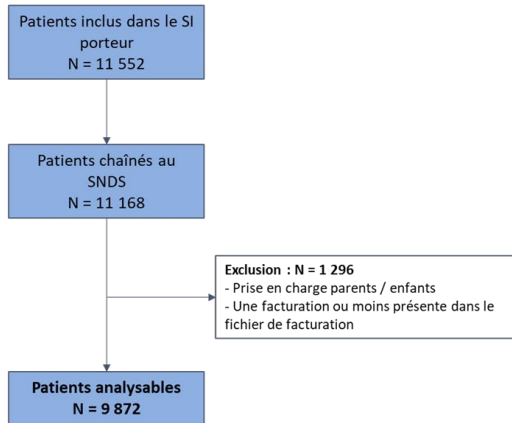
- Les hospitalisations à 1 mois, 3, 6 et 12 mois après la date index (ou précédant le décès pour le dernier sous-groupe). Cet indicateur a été détaillé en fonction du champ du PMSI (MCO, HAD, SSR) et du type d'hospitalisation (hospitalisation complète, hospitalisation de jour).
- Les passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation à 1 mois, 3, 6 et 12 mois après la date index (ou précédant le décès pour le dernier sous-groupe).
- Les dépenses de santé (totales et par poste de soin) sur la base du remboursement de la Sécurité Sociale sur les 12 mois suivant la date index (ou sur les 3, 6 et 12 mois précédant le décès pour le dernier sous-groupe).
- Les dispositifs médicaux (classification LPP) et les traitements (classification ATC) les plus dispensés et ceux ayant entraînés les plus grandes dépenses.



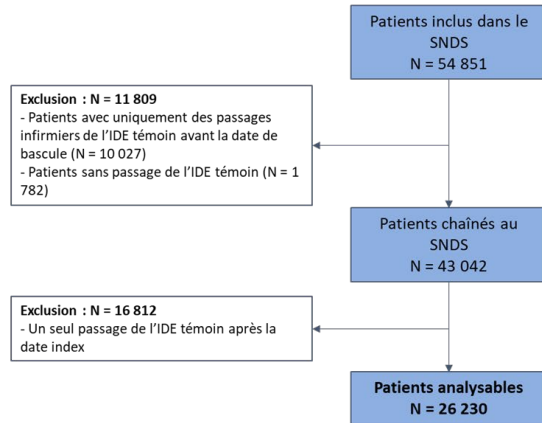
8.2.3. Analyse de la population globale

- Sélection de la population

PATIENTS PRIS EN CHARGE PAR IDE EQUILIBRES



PATIENTS PRIS EN CHARGE PAR IDE TÉMOIN



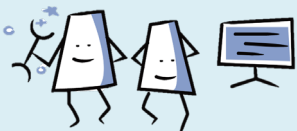
- Caractéristiques de la population

	Total Témoins N = 26 230	Total EQUILIBRES N = 9 872	P-value
Sexe			0,4936
Homme	11 482 (43,8%)	4 361 (44,2%)	
Femme	14 748 (56,2%)	5 511 (55,8%)	
Age à la date de bascule			<0,0001
Moyenne (écart-type)	59,9 (19,6)	54,5 (21,9)	
Médiane / Min / Max	63,0 / 15,0 / 102,0	57,0 / 0,0 / 108,0	
Q1 / Q3	46,0 / 75,0	37,0 / 72,0	
Sujet mineur lors de la première prise en charge			<0,0001
Oui	291 (1,1%)	398 (4,0%)	
Âge des patients mineurs			<0,0001
0 – 14	0 (0%)	261 (2,6%)	
15	7 (0,0%)	28 (0,3%)	
16	98 (0,4%)	41 (0,4%)	
17	186 (0,7%)	66 (0,7%)	

→ Constats pour le groupe EQUILIBRES :

- Les patients pris en charge par une équipe EQUILIBRES sont **plus jeunes** que les patients pris en charge par un cabinet témoin.
- **Plus de prises en charge de sujets mineurs** par les IDE EQUILIBRES.

	Total Témoins N = 26 230	Total EQUILIBRES N = 9 872	P-value
ALD active à la date de bascule			<0,0001
Oui	10 627 (40,5%)	3 539 (35,9%)	
Nombre d'ALD à la date index			0,0738
1	6 048 (56,9%)	2 113 (59,7%)	
2	3 250 (30,6%)	1 012 (28,6%)	
3	1 044 (9,8%)	322 (9,1%)	
4	240 (2,3%)	80 (2,3%)	
5	42 (0,4%)	10 (0,3%)	
6	3 (0,0%)	2 (0,1%)	
LPP handicap			0,0002
Oui	<10	12 (0,12%)	



Bénéficiaire de l'AAH			
Oui	1 254 (4,8%)	400 (4,1%)	0,0032
Prise en charge infirmière l'année précédant la date index			
Oui	11 175 (42,6%)	6 262 (63,4%)	<0,0001
Si prise en charge infirmière l'année précédente, dépense infirmier :			<0,0001
Moyenne (écart-type)	259,6 (1 561,4)	637,7 (2 144,1)	
Médiane / Min / Max	14,2 / 0,3 / 66 647,7	18,9 / 3,2 / 34 471,9	
Q1 / Q3	4,7 / 37,8	9,5 / 68,7	
Dépenses de prise en charge total l'année précédant la date index			
Moyenne (écart-type)	5 337,3 (16 162,1)	5 796,5 (11 985,6)	0,0102
Médiane / Min / Max	1 833,6 / 0,0 / 1 281 504,2	1 888,1 / 0,0 / 309 197,7	
Q1 / Q3	524,0 / 5 378,0	622,1 / 5 715,4	

→ Constats pour le groupe EQUILIBRES :

- **Moins de patients avec une ALD**
- **Plus de sujets déjà pris en charge par un IDE l'année précédant la date index**
- **Coût de prise en charge l'année précédente plus élevé**

ALD - Patients pris en charge par IDE EQUILIBRES

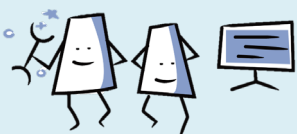
Libellé du diagnostic de l'ALD	Diagnostic de l'ALD	Nombre de sujets	% sur sujets avec ALD	% sur tous les sujets
Diabète sucré non insulino-dépendant	E11	902	25,5%	9,1%
Cardiopathie ischémique chronique	I25	372	10,5%	3,8%
Fibrillation et flutter auriculaires	I48	222	6,3%	2,2%
Tumeur maligne du sein	C50	194	5,5%	2,0%
Athérosclérose	I70	112	3,2%	1,1%
Tumeur maligne de la prostate	C61	109	3,1%	1,1%
Diabète sucré insulino-dépendant	E10	105	3,0%	1,1%
Hypertension essentielle (primitive)	I10	104	2,9%	1,1%
Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus	I64	102	2,9%	1,0%
Épisodes dépressifs	F32	101	2,9%	1,0%

ALD - Patients pris en charge par IDE TÉMOIN

Libellé du diagnostic de l'ALD	Diagnostic de l'ALD	Nombre de sujets	% sur sujets avec ALD	% sur tous les sujets
Diabète sucré non insulino-dépendant	E11	3098	29,2%	11,8%
Cardiopathie ischémique chronique	I25	1163	10,9%	4,4%
Fibrillation et flutter auriculaires	I48	725	6,8%	2,8%
Tumeur maligne du sein	C50	589	5,5%	2,2%
Hypertension essentielle (primitive)	I10	465	4,4%	1,8%
Tumeur maligne de la prostate	C61	451	4,2%	1,7%
Épisodes dépressifs	F32	363	3,4%	1,4%
Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus	I64	362	3,4%	1,4%
Diabète sucré insulino-dépendant	E10	354	3,3%	1,3%
Insuffisance cardiaque	I50	307	2,9%	1,2%

→ Constats pour le groupe EQUILIBRES :

- **Globalement même répartition des ALD.**



Constats sur le comparatif de la patientèle EQUILIBRES et témoin :

- Patientèle EQUILIBRES plus large en termes d'âge que celle des IDE témoins
- Prise en charge de patients pédiatriques (4,0% vs 1,1%) et notamment de patients de moins de 16 ans (2,6% vs 0%)
- Patientèle EQUILIBRES qui nécessite une prise en charge plus importante que celle des IDE témoins
- Plus de sujets ayant eu recours à des soins infirmiers et dépenses soins infirmiers plus élevées l'année précédente
- Moins d'ALD dans la patientèle EQUILIBRES
- Si ALD, type d'ALD comparable

- Appariement et analyse des indicateurs

Au vu des différences entre les deux populations, un appariement est réalisé sur les variables suivantes :

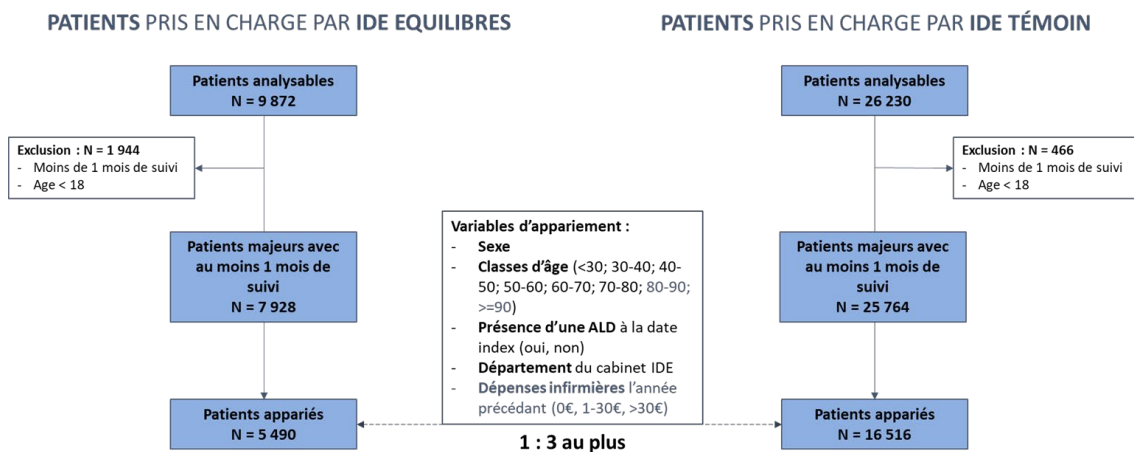
- Age, Sexe, ALD à l'inclusion, Département du cabinet infirmier, coût infirmier l'année précédant la date index.

L'analyse de chaque indicateur aux différents temps a été faite sur les **sujets suivis au moins jusqu'à ce temps donné**. La date de fin de suivi est la date minimum entre la **date de dernière consommation**, la **date de décès** et la **date d'institutionnalisation**.

Ont été exclus des analyses au temps t :

- Les cas non suivis jusqu'au temps t et les témoins correspondants.
- Les témoins non suivis jusqu'au temps t ainsi que les cas et autres témoins correspondants.

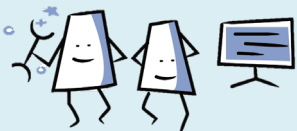
Population appariée



- Effectif et caractéristiques de la population étudiée à chaque temps

Appariement :

- **Sexe**
- **Classes d'âge** (<30; 30-40; 40-50; 50-60; 60-70; 70-80; 80-90; >=90)
- **Présence d'une ALD** à la date index (oui, non)
- **Département** du cabinet IDE
- **Dépenses infirmières** l'année précédant (0€, 1-30€, >30€)



Effectif de la population étudiée à chaque temps

		1 mois	3 mois	6 mois	12 mois
Patients EQUILIBRES	7 928	5 490	5 350	5 211	4 963
Patients TEMOINS	25 764	16 516	16 104	15 688	14 526

Caractéristiques de la population étudiée

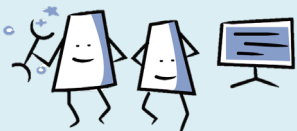
	Patients EQUILIBRES non appariés N = 2 438 (31%)	Patients EQUILIBRES appariés N = 5 490 (69%)	P-value
Sexe : Femme	1 439 (59,0%)	3 050 (55,6%)	0,0040
Age moyen à la date de bascule	57,4 (22,5)	57,2 (19,4)	0,5777
ALD active à la date de bascule : Oui	1 149 (47,1%)	1 910 (34,8%)	<0,0001
Bénéficiaire de l'AAH : Oui	122 (5,0%)	219 (4,0%)	0,0398
Prise en charge infirmière l'année précédant la date index : Oui	2 101 (86,2%)	3 199 (58,3%)	<0,0001
Dépense infirmière moyenne l'année précédant la date index	1 120,5 (2 818,6)	459,9 (1 811,2)	<0,0001
Dépenses de prise en charge total l'année précédant la date index	8 476,2 (13 850,7)	5 749,2 (12 148,7)	<0,0001

- Focus sur les patients non appariés

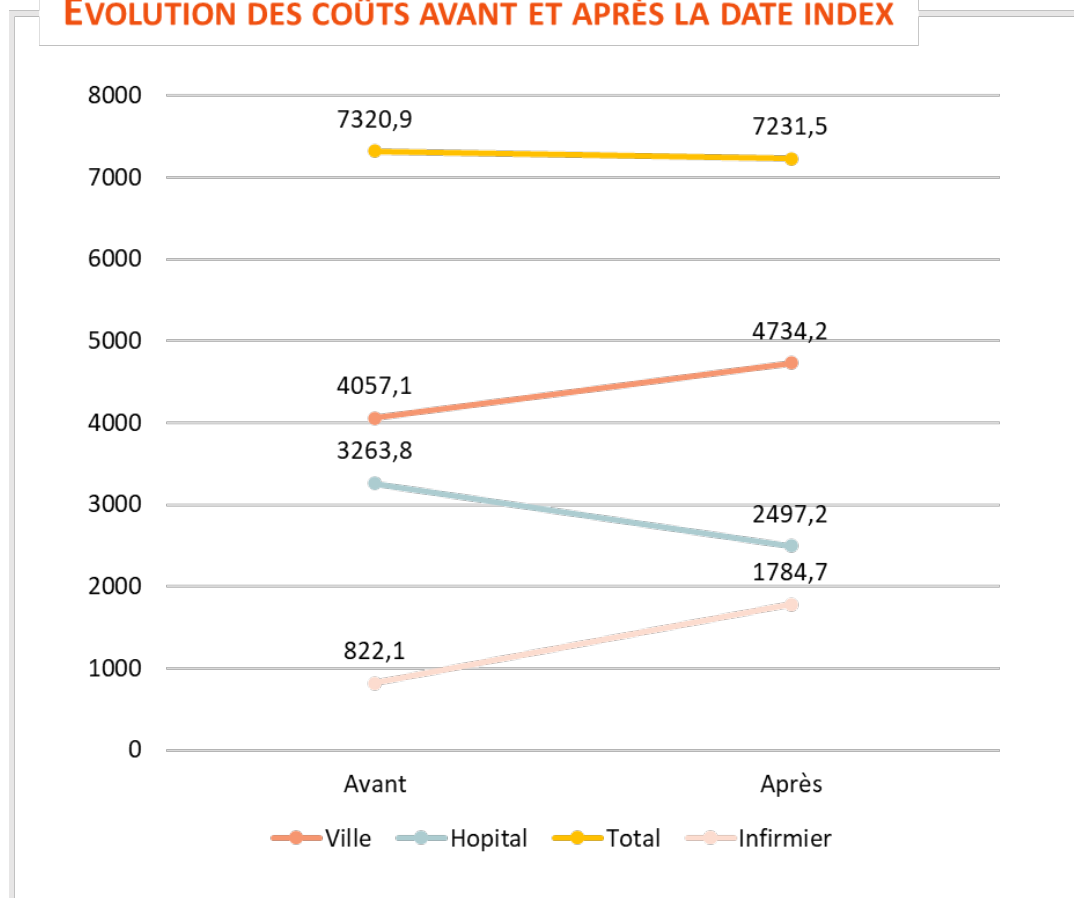
ÉTUDE HOSPITALISATIONS AVANT LA DATE INDEX

- 1 406 patients parmi les 2 438 patients non appariés ont été hospitalisés dans l'année précédant la date index (57,7%).
 - Parmi les patients hospitalisés, le nombre moyen d'hospitalisations est de 2,5 (\pm 3,9)
 - Détail des DP concernant plus de 2% des patients

CIM10 Libellé	Nombre de patients hospitalisés au moins une fois pour le code CIM-10 correspondant
Z51 Autres soins médicaux	147 (10,5%)
Z50 Soins impliquant une rééducation	141 (10,0%)
Z09 autres que les tumeurs malignes	62 (4,4%)
Z04 raisons	52 (3,7%)
Z45 Ajustement et entretien d'une prothèse interne	42 (3,0%)
H25 Cataracte sénile	39 (2,8%)
Z96 Présence d'autres implants fonctionnels	38 (2,7%)
I50 Insuffisance cardiaque	34 (2,4%)
Z47 Autres soins de contrôle orthopédiques	30 (2,1%)



ÉVOLUTION DES COÛTS AVANT ET APRÈS LA DATE INDEX



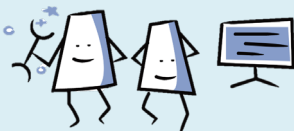
- Prise en charge après la date index

Analyse à 1 mois :

	Témoins N = 16 516	EQUILIBRES N = 5 490	P-value
Au moins une hospitalisation (MCO, SSR ou HAD)	2 076 (12,6%)	556 (10,1%)	<0,0001
Au moins une hospitalisation en MCO	2 021 (12,2%)	546 (9,9%)	<0,0001
Au moins une hospitalisation de jour en MCO	1 179 (7,1%)	332 (6,0%)	0,0056
Au moins une hospitalisation complète en MCO	976 (5,9%)	250 (4,6%)	0,0001
Nombre de séjours	1,2 (0,4)	1,2 (0,5)	0,2278
Durée moyenne de séjours	7,1 (14,5)	7,1 (8,5)	0,5089
Au moins une hospitalisation en SSR	108 (0,7%)	32 (0,6%)	0,5663
Au moins une hospitalisation en HAD	16 (0,1%)	2 (0,0%)	0,2740
Au moins un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation	377 (2,3%)	110 (2,0%)	0,2235

Analyse à 3 mois :

	Témoins N = 16 104	EQUILIBRES N = 5 350	P-value
Au moins une hospitalisation (MCO, SSR ou HAD)	3 250 (20,2%)	854 (16,0%)	<0,0001
Au moins une hospitalisation en MCO	3 174 (19,7%)	835 (15,6%)	<0,0001
Au moins une hospitalisation de jour en MCO	1 929 (12,0%)	527 (9,9%)	<0,0001
Au moins une hospitalisation complète en MCO	1 701 (10,6%)	402 (7,5%)	<0,0001
Nombre de séjours	1,4 (0,9)	1,4 (0,9)	0,4909
Durée moyenne de séjours	7,1 (14,0)	7,1 (8,9)	0,3916
Au moins une hospitalisation en SSR	239 (1,5%)	59 (1,1%)	0,0390
Au moins une hospitalisation en HAD	38 (0,2%)	9 (0,2%)	0,3585
Au moins un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation	734 (4,6%)	212 (4,0%)	0,0662



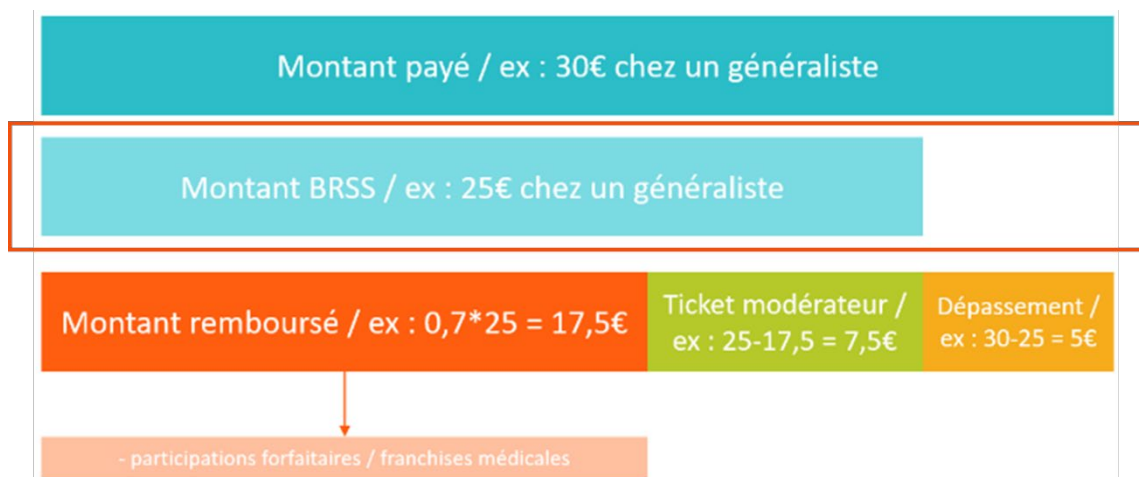
Analyse à 6 mois :

	Témoins N = 15 688	EQUILIBRES N = 5 211	P-value
Au moins une hospitalisation (MCO, SSR ou HAD)	4 225 (26,9%)	1 113 (21,4%)	<0,0001
Au moins une hospitalisation en MCO	4 138 (26,4%)	1 092 (21,0%)	<0,0001
Au moins une hospitalisation de jour en MCO	2 549 (16,2%)	691 (13,3%)	<0,0001
Au moins une hospitalisation complète en MCO	2 328 (14,8%)	559 (10,7%)	<0,0001
Nombre de séjours	1,6 (1,3)	1,6 (1,2)	0,6903
Durée moyenne de séjours	6,7 (12,0)	6,7 (8,5)	0,5713
Au moins une hospitalisation en SSR	351 (2,2%)	89 (1,7%)	0,0211
Au moins une hospitalisation en HAD	54 (0,3%)	17 (0,3%)	0,8468
Au moins un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation	1 162 (7,4%)	348 (6,7%)	0,0783

Analyse à 12 mois :

	Témoins N = 14 951	EQUILIBRES N = 4 963	P-value
Au moins une hospitalisation (MCO, SSR ou HAD)	5 258 (35,2%)	1 334 (26,9%)	<0,0001
Au moins une hospitalisation en MCO	5 174 (34,6%)	1 310 (26,4%)	<0,0001
Au moins une hospitalisation de jour en MCO	3 337 (22,3%)	850 (17,1%)	<0,0001
Au moins une hospitalisation complète en MCO	2 959 (19,8%)	700 (14,1%)	<0,0001
Nombre de séjours	1,8 (1,7)	1,8 (1,6)	0,8173
Durée moyenne de séjours	6,4 (9,4)	7,1 (10,6)	0,1913
Au moins une hospitalisation en SSR	484 (3,2%)	124 (2,5%)	0,0088
Au moins une hospitalisation en HAD	58 (0,4%)	17 (0,3%)	0,6510
Au moins un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation	1 645 (11,0%)	503 (10,1%)	0,0878

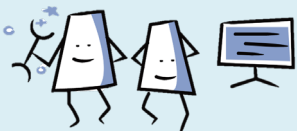
- Dépense remboursée par l'assurance maladie L'année suivant la date index



- Montant de base de remboursement l'année suivant la date index

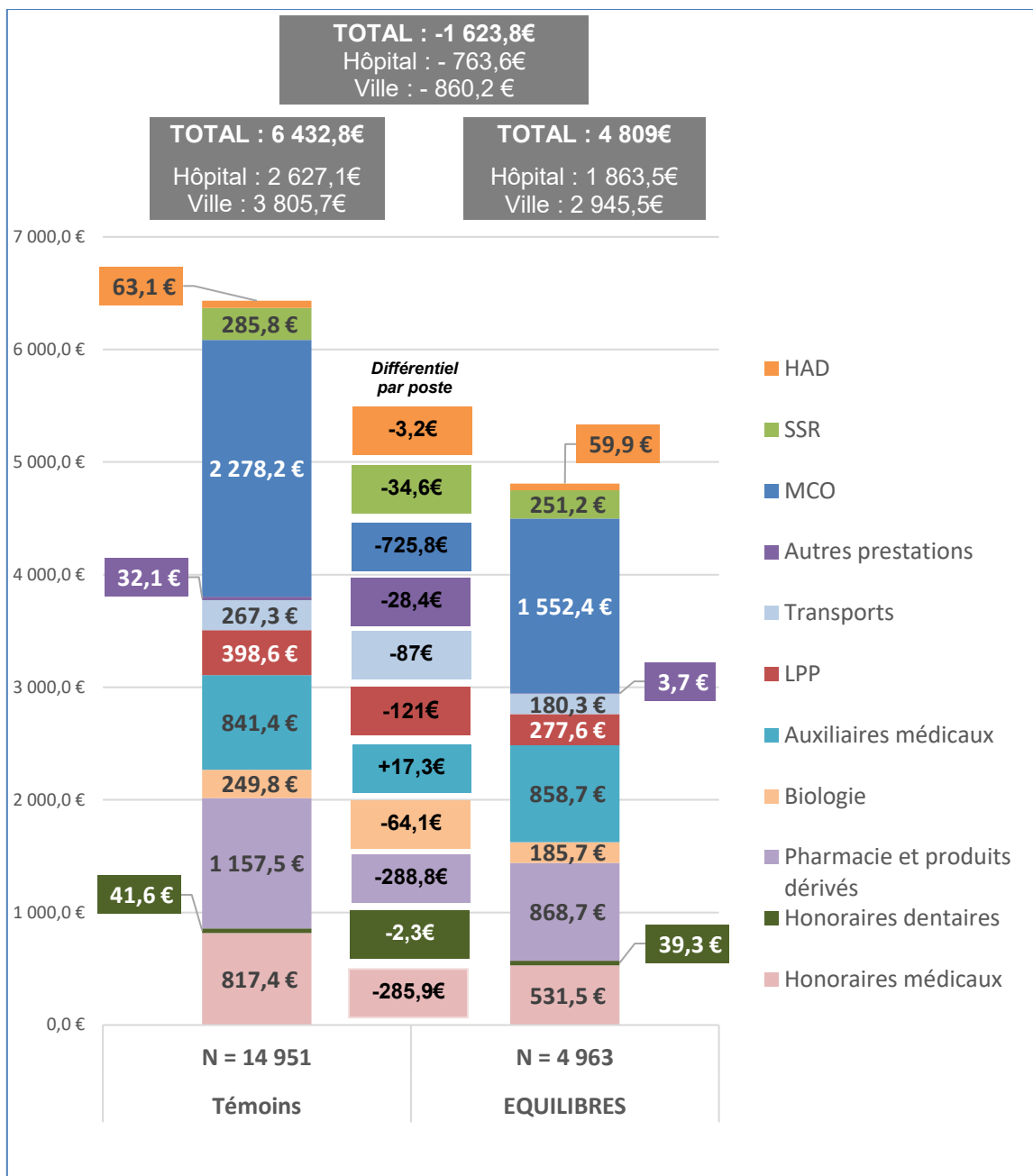
Montant de base de remboursement l'année suivant la date index

	Témoins N = 14 951	EQUILIBRES N = 4 963	P-valeur
Honoraires médicaux	817,4 (1 637,5)	531,5 (1 154,3)	<0,0001
Honoraires dentaires	41,6 (161,5)	39,3 (135,8)	0,1361
Pharmacie et produits dérivés	1157,5 (6 239,4)	868,7 (3 759,5)	<0,0001
Biologie	249,8 (2 530,8)	185,7 (260,6)	<0,0001
Auxiliaires médicaux	841,4 (2 395,4)	858,7 (2 834,9)	0,4972
Dont infirmier	604,6 (2 179,4)	672,6 (2 586,7)	<0,0001
LPP	398,6 (1 293,2)	277,6 (960,7)	<0,0001
Transports	267,3 (1 324,1)	180,3 (949,4)	<0,0001
Autres prestations	32,1 (292,7)	3,7 (47,9)	0,2139



MCO	2 278,2 (7 847,9)	1 552,4 (5 592,7)	<0,0001
SSR	285,8 (2 396,4)	251,2 (2 119,9)	0,0266
HAD	63,1 (1 009,5)	59,9 (1 242,1)	0,9525

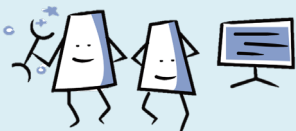
Montant de base de remboursement l'année suivant la date index



- 10 traitements les plus coûteux

10 traitements les plus coûteux – TEMOINS / CAS

Libellé	Code ATC	Code ATC	Libellé
Antinéoplasiques	L01	L04	Immunosuppresseurs
Immunosuppresseurs	L04	L01	Antinéoplasiques
Thérapeutique endocrine	L02	L02	Thérapeutique endocrine
Antihémorragiques	B02	R03	Médicaments pour les syndromes obstructifs des voies aériennes
Médicaments du diabète	A10	A10	Médicaments du diabète



Médicaments pour les syndromes obstructifs des voies respiratoires	R03	J05	Antiviraux à usage systémique
Antithrombotiques	B01	S01	Médicaments ophtalmologiques
Immunostimulants	L03	B01	Antithrombotiques
Médicaments ophtalmologiques	S01	L03	Immunostimulants
Antiviraux à usage systémique	J05	N02	Analgésiques

- 10 traitements les plus fréquents

10 traitements les plus fréquents – TEMOINS / CAS

Libellé	Code ATC	Code ATC	Libellé
Analgsésiques	N02	N02	Analgsésiques
Antithrombotiques	B01	B01	Antithrombotiques
Psycholeptiques	N05	N05	Psycholeptiques
Vitamines	A11	A11	Vitamines
Médicaments du diabète	A10	N06	Psychoanaleptiques
Psychoanaleptiques	N06	S01	Médicaments ophtalmologiques
Médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine	C09	A10	Médicaments du diabète
			Médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine
Médicaments ophtalmologiques	S01	C09	Bétabloquants
Diurétiques	C03	C07	Antibactériens (usage systémique)
Bétabloquants	C07	J01	

- 10 LPP les plus coûteux

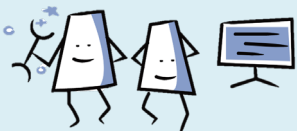
10 LPP les plus fréquents – TEMOINS / CAS

Libellé	Chapitre LPP	Chapitre LPP	Libellé
dm et prest associ de perf a dom (hors insulino)	1-1-2-1-0	1-1-1-2-3	dispositif médical a ppc pour tt de l'apnée du sommeil et prestations associées
pansements hydrocellulaires	1-3-1-7-10	1-1-2-1-0	dm et prest associ de perf a dom (hors insulino)
dispositif medical a ppc pour tt de l'apnee du sommeil et prestations associees	1-1-1-2-3	1-3-1-7-10	pansements hydrocellulaires
systèmes d'autosurveillance de la glycémie	1-1-3-1-1	1-1-3-1-1	systèmes d'autosurveillance de la glycémie
lits medicaux	1-2-1-1-1	1-1-1-2-5	oxygénothérapie
produits pour complementation nutritionnelle orale destinees aux adultes	1-1-5-1-2	1-1-5-1-2	produits pour complémentetion nutritionnelle orale destinées aux adultes
dispositifs medicaux de recueil ou de drainage des urines	1-1-4-1-8	1-2-1-1-1	lits médicaux
oxygénothérapie	1-1-1-2-5	1-1-4-1-8	dispositifs médicaux de recueil ou de drainage des urines
forfaits hebdo correspondant a l'association de forfaits insuffisance respirat	1-1-1-2-4	1-1-1-2-4	forfaits hebdo correspondant a l'association de forfaits insuffisance respirat
Système compressif multicouche	1-3-2-1-4	1-3-2-1-4	Système compressif multicouche

- 10 LPP les plus fréquents

10 LPP les plus fréquents – TEMOINS / CAS

Libellé	Chapitre LPP	Chapitre LPP	Libellé
pansements hydrocellulaires	1-3-1-7-10	1-1-1-2-3	dispositif medical a ppc pour tt de l'apnee du sommeil et prestations associees
compresses steriles pour nettoyage de plaies et/ou realisation de pansements	1-3-1-2-1	1-3-1-2-1	compresses steriles pour nettoyage de plaies et/ou realisation de pansements
dispositif medical a ppc pour tt de l'apnee du sommeil et prestations associees	1-1-1-2-3	1-1-3-1-1	systèmes d'autosurveillance de la glycémie
lits medicaux	1-2-1-1-1	1-2-1-1-1	lits medicaux
systèmes d'autosurveillance de la glycémie	1-1-3-1-1	1-1-7-5-3	solution sterile pour tt symptomatique secheresse oculaire-keratite ou kerac...
produits pour complementation nutritionnelle orale destinees aux adultes	1-1-5-1-2	1-3-1-7-10	pansements hydrocellulaires
systèmes de maintien adhésifs	1-3-1-3-1	1-1-3-2-2	stylos injecteurs avec aiguille ou sans aiguille
stylos injecteurs avec aiguille ou sans aiguille	1-1-3-2-2	1-3-1-3-1	systèmes de maintien adhésifs



solution stérile pour tt symptomatique sécheresse oculaire-keratite ou kerac...	1-1-7-5-3	1-1-5-1-2	produits nutritionnels pour complémentation orale destinées aux adultes
Dispositifs de prélèvements sanguins capillaires (autosurveillance)	1-1-3-1-3	1-2-2-6-0	Fauteuil roulant à la location et prestation de livraison

Constats sur le comparatif de la patientèle EQUILIBRES et témoin APPARIES :

- Statistiquement, moins d'hospitalisations chez les patients EQUILIBRES quelle que soit la période de temps étudiée :
 - >>> Différence significative principalement due à la différence des hospitalisations en MCO.
 - >>> Différence significative sur les hospitalisations en SSR à partir de l'étude à 3 mois.
 - Dépenses moins élevées dans le groupe EQUILIBRES à la fois sur les dépenses de ville et hospitalières.
 - **POINT DE VIGILANCE** : Seuls 70% des patients EQUILIBRES ont pu être appariés. Les patients avec le plus de consommations IDE avant la date index n'ont pas été appariés.
- Importance de regarder, pour les patients EQUILIBRES, l'évolution avant et après la date index.

8.2.4. Analyse par sous-groupes

Effectif de la population étudiée à chaque temps

		Avant appariement	1 mois	3 mois	6 mois	12 mois
ALD Diabète	Patients EQUILIBRES	868 (10,9%)	512	493	468	431
	Patients TEMOINS	3 347 (13,0%)	1 450	1 396	1 322	1 216
ALD Cancer	Patients EQUILIBRES	662 (8,4%)	360	341	318	280
	Patients TEMOINS	2 406 (9,3%)	990	939	871	766
ALD Psychiatrie	Patients EQUILIBRES	611 (7,7%)	336	332	324	306
	Patients TEMOINS	1 650 (6,4%)	910	899	876	823
ALD Alzheimer	Patients EQUILIBRES	133 (1,7%)	Trop peu de sujets			
	Patients TEMOINS	250 (1,0%)				
ALD Cardio-vasc.	Patients EQUILIBRES	1 014 (12,8%)	554	581	541	479
	Patients TEMOINS	3 715 (14,4%)	1 592	1 669	1 557	1 373
ALD Cardio-vasc. (sans HTA sévère)	Patients EQUILIBRES	955 (12,0%)	556	531	496	437
	Patients TEMOINS	3 372 (13,1%)	1 592	1 521	1 422	1 249
Aucune ALD à l'inclusion	Patients EQUILIBRES	4 869 (61,4%)	3 582	3 534	3 495	3 404
	Patients TEMOINS	10 468 (40,6%)	10 655	10 514	10 398	10 132
AAH	Patients EQUILIBRES	341 (4,3%)	189	184	180	176
	Patients TEMOINS	1 183 (4,6%)	502	489	478	466

Constats sur le comparatif de la patientèle EQUILIBRES et témoin APPARIES par sous-groupe :

- Constats identiques sur les sous-populations (résultats en annexe) sur des périodes de temps différentes.

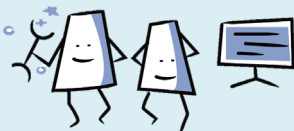
- Patients ALD Diabète (n°8)

Appariement :

- **Sexe**
- **Classes d'âge** (<30 ; 30-40 ; 40-50 ; 50-60 ; 60-70 ; 70-80 ; 80-90 ; >=90)
- **Département** du cabinet IDE
- **Dépenses infirmières** l'année précédant (0€, 1-30€, >30€)

Effectif de la population étudiée à chaque temps

		1 mois	3 mois	6 mois	12 mois
Patients EQUILIBRES	868 (10,9%)	512	493	468	431
Patients TEMOINS	3 347 (13,0%)	1 450	1 396	1 322	1 216



Caractéristiques de la population étudiée

	Patients EQUILIBRES appariés N = 356 (41,0%)	nonPatients appariés N = 512 (59%)	P-value
Sexe : Femme	178 (50,0%)	231 (45,1%)	0,1563
Age moyen à la date de bascule	72,0 (14,3)	70,1 (11,3)	0,0363
Bénéficiaire de l'AAH : Oui	17 (4,8%)	17 (3,3%)	0,2771
Prise en charge infirmière l'année précédant la date index : Oui	346 (97,2%)	408 (79,7%)	<0,0001
Dépense infirmière moyenne l'année précédant la date index	2 279,3 (3 503,9)	867,5 (2 547,4)	<0,0001
Dépenses de prise en charge total l'année précédant la date index	15 234,0 (20 856,6)	9 394,8 (17 764,8)	<0,0001

Prise en charge après la date index – patients ALD diabète (n°8) - Analyse à 1 mois :

	Témoins N = 1 450	EQUILIBRES N = 512	P-value
Au moins une hospitalisation (MCO, SSR ou HAD)	192 (13,2%)	68 (13,3%)	0,9818
Au moins une hospitalisation en MCO	186 (12,8%)	67 (13,1%)	0,8808
Au moins une hospitalisation de jour en MCO	96 (6,6%)	29 (5,7%)	0,4461
HDJ pour diabète	1 (0,1%)	1 (0,2%)	0,4539
Au moins une hospitalisation complète en MCO	104 (7,2%)	39 (7,6%)	0,7393
Nombre de séjour	1,2 (0,4)	1,2 (0,4)	0,9682
Durée moyenne de séjour	7,6 (7,0)	8,6 (8,9)	0,4771 (b)
Au moins une hospitalisation en SSR	7 (0,5%)	7 (1,4%)	0,0612
Au moins une hospitalisation en HAD	3 (0,2%)	2 (0,4%)	0,6104

Prise en charge après la date index – patients ALD diabète (n°8) - Analyse à 3 mois :

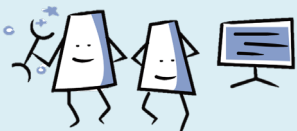
	Témoins N = 1 396	EQUILIBRES N = 493	P-value
Au moins une hospitalisation (MCO, SSR ou HAD)	312 (22,3%)	106 (21,5%)	0,6964
Au moins une hospitalisation en MCO	302 (21,6%)	106 (21,5%)	0,9511
Au moins une hospitalisation de jour en MCO	156 (11,2%)	57 (11,6%)	0,8153
HDJ pour diabète	7 (0,5%)	2 (0,4%)	1,0000
Au moins une hospitalisation complète en MCO	189 (13,5%)	68 (13,8%)	0,8874
Nombre de séjour	1,4 (0,8)	1,5 (0,9)	0,6652
Durée moyenne de séjour	8,5 (20,2)	8,2 (8,7)	0,7188
Au moins une hospitalisation en SSR	26 (1,9%)	11 (2,2%)	0,6115
Au moins une hospitalisation en HAD	7 (0,5%)	2 (0,4%)	1,0000

Prise en charge après la date index – patients ALD diabète (n°8) - Analyse à 6 mois :

	Témoins N = 1 322	EQUILIBRES N = 468	P-value
Au moins une hospitalisation (MCO, SSR ou HAD)	431 (32,6%)	125 (26,7%)	0,0179
Au moins une hospitalisation en MCO	423 (32,0%)	125 (26,7%)	0,0329
Au moins une hospitalisation de jour en MCO	228 (17,2%)	64 (13,7%)	0,0723
HDJ pour diabète	19 (1,3%)	3 (0,6%)	0,1808
Au moins une hospitalisation complète en MCO	283 (21,4%)	83 (17,7%)	0,0905
Nombre de séjour	1,6 (1,2)	1,7 (1,4)	0,5052
Durée moyenne de séjour	7,3 (13,4)	7,4 (7,4)	0,6746
Au moins une hospitalisation en SSR	41 (3,1%)	11 (2,4%)	0,4058
Au moins une hospitalisation en HAD	9 (0,7%)	1 (0,2%)	0,4694

Prise en charge après la date index – patients ALD diabète (n°8) - Analyse à 12 mois :

	Témoins N = 1 216	EQUILIBRES N = 431	P-value
Au moins une hospitalisation (MCO, SSR ou HAD)	513 (42,2%)	148 (34,3%)	0,0043
Au moins une hospitalisation en MCO	504 (41,4%)	146 (33,9%)	0,0057
Au moins une hospitalisation de jour en MCO	310 (25,5%)	85 (19,7%)	0,0159
HDJ pour diabète	33 (2,3%)	11 (2,1%)	0,8671
Au moins une hospitalisation complète en MCO	337 (27,7%)	94 (21,8%)	0,0166
Nombre de séjour	2,0 (1,9)	2,0 (1,9)	0,5402
Durée moyenne de séjour	6,8 (11,7)	7,2 (7,0)	0,5290
Au moins une hospitalisation en SSR	58 (4,8%)	17 (3,9%)	0,4800

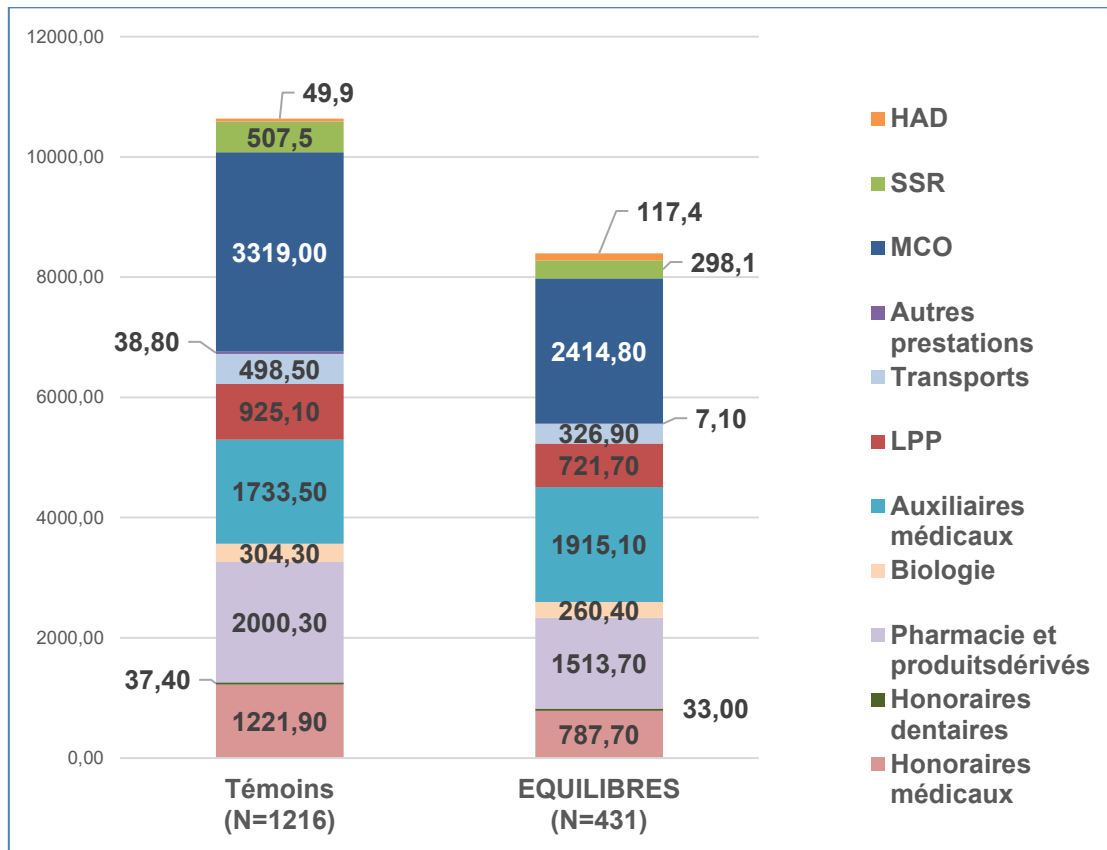


Au moins une hospitalisation en HAD 8 (0,7%) 2 (0,5%) 1,0000

Montant de base de remboursement L'année suivant la date index : Patients ALD Diabète (n°8)

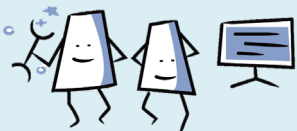
	Témoins	EQUILIBRES	P-valeur
Honoraires médicaux	1 221,9 (2 785,0)	787,7 (1 252,2)	<0,0001
Honoraires dentaires	37,4 (122,1)	33,0 (107,1)	0,4581
Pharmacie et produits dérivés	2 000,3 (5 142,1)	1 513,7 (2 966,4)	<0,0001
Biologie	304,3 (390,9)	260,4 (356,7)	0,0033
Auxiliaires médicaux	1 733,5 (3 553,2)	1 915,1 (4 714,4)	0,7006
Dont infirmier	1 420,5 (3 316,3)	1 651,0 (4 452,5)	0,0017
LPP	925,1 (1 821,4)	721,7 (1 549,8)	0,0015
Transports	498,5 (2 076,8)	326,9 (1 546,6)	<0,0001
Autres prestations	38,8 (104,6)	7,1 (67,2)	0,8378
MCO	3 319,0 (8 522,0)	2 414,8 (6 560,4)	0,0077
SSR	507,5 (4 242,1)	298,1 (2 112,9)	0,2049
HAD	49,9 (578,1)	117,4 (1 347,2)	0,7339

Montant de base de remboursement l'année suivant la date index



10 traitements les plus coûteux : Patients ALD Diabète (n°8)

Libellé	Code ATC	Code ATC	Libellé
Antinéoplasiques	L01	A10	Médicaments du diabète
Médicaments du diabète	A10	L02	Thérapeutique endocrine
Médicaments ophtalmologiques	S01	L01	Antinéoplasiques
Analgésiques	N02	B01	Antithrombotiques
Antithrombotiques	B01	S01	Médicaments ophtalmologiques
			Médicaments pour les syndromes obstructifs des voies aériennes
Immunosuppresseurs	L04	R03	Hormones hypophysaires, hypothalamiques et analogues
Thérapeutique endocrine	L02	H01	
Médicaments pour les syndromes obstructifs des voies aériennes	R03	L04	Immunosuppresseurs
préparations antianémiques	B03	V04	Médicaments pour diagnostic
Médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine	C09	N02	Analgésiques



10 traitements les plus Fréquents : Patients ALD Diabète (n°8)

Libellé	Code ATC	Code ATC	Libellé
Médicaments du diabète	A10	A10	Médicaments du diabète
Antithrombotiques	B01	B01	Antithrombotiques
Analgésiques	N02	N02	Analgésiques
Médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine	C09	C09	Médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine
Agents modifiant lipides	C10	C10	Agents modifiant lipides
Diurétiques	C03	N05	Psycholeptiques
Vitamines	A11	A11	Vitamines
Psycholeptiques	N05	C03	Diurétiques
Bétabloquants	C07	N06	Psychoanaleptiques
Médicaments ophtalmologiques	S01	C07	Bétabloquants

10 LPP les plus Couteux : Patients ALD Diabète (n°8)

Libellé	Chapitre LPP	Chapitre LPP	Libellé
systèmes d'autosurveillance de la glycémie	1-1-3-1-1	1-1-3-1-1	systèmes d'autosurveillance de la glycémie
dm et prest associ de perf a dom (hors insulino)	1-1-2-1-0	1-1-1-2-3	dispositif medical a ppc pour tt de l'apnee du sommeil et prestations associees
dispositif medical a ppc pour tt de l'apnee du sommeil et prestations associees	1-1-1-2-3	1-1-2-3-1	pompes a insuline externes, portables et programmables
pansements hydrocellulaires	1-3-1-7-10	1-1-2-3-2	pompes a insuline externe sans tubulure exterieure dites "pompes patches"
lits medicaux	1-2-1-1-1	1-2-1-1-1	lits medicaux
produits pour complementation nutritionnelle orale destinees aux adultes	1-1-5-1-2	1-3-1-7-10	pansements hydrocellulaires
pompes a insuline externe sans tubulure exterieure dites "pompes patches"	1-1-2-3-2	1-1-3-2-2	stylos injecteurs avec aiguille ou sans aiguille
forfaits hebdo correspondant a l'association de forfaits insuffisance respirat	1-1-1-2-4	1-1-1-2-4	forfaits hebdo correspondant a l'association de forfaits insuffisance respirat
stylos injecteurs avec aiguille ou sans aiguille	1-1-3-2-2	1-1-2-1-0	dm et prest associ de perf a dom (hors insulino)
systeme compressif multicouche	1-3-2-1-4	1-1-1-2-5	oxygenotherapie

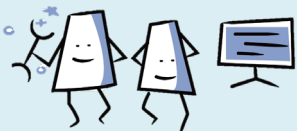
10 LPP les plus fréquents : Patients ALD Diabète (n°8)

Libellé	Chapitre LPP	Chapitre LPP	Libellé
systèmes d'autosurveillance de la glycémie	1-1-3-1-1	1-1-3-1-1	systèmes d'autosurveillance de la glycémie
stylos injecteurs avec aiguille ou sans aiguille	1-1-3-2-2	1-1-1-2-3	dispositif medical a ppc pour tt de l'apnee du sommeil et prestations associees
dispositif medical a ppc pour tt de l'apnee du sommeil et prestations associees	1-1-1-2-3	1-1-3-2-2	stylos injecteurs avec aiguille ou sans aiguille
lits medicaux	1-2-1-1-1	1-1-3-1-3	dispositifs de prelevements sanguins capillaires (autosurveillance)
dispositifs de prelevements sanguins capillaires (autosurveillance)	1-1-3-1-3	1-2-1-1-1	lits medicaux
pansements hydrocellulaires	1-3-1-7-10	1-3-1-2-1	compresses steriles pour nettoyage de plaies et/ou realisation de pansements
produits pour complementation nutritionnelle orale destinees aux adultes	1-1-5-1-2	1-3-1-7-10	pansements hydrocellulaires
fauteuil roulant a la location et prestation de livraison	1-2-2-6-0	1-2-2-6-0	fauteuil roulant a la location et prestation de livraison
systèmes de maintien adhésifs	1-3-1-3-1	1-3-1-3-1	systèmes de maintien adhésifs
solution sterile pour tt symptomatique secheresse oculaire-keratite ou kerac...	1-1-7-5-3	1-1-5-1-2	produits pour complementation nutritionnelle orale destinees aux adultes

- Patients ALD Cancer (n°30)

Appariement :

- **Sexe**
- **Classes d'âge** (<30 ; 30-40 ; 40-50 ; 50-60 ; 60-70 ; 70-80 ; 80-90 ; >=90)
- **Département** du cabinet IDE
- **Dépenses infirmières** l'année précédant (0€, 1-30€, >30€)



Effectif de la population étudiée à chaque temps

	1 mois	3 mois	6 mois	12 mois
Patients EQUILIBRES	662 (8,4%)	360	341	318
Patients TEMOINS	2 406 (9,3%)	990	939	871

Caractéristiques de la population étudiée

	Patients EQUILIBRES non appariés N = 302 (45,6%)	Patients EQUILIBRES appariés N = 360 (54,4%)	P-value
Sexe : Femme	165 (54,6%)	202 (56,1%)	0,7037
Age moyen à la date de bascule	70,3 (15,4)	69,2 (12,6)	0,3304
Bénéficiaire de l'AAH : Oui	12 (4,0%)	8 (2,2%)	0,1898
Prise en charge infirmière l'année précédant la date index : Oui	294 (97,4%)	269 (74,7%)	<0,0001
Dépense infirmière moyenne l'année précédant la date index	1 271,4 (2 557,8)	632,1 (1 967,9)	<0,0001
Dépenses de prise en charge total l'année précédant la date index	20 718,2 (26 177,8)	12 742,4 (17 580,7)	<0,0001

Prise en Charge après la date index : Patients ALD cancer (n°30) - Analyse à 1 mois :

	Témoins N = 990	EQUILIBRES N = 360	P-value
Au moins une hospitalisation (MCO, SSR ou HAD)	218 (22,0%)	72 (20,0%)	0,4241
Au moins une hospitalisation en MCO	214 (21,6%)	72 (20,0%)	0,5205
Au moins une hospitalisation de jour en MCO	146 (14,7%)	48 (13,3%)	0,5125
HDJ pour cancer	4 (0,4%)	3 (0,8%)	0,3920
Au moins une hospitalisation complète en MCO	88 (8,9%)	34 (9,4%)	0,7529
Nombre de séjour	1,3 (0,7)	1,4 (0,8)	0,7643
Durée moyenne de séjour	8,1 (11,5)	8,2 (11,7)	0,7719
Au moins une hospitalisation en SSR	12 (1,2%)	2 (0,6%)	0,3765
Au moins une hospitalisation en HAD	4 (0,4%)	2 (0,6%)	0,6603

Prise en Charge après la date index : Patients ALD cancer (n°30) - Analyse à 3 mois :

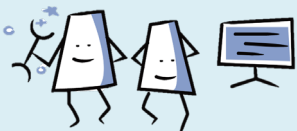
	Témoins N = 939	EQUILIBRES N = 341	P-value
Au moins une hospitalisation (MCO, SSR ou HAD)	305 (32,5%)	105 (30,8%)	0,5668
Au moins une hospitalisation en MCO	301 (32,1%)	105 (30,8%)	0,6676
Au moins une hospitalisation de jour en MCO	209 (22,3%)	72 (21,1%)	0,6622
HDJ pour diabète	14 (1,4%)	5 (1,4%)	0,9722
Au moins une hospitalisation complète en MCO	149 (15,9%)	54 (15,8%)	0,9889
Nombre de séjour	1,6 (1,2)	1,6 (1,1)	0,8774
Durée moyenne de séjour	8,0 (10,6)	9,1 (10,9)	0,2321
Au moins une hospitalisation en SSR	18 (1,9%)	7 (2,1%)	0,8766
Au moins une hospitalisation en HAD	5 (0,5%)	4 (1,2%)	0,2579

Prise en Charge après la date index : Patients ALD cancer (n°30) - Analyse à 6 mois :

	Témoins N = 871	EQUILIBRES N = 318	P-value
Au moins une hospitalisation (MCO, SSR ou HAD)	372 (42,7%)	120 (37,7%)	0,1232
Au moins une hospitalisation en MCO	370 (42,5%)	120 (37,7%)	0,1413
Au moins une hospitalisation de jour en MCO	250 (28,7%)	75 (23,6%)	0,0797
HDJ pour diabète	20 (2,0%)	6 (1,7%)	0,6760
Au moins une hospitalisation complète en MCO	210 (24,1%)	75 (23,6%)	0,8510
Nombre de séjour	1,9 (1,6)	1,7 (1,4)	0,2280
Durée moyenne de séjour	7,1 (8,7)	9,3 (10,7)	0,0649
Au moins une hospitalisation en SSR	28 (3,2%)	7 (2,2%)	0,3601
Au moins une hospitalisation en HAD	8 (0,9%)	3 (0,9%)	1,0000

Prise en Charge après la date index : Patients ALD cancer (n°30) - Analyse à 12 mois :

	Témoins N = 766	EQUILIBRES N = 280	P-value
Au moins une hospitalisation (MCO, SSR ou HAD)	401 (52,3%)	122 (43,6%)	0,0119
Au moins une hospitalisation en MCO	399 (52,1%)	121 (43,2%)	0,0110
Au moins une hospitalisation de jour en MCO	285 (37,2%)	81 (28,9%)	0,0129

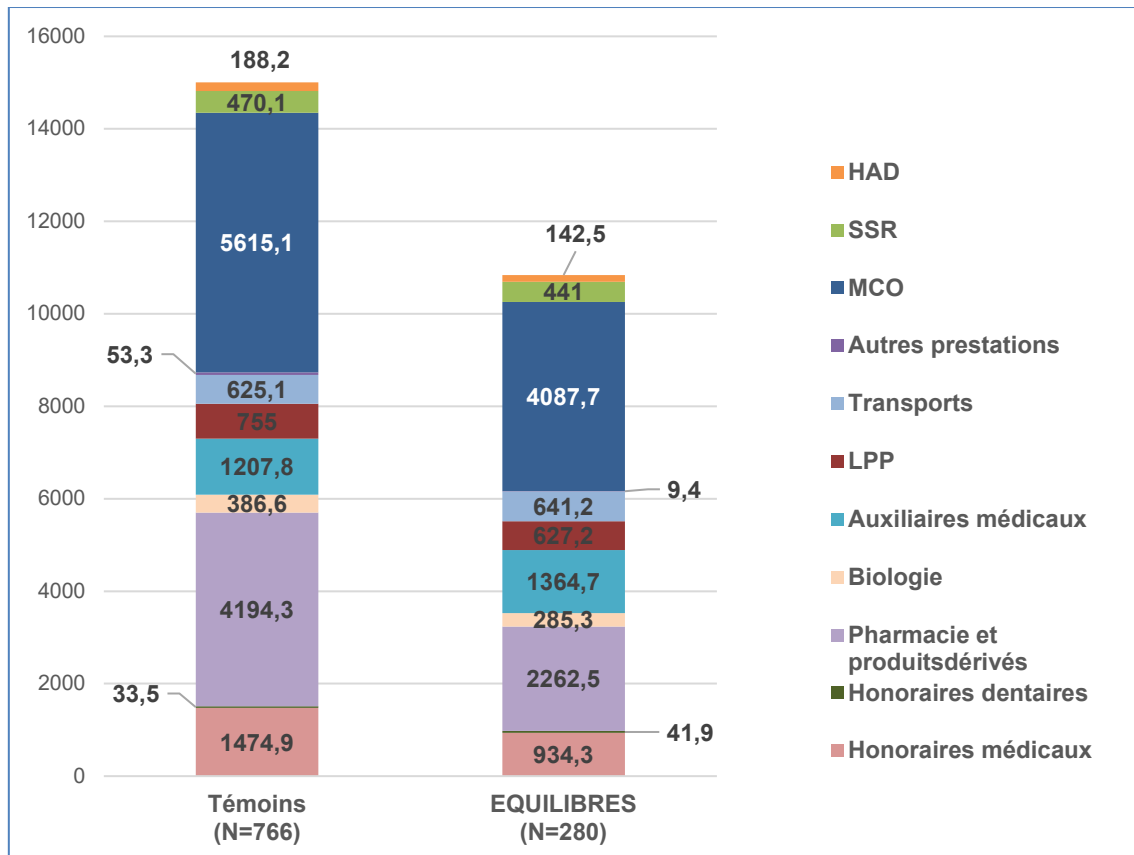


HDJ pour diabète	30 (3,0%)	7 (1,9%)	0,2799
Au moins une hospitalisation complète en MCO	235 (30,7%)	72 (25,7%)	0,1185
Nombre de séjour	2,1 (2,0)	2,3 (2,2)	0,3309
Durée moyenne de séjour	7,2 (8,2)	8,8 (12,0)	0,3807
Au moins une hospitalisation en SSR	32 (4,2%)	12 (4,3%)	0,9385
Au moins une hospitalisation en HAD	10 (1,3%)	2 (0,7%)	0,5317

Montant de base de remboursement L'année suivant la date index : Patients ALD cancer (n°30)

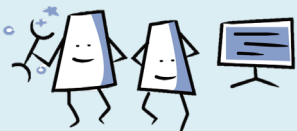
	Témoins	EQUILIBRES	P-valeur
Honoraires médicaux	1474,9 (2177,1)	934,3 (1678,4)	<0,0001
Honoraires dentaires	33,5 (80,2)	41,9 (106,4)	0,2857
Pharmacie et produits dérivés	4194,3 (12095,5)	2262,5 (6689,7)	<0,0001
Biologie	386,6 (390,4)	285,3 (350,3)	<0,0001
Auxiliaires médicaux	1207,8 (2772,2)	1364,7 (3333,4)	0,3857
Dont infirmier	936,4 (2 567,4)	1 064,5 (3 012,0)	0,0206
LPP	755,0 (1 731,9)	627,2 (1 860,1)	<0,0001
Transports	625,1 (1 464,0)	641,2 (2 018,3)	0,0024
Autres prestations	53,3 (123,0)	9,4 (78,5)	<0,0001
MCO	5 615,1 (12 988,4)	4 087,7 (10 455,2)	0,0047
SSR	470,1 (5 082,9)	441,0 (2 968,1)	0,7667
HAD	188,2 (1 874,8)	142,5 (1 182,5)	0,6708

Montant de base de remboursement l'année suivant la date index



10 traitements les plus coûteux : Patients ALD cancer (n°30)

Libellé	Code ATC	Code ATC	Libellé
Antinéoplasiques	L01	L01	Antinéoplasiques
Antihémorragiques	B02	L04	Immunosuppresseurs
Thérapeutique endocrine	L02	L02	Thérapeutique endocrine
Immunosuppresseurs	L04	B02	Antihémorragiques
Immunostimulants	L03	B01	Antithrombotiques
Antithrombotiques	B01	L03	Immunostimulants
préparations antianémiques	B03	H01	Hormones hypophysaires, hypothalamiques et analogues
Hormones hypophysaires, hypothalamiques et analogues	H01	A10	Médicaments du diabète
Analgésiques	N02	N02	Analgésiques
Médicaments du diabète	A10	B03	préparations antianémiques



10 traitements les plus Fréquents : Patients ALD cancer (n°30)

Libellé	Code ATC	Code ATC	Libellé
Analgésiques	N02	N02	Analgésiques
Antithrombotiques	B01	B01	Antithrombotiques
Vitamines	A11	N05	Psycholeptiques
Psycholeptiques	N05	A11	Vitamines
Psychoanaleptiques	N06	N06	Psychoanaleptiques
Médicaments ophtalmologiques	S01	L02	Thérapeutique endocrin
Médicaments du diabète	A10	A10	Médicaments du diabète
Médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine	C09	C03	Diurétiques
Antibactériens à usage systémique	J01	C09	Médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine
Diurétiques	C03	C07	Bétabloquants

10 LPP les plus Couteux : Patients ALD cancer (n°30)

Libellé	Chapitre LPP	Chapitre LPP	Libellé
dm et prest associ de perf a dom (hors insulino)	1-1-2-1-0	1-3-1-2-1	compresses steriles pour nettoyage de plaies et/ou realisation de pansements
produits pour complementation nutritionnelle orale destinees aux adultes	1-1-5-1-2	1-2-1-1-1	lits medicaux
pansements hydrocellulaires	1-3-1-7-10	1-1-3-1-1	systèmes d'autosurveillance de la glycémie
oxygenotherapie	1-1-1-2-5	1-1-1-2-3	dispositif medical a ppc pour tt de l'apnee du sommeil et prestations associees
prestations associees a la nutrition enterale a domicile	1-1-5-2-1	1-3-1-7-10	pansements hydrocellulaires
lits medicaux	1-2-1-1-1	1-1-5-1-2	produits pour complementation nutritionnelle orale destinees aux adultes
dispositif medical a ppc pour tt de l'apnee du sommeil et prestations associees	1-1-1-2-3	1-1-7-5-3	solution sterile pour tt symptomatique secheresse oculaire-keratite ou kerac...
dispositifs medicaux de recueil ou de drainage des urines	1-1-4-1-8	1-1-2-1-0	dm et prest associ de perf a dom (hors insulino)
systèmes d'autosurveillance de la glycémie	1-1-3-1-1	1-1-3-2-2	stylos injecteurs avec aiguille ou sans aiguille
forfaits hebdo correspondant a l'association de forfaits insuffisance respirat	1-1-1-2-4	1-2-2-6-0	fauteuil roulant a la location et prestation de livraison

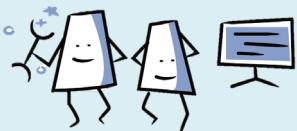
10 LPP les plus fréquents : Patients ALD cancer (n°30)

Libellé	Chapitre LPP	Chapitre LPP	Libellé
lits medicaux	1-2-1-1-1	1-1-2-1-0	dm et prest associ de perf a dom (hors insulino)
compresses steriles pour nettoyage de plaies et/ou realisation de pansements	1-3-1-2-1	1-1-1-2-5	oxygenotherapie
pansements hydrocellulaires	1-3-1-7-10	1-1-4-1-8	dispositifs medicaux de recueil ou de drainage des urines
dispositif medical a ppc pour tt de l'apnee du sommeil et prestations associees	1-1-1-2-3	1-3-1-7-10	pansements hydrocellulaires
produits pour complementation nutritionnelle orale destinees aux adultes	1-1-5-1-2	1-1-1-2-3	dispositif medical a ppc pour tt de l'apnee du sommeil et prestations associees
dm et prest associ de perf a dom (hors insulino)	1-1-2-1-0	1-1-5-1-2	produits pour complementation nutritionnelle orale destinees aux adultes
systèmes d'autosurveillance de la glycémie	1-1-3-1-1	1-1-3-1-1	systèmes d'autosurveillance de la glycémie
prestations associees a la nutrition enterale a domicile	1-1-1-2-4	1-1-5-2-1	prestations associees a la nutrition enterale a domicile
systèmes de maintien adhésifs	1-3-1-3-1	1-1-5-2-1	lits medicaux
solution sterile pour tt symptomatique secheresse oculaire-keratite ou kerac...	1-1-7-5-3	1-2-1-1-1	forfaits hebdo correspondant a l'association de forfaits insuffisance respirat
fauteuil roulant a la location et prestation de livraison	1-2-2-6-0	1-1-1-2-4	forfaits hebdo correspondant a l'association de forfaits insuffisance respirat

- Patients ALD Psychiatrie (n°23)

Appariement :

- Sexe
- Classes d'âge (<30 ; 30-40 ; 40-50 ; 50-60 ; 60-70 ; 70-80 ; 80-90 ; >=90)



- **Département** du cabinet IDE
- **Dépenses infirmières** l'année précédant (0€, 1-30€, >30€)

Effectif de la population étudiée à chaque temps

		1 mois	3 mois	6 mois	12 mois
Patients EQUILIBRES	611 (7,7%)	336	332	324	306
Patients TEMOINS	1 650 (6,4%)	910	899	876	823

Caractéristiques de la population étudiée

	Patients EQUILIBRES non appariés N = 275 (45,0%)	Patients EQUILIBRES appariés N = 360 (55,0%)	P-value
Sexe : Femme	159 (57,8%)	209 (62,2%)	0,2706
Age moyen à la date de bascule	54,3 (17,0)	55,8 (13,8)	0,2210
Bénéficiaire de l'AAH : Oui	77 (28,0%)	71 (21,1%)	0,0486
Prise en charge infirmière l'année précédant la date index : Oui	239 (86,9%)	188 (56,0%)	<0,0001
Dépense infirmière moyenne l'année précédant la date index	1 242,6 (2 522,8)	564,7 (1 688,4)	<0,0001
Dépenses de prise en charge total l'année précédant la date index	9 295,9 (12 788,3)	5 790,7 (8 461,2)	<0,0001

Prise en charge après la date index : Patients ALD Psychiatrie (N°23) - Analyse à 1 mois :

	Témoins N = 910	EQUILIBRES N = 336	P-value
Au moins une hospitalisation (MCO, SSR ou HAD)	109 (12,0%)	35 (10,4%)	0,4443
Au moins une hospitalisation en MCO	101 (11,1%)	35 (10,4%)	0,7318
Au moins une hospitalisation de jour en MCO	45 (4,9%)	18 (5,4%)	0,7683
Au moins une hospitalisation complète en MCO	61 (6,7%)	18 (5,4%)	0,3868
Nombre de séjour	1,2 (0,5)	1,1 (0,3)	0,6898
Durée moyenne de séjour	5,1 (7,4)	8,1 (10,3)	0,1821
Au moins une hospitalisation en SSR	11 (1,2%)	3 (0,9%)	0,7701
Au moins une hospitalisation en HAD	0	0	0
Au moins un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation	33 (3,6%)	6 (1,8%)	0,0977

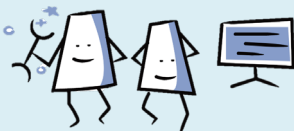
Prise en charge après la date index : Patients ALD Psychiatrie (N°23) - Analyse à 3 mois :

	Témoins N = 899	EQUILIBRES N = 332	P-value
Au moins une hospitalisation (MCO, SSR ou HAD)	189 (21,0%)	57 (17,2%)	0,1334
Au moins une hospitalisation en MCO	182 (20,2%)	56 (16,9%)	0,1830
Au moins une hospitalisation de jour en MCO	92 (10,2%)	28 (8,4%)	0,3447
Au moins une hospitalisation complète en MCO	111 (12,3%)	31 (9,3%)	0,1424
Nombre de séjour	1,5 (1,2)	1,2 (0,4)	0,2547
Durée moyenne de séjour	5,3 (6,5)	6,8 (8,6)	0,5088
Au moins une hospitalisation en SSR	21 (2,3%)	7 (2,1%)	0,8122
Au moins une hospitalisation en HAD	--	1 (0,3%)	0,2697
Au moins un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation	65 (7,2%)	17 (5,1%)	0,1877

Prise en charge après la date index : Patients ALD Psychiatrie (N°23) - Analyse à 6 mois :

	Témoins N = 876	EQUILIBRES N = 324	P-value
Au moins une hospitalisation (MCO, SSR ou HAD)	254 (29,0%)	77 (23,8%)	0,0719
Au moins une hospitalisation en MCO	246 (28,1%)	75 (23,1%)	0,0865
Au moins une hospitalisation de jour en MCO	134 (15,3%)	42 (13,0%)	0,3103
Au moins une hospitalisation complète en MCO	147 (16,8%)	42 (13,0%)	0,1070
Nombre de séjour	1,7 (1,5)	1,2 (0,4)	0,1756
Durée moyenne de séjour	5,5 (7,1)	6,1 (8,2)	0,9564
Au moins une hospitalisation en SSR	34 (3,9%)	10 (3,1%)	0,5154
Au moins une hospitalisation en HAD	0	0	0
Au moins un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation	99 (11,3%)	33 (10,2%)	0,5833

Prise en charge après la date index : Patients ALD Psychiatrie (N°23) - Analyse à 12 mois :

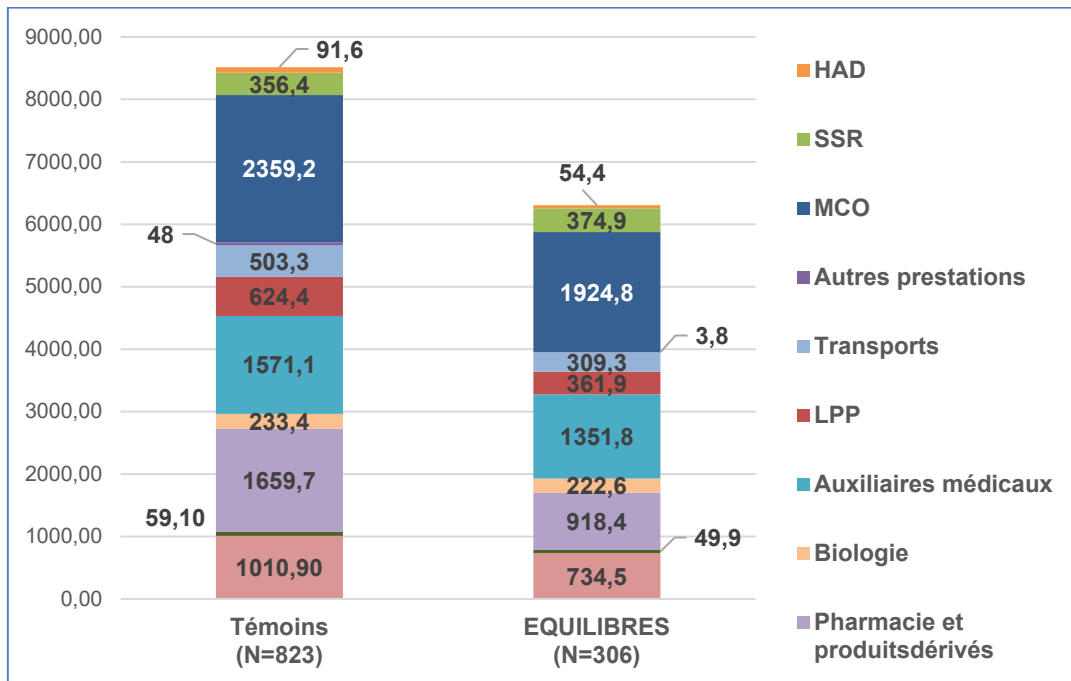


	Témoins N = 823	EQUILIBRES N = 306	P-value
Au moins une hospitalisation (MCO, SSR ou HAD)	318 (38,6%)	103 (33,7%)	0,1241
Au moins une hospitalisation en MCO	307 (37,3%)	97 (31,7%)	0,0809
Au moins une hospitalisation de jour en MCO	181 (22,0%)	56 (18,3%)	0,1757
Au moins une hospitalisation complète en MCO	187 (22,7%)	59 (19,3%)	0,2132
Nombre de séjour	1,7 (1,5)	1,4 (0,7)	0,3404
Durée moyenne de séjour	6,1 (8,3)	6,2 (7,4)	0,8190
Au moins une hospitalisation en SSR	49 (6,0%)	19 (6,2%)	0,8727
Au moins une hospitalisation en HAD	--	1 (0,3%)	0,2710
Au moins un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation	136 (16,5%)	43 (14,1%)	0,3120

Montant de base de remboursement L'année suivant la date index : Patients ALD Psychiatrie (n°23)

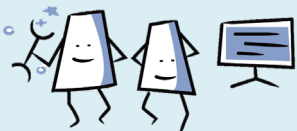
	Témoins	EQUILIBRES	P-valeur
Honoraires médicaux	1 010,9 (1 817,5)	734,5 (1 076,9)	<0,0001
Honoraires dentaires	59,1 (223,7)	49,9 (157,3)	0,1901
Pharmacie et produits dérivés	1 659,7 (4 814,5)	918,4 (1 990,7)	<0,0001
Biologie	233,4 (255,6)	222,6 (253,9)	0,1516
Auxiliaires médicaux	1 571,1 (2 989,6)	1 351,8 (3 225,6)	0,0927
Dont infirmier	1 277,2 (2 841,4)	1 086,9 (2 978,4)	0,1563
LPP	624,4 (1 757,4)	361,9 (1 146,2)	<0,0001
Transports	503,3 (1 451,2)	309,3 (1 016,3)	0,0311
Autres prestations	48,0 (159,7)	3,8 (47,2)	<0,0001
MCO	2 359,2 (8 246,8)	1 924,8 (5 009,6)	0,3297
SSR	356,4 (1 949,9)	374,9 (2 118,5)	0,8348
HAD	91,6 (1 661,1)	54,4 (921,0)	0,6114

Montant de base de remboursement l'année suivant la date index



10 traitements les plus coûteux : Patients ALD Psychiatrie (n°23)

Libellé	Code ATC	Code ATC	Libellé
Psycholeptiques	N05	N05	Psycholeptiques
Immunosuppresseurs	L04	L04	Immunosuppresseurs
Antinéoplasiques	L01	A10	Médicaments du diabète
Médicaments du diabète	A10	R03	Médicaments pour les syndromes obstructifs des voies aériennes
Médicaments pour les syndromes obstructifs des voies aériennes	R03	N07	Autres Médicaments du système nerveux
Analgésiques	N02	B01	Antithrombotiques
Thérapeutique endocrine	L02	N02	Analgésiques
Immunostimulants	L03	N06	Psychoanaleptiques
Antiviraux à usage systémique	J05	N03	Antiépileptiques
Antithrombotiques	B01	S01	Médicaments ophtalmologiques



10 traitements les plus Fréquents : Patients ALD Psychiatrie (n°23)

Libellé	Code ATC	Code ATC	Libellé
Psycholeptiques	N05	N05	Psycholeptiques
Analgésiques	N02	N02	Analgésiques
Psychoanaleptiques	N06	N06	Psychoanaleptiques
Antithrombotiques	B01	A11	Vitamines
Antiépileptiques	N03	B01	Antithrombotiques
Vitamines	A11	N03	Antiépileptiques
Médicaments du diabète	A10	A06	Laxatifs
Médicaments pour les syndromes obstructifs des voies aériennes	R03	R03	Médicaments pour les syndromes obstructifs des voies aériennes
Laxatifs	A06	A10	Médicaments du diabète
Antihistaminiques à usage systémique	R06	S01	Médicaments ophtalmologiques

10 LPP les plus Couteux : Patients ALD Psychiatrie (n°23)

Libellé	Chapitre LPP	Chapitre LPP	Libellé
dm et prest associ de perf a dom (hors insulino)	1-1-2-1-0	1-1-1-2-3	dispositif medical a ppc pour tt de l'apnee du sommeil et prestations associees
pansements hydrocellulaires	1-3-1-7-10	1-1-3-1-1	systèmes d'autosurveillance de la glycémie
systèmes d'autosurveillance de la glycémie	1-1-3-1-1	1-1-1-2-5	oxygénothérapie
dispositifs medicaux de recueil ou de drainage des urines	1-1-4-1-8	1-1-5-1-2	produits pour complementation nutritionnelle orale destinees aux adultes
dispositif medical a ppc pour tt de l'apnee du sommeil et prestations associees	1-1-1-2-3	1-2-1-1-1	lits medicaux
produits pour complementation nutritionnelle orale destinees aux adultes	1-1-5-1-2	1-1-2-1-0	dm et prest associ de perf a dom (hors insulino)
lits medicaux	1-2-1-1-1	1-1-2-3-2	pompess a insuline externe sans tubulure exterieure dites "pompes patchs"
oxygénothérapie	1-1-1-2-5	1-1-1-2-4	forfaits hebdo correspondant a l'association de forfaits insuffisance respirat
forfaits hebdo correspondant a l'association de forfaits insuffisance respirat	1-1-1-2-4	1-3-1-7-10	pansements hydrocellulaires
pompess a insuline externe sans tubulure exterieure dites "pompes patchs"	1-1-2-3-2	1-1-5-4-0	solutes de rehydratation orale

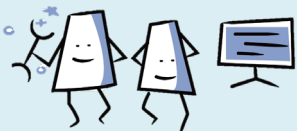
10 LPP les plus fréquents : Patients ALD Psychiatrie (n°23)

Libellé	Chapitre LPP	Chapitre LPP	Libellé
systèmes d'autosurveillance de la glycémie	1-1-3-1-1	1-1-1-2-3	dispositif medical a ppc pour tt de l'apnee du sommeil et prestations associees
compressees steriles pour nettoyage de plaies et/ou realisation de pansements	1-3-1-2-1	1-1-3-1-1	systèmes d'autosurveillance de la glycémie
lits medicaux	1-2-1-1-1	1-3-1-2-1	compressees steriles pour nettoyage de plaies et/ou realisation de pansements
dispositif medical a ppc pour tt de l'apnee du sommeil et prestations associees	1-1-1-2-3	1-2-1-1-1	lits medicaux
pansements hydrocellulaires	1-3-1-7-10	1-1-7-5-3	solution sterile pour tt symptomatique secheresse oculaire-keratite ou kerac...
systèmes de maintien adhésifs	1-3-1-3-1	1-1-5-1-2	produits pour complementation nutritionnelle orale destinees aux adultes
stylos injecteurs avec aiguille ou sans aiguille	1-1-3-2-2	1-3-1-7-10	pansements hydrocellulaires
produits pour complementation nutritionnelle orale destinees aux adultes	1-1-5-1-2	1-3-1-3-1	systèmes de maintien adhésifs
dispositifs de prelevements sanguins capillaires (autosurveillance)	1-1-3-1-3	1-1-3-2-2	stylos injecteurs avec aiguille ou sans aiguille
fauteuil roulant a la location et prestation de livraison	1-2-2-6-0	1-2-1-2-1	compressees pour surmatelas a air statique et a pression alternee

- Patients ALD Cardio-vasculaire (n°3, 5, 12, 13)

Appariement :

- **Sexe**
- **Classes d'âge** (<30 ; 30-40 ; 40-50 ; 50-60 ; 60-70 ; 70-80 ; 80-90 ; >=90)
- **Département** du cabinet IDE
- **Dépenses infirmières** l'année précédant (0€, 1-30€, >30€)



Effectif de la population étudiée à chaque temps

	1 mois	3 mois	6 mois	12 mois
Patients EQUILIBRES	1 014 (12,8%)	608	581	541
Patients TEMOINS	3 715 (14,4%)	1 744	1 669	1 557

Caractéristiques de la population étudiée

	Patients EQUILIBRES non appariés N = 406 (45,4%)	Patients EQUILIBRES appariés N = 608 (54,6%)	P-value
Sexe : Femme	217 (53,4%)	246 (40,5%)	<0,0001
Age moyen à la date de bascule	76,8 (14,0)	74,9 (11,2)	0,0190
Bénéficiaire de l'AAH : Oui	14 (3,4%)	10 (1,6%)	0,0642
Prise en charge infirmière l'année précédant la date index : Oui	398 (98,0%)	469 (77,1%)	<0,0001
Dépense infirmière moyenne l'année précédant la date index	2 091,3 (3 617,9)	942,9 (2 305,0)	<0,0001
Dépenses de prise en charge total l'année précédant la date index	14 811,8 (16 205,8)	10 745,9 (18 468,3)	<0,0001

Prise en charge après la date index – Patients ALD Cardio-vasculaire (N°3, 5, 12, 15) - Analyse à 1 mois :

	Témoins N = 1 592	EQUILIBRES N = 554	P-value
Au moins une hospitalisation (MCO, SSR ou HAD)	287 (16,5%)	85 (14,0%)	0,1496
Au moins une hospitalisation en MCO	282 (16,2%)	85 (14,0%)	0,2002
Au moins une hospitalisation de jour en MCO	129 (7,4%)	39 (6,4%)	0,4180
Au moins une hospitalisation complète en MCO	175 (10,0%)	50 (8,2%)	0,1912
Nombre de séjour			
Durée moyenne de séjour			
Au moins une hospitalisation en SSR	19 (1,1%)	7 (1,2%)	0,9000
Au moins une hospitalisation en HAD	1 (0,1%)	2 (0,3%)	0,1658 (f)
Au moins un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation	30 (1,7%)	13 (2,1%)	0,5077

Prise en charge après la date index – Patients ALD Cardio-vasculaire (N°3, 5, 12, 15) - Analyse à 3 mois :

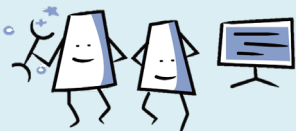
	Témoins N = 1 669	EQUILIBRES N = 581	P-value
Au moins une hospitalisation (MCO, SSR ou HAD)	440 (26,4%)	125 (21,5%)	0,0203
Au moins une hospitalisation en MCO	432 (25,9%)	125 (21,5%)	0,0356
Au moins une hospitalisation de jour en MCO	214 (12,8%)	64 (11,0%)	0,2544
Au moins une hospitalisation complète en MCO	284 (17,0%)	83 (14,3%)	0,1250
Nombre de séjour			
Durée moyenne de séjour			
Au moins une hospitalisation en SSR	55 (3,3%)	13 (2,2%)	0,1996
Au moins une hospitalisation en HAD	2 (0,1%)	2 (0,3%)	0,2756 (f)
Au moins un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation	63 (3,8%)	23 (4,0%)	0,8421

Prise en charge après la date index – Patients ALD Cardio-vasculaire (N°3, 5, 12, 15) - Analyse à 6 mois :

	Témoins N = 1 557	EQUILIBRES N = 541	P-value
Au moins une hospitalisation (MCO, SSR ou HAD)	548 (35,2%)	167 (30,9%)	0,0674
Au moins une hospitalisation en MCO	542 (34,8%)	166 (30,7%)	0,0803
Au moins une hospitalisation de jour en MCO	266 (17,1%)	81 (15,0%)	0,2547
Au moins une hospitalisation complète en MCO	374 (24,0%)	115 (21,3%)	0,1903
Nombre de séjour			
Durée moyenne de séjour			
Au moins une hospitalisation en SSR	70 (4,5%)	18 (3,3%)	0,2428
Au moins une hospitalisation en HAD	4 (0,3%)	3 (0,6%)	0,3834 (f)
Au moins un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation	98 (6,3%)	34 (6,3%)	0,9937

Prise en charge après la date index – Patients ALD Cardio-vasculaire (N°3, 5, 12, 15) - Analyse à 12 mois :

	Témoins N = 1 373	EQUILIBRES N = 479	P-value
--	----------------------	-----------------------	---------

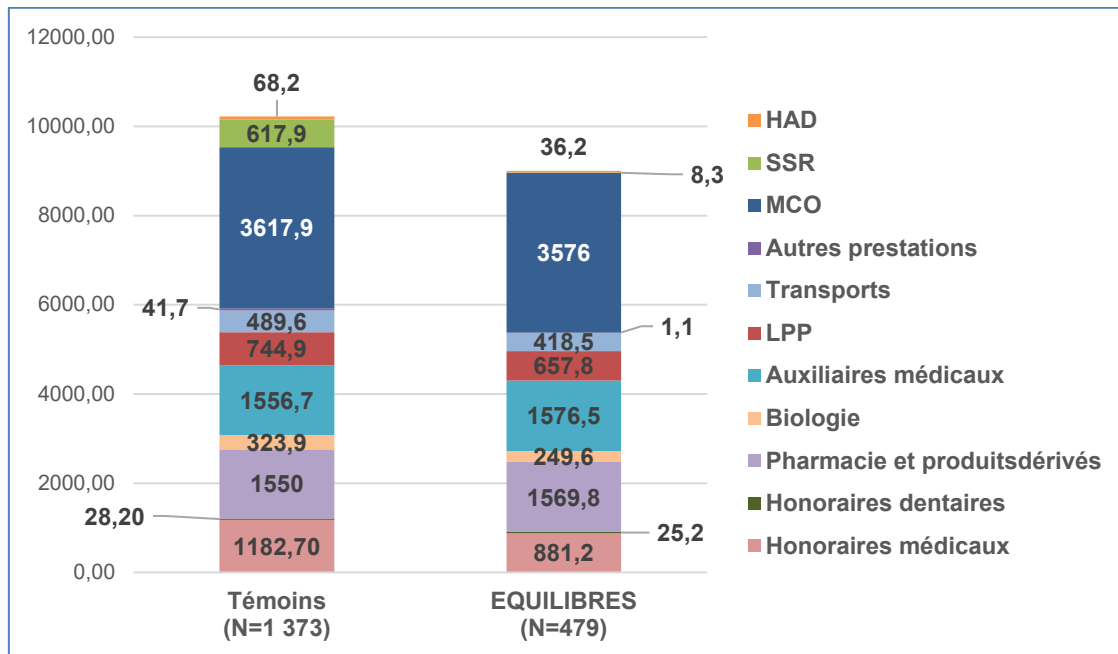


Au moins une hospitalisation (MCO, SSR ou HAD)	637 (46,4%)	190 (39,7%)	0,0108
Au moins une hospitalisation en MCO	630 (45,9%)	187 (39,0%)	0,0094
Au moins une hospitalisation de jour en MCO	324 (23,6%)	104 (21,7%)	0,3991
Au moins une hospitalisation complète en MCO	446 (32,5%)	128 (26,7%)	0,0189
Nombre de séjour			
Durée moyenne de séjour			
Au moins une hospitalisation en SSR	90 (6,6%)	23 (4,8%)	0,1675
Au moins une hospitalisation en HAD	5 (0,4%)	4 (0,8%)	0,2489 (f)
Au moins un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation	139 (10,1%)	47 (9,8%)	0,8451

Montant de base de remboursement L'année suivant la date index : Patients ALD Cardio-vasculaire (N°3, 5, 12, 15) (n°8)

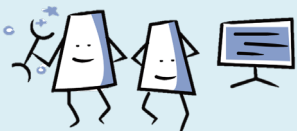
	Témoins	EQUILIBRES	P-valeur
Honoraires médicaux	1182,7 (2161,2)	881,2 (1693,2)	<0,0001
Honoraires dentaires	28,2 (107,6)	25,2 (80,3)	0,5744
Pharmacie et produits dérivés	1550,0 (2675,7)	1569,8 (4779,9)	<0,0001
Biologie	323,9 (405,8)	249,6 (296,4)	<0,0001
Auxiliaires médicaux	1556,7 (3311,0)	1576,5 (3431,4)	0,9509
Dont infirmier	1217,2 (3014,1)	1285,1 (3214,5)	0,0258
LPP	744,9 (1990,5)	657,8 (1624,6)	0,0004
Transports	489,6 (1957,4)	418,5 (1693,8)	0,0317
Autres prestations	41,7 (117,1)	1,1 (23,7)	<0,0001
MCO	3617,9 (7609,6)	3576,0 (8052,5)	0,5360
SSR	617,9 (3389,1)	8,3 (181,5)	<0,0001
HAD	68,2 (895,1)	36,2 (344,7)	0,2798

Montant de base de remboursement l'année suivant la date index



10 traitements les plus coûteux : Patients ALD Cardio-vasculaire (N°3, 5, 12, 15)

Libellé	Code ATC	Code ATC	Libellé
Antithrombotiques	B01	L01	Antinéoplasiques
Médicaments du diabète	A10	N07	Autres Médicaments du système nerveux
Médicaments pour les syndromes obstructifs des voies aériennes	R03	L04	Immunosuppresseurs
Analgésiques	N02	L02	Thérapeutique endocrine
préparations antianémiques	B03	A10	Médicaments du diabète
Médicaments ophtalmologiques	S01	B01	Antithrombotiques
Immunosuppresseurs	L04	S01	Médicaments ophtalmologiques
Thérapeutique endocrine	L02	R03	Médicaments pour les syndromes obstructifs des voies aériennes
Antinéoplasiques	L01	N02	Analgésiques
Médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine	C09	C09	Médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine



10 traitements les plus Fréquents : Patients ALD Cardio-vasculaire (N°3, 5, 12, 15)

Libellé	Code ATC	Code ATC	Libellé
Anti-thrombotiques	B01	B01	Anti-thrombotiques
Analgésiques	N02	N02	Analgésiques
Diurétiques	C03	C03	Diurétiques
Bétabloquants	C07	C07	Bétabloquants
Médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine	C09	C09	Médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine
Agents modifiant lipides	C10	A11	Vitamines
Médicaments en cardiologie	C01	N05	Psycholéptiques
Médicaments du diabète	A10	A10	Médicaments du diabète
Vitamines	A11	C01	Médicaments en cardiologie
Psycholéptiques	N05	C10	Agents modifiant lipides

10 LPP les plus Couteux : Patients ALD Cardio-vasculaire (N°3, 5, 12, 15)

Libellé	Chapitre LPP	Chapitre LPP	Libellé
pansements hydrocellulaires	1-3-1-7-10	1-1-1-2-3	dispositif medical a ppc pour tt de l'apnee du sommeil et prestations associees
dispositif medical a ppc pour tt de l'apnee du sommeil et prestations associees	1-1-1-2-3	1-1-3-1-1	systèmes d'autosurveillance de la glycémie
systèmes d'autosurveillance de la glycémie	1-1-3-1-1	1-1-1-2-5	oxygénothérapie
dm et prest associ de perf a dom (hors insulino)	1-1-2-1-0	1-1-5-1-2	produits pour complementation nutritionnelle orale destinees aux adultes
lits medicaux	1-2-1-1-1	1-3-1-7-10	pansements hydrocellulaires
oxygénothérapie	1-1-1-2-5	1-2-1-1-1	lits medicaux
produits pour complementation nutritionnelle orale destinees aux adultes	1-1-5-1-2	1-1-1-2-4	forfaits hebdo correspondant a l'association de forfaits insuffisance respirat
systeme compressif multicouche	1-3-2-1-4	1-1-2-3-1	pompes a insuline externes, portables et programmables
dispositifs medicaux de recueil ou de drainage des urines	1-1-4-1-8	1-1-4-1-8	dispositifs medicaux de recueil ou de drainage des urines
chap iii adjonctions et variantes optionnelles pour protheses exo et endosquelet	2-7-2-1-3	1-1-7-5-13	13 - defibrillateurs externes portables

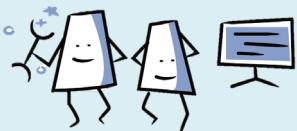
10 LPP les plus fréquents : Patients ALD Cardio-vasculaire (N°3, 5, 12, 15)

Libellé	Chapitre LPP	Chapitre LPP	Libellé
dispositif medical a ppc pour tt de l'apnee du sommeil et prestations associees	1-1-1-2-3	1-1-1-2-3	dispositif medical a ppc pour tt de l'apnee du sommeil et prestations associees
lits medicaux	1-2-1-1-1	1-1-3-1-1	systèmes d'autosurveillance de la glycémie
pansements hydrocellulaires	1-3-1-7-10	1-2-1-1-1	lits medicaux
systèmes d'autosurveillance de la glycémie	1-1-3-1-1	1-3-1-2-1	compressees steriles pour nettoyage de plaies et/ou realisation de pansements
compressees steriles pour nettoyage de plaies et/ou realisation de pansements	1-3-1-2-1	1-3-1-7-10	pansements hydrocellulaires
produits pour complementation nutritionnelle orale destinees aux adultes	1-1-5-1-2	1-1-5-1-2	produits pour complementation nutritionnelle orale destinees aux adultes
stylos injecteurs avec aiguille ou sans aiguille	1-1-3-2-2	1-1-3-2-2	stylos injecteurs avec aiguille ou sans aiguille
systèmes de maintien adhésifs	1-3-1-3-1	1-1-7-5-3	solution sterile pour tt symptomatique secheresse oculaire-keratite ou kerac...
fauteuil roulant a la location et prestation de livraison	1-2-2-6-0	1-2-2-6-0	fauteuil roulant a la location et prestation de livraison
solution sterile pour tt symptomatique secheresse oculaire-keratite ou kerac...	1-1-7-5-3	1-1-3-1-3	dispositifs de prelevements sanguins capillaires (autosurveillance)

- Patients ALD Cardio-vasculaire (n°3, 5, 15)

Appariement :

- **Sexe**
- **Classes d'âge** (<30 ; 30-40 ; 40-50 ; 50-60 ; 60-70 ; 70-80 ; 80-90 ; >=90)
- **Département** du cabinet IDE
- **Dépenses infirmières** l'année précédant (0€, 1-30€, >30€)



Effectif de la population étudiée à chaque temps

	1 mois	3 mois	6 mois	12 mois
Patients EQUILIBRES	955 (12,0%)	556	531	496
Patients TEMOINS	3 372 (13,1%)	1 592	1 521	1 422

Caractéristiques de la population étudiée

	Patients EQUILIBRES non appariés N = 399 (41,8%)	Patients EQUILIBRES appariés N = 556 (58,2%)	P-value
Sexe : Femme	213 (53,4%)	211 (37,9%)	<0,0001
Age moyen à la date de bascule	76,3 (13,9)	74,8 (11,3)	0,0700
Bénéficiaire de l'AAH : Oui	15 (3,8%)	9 (1,6%)	0,0371
Prise en charge infirmière l'année précédant la date index : Oui	388 (97,2%)	431 (77,5%)	<0,0001
Dépense infirmière moyenne l'année précédant la date index	1 771,0 (3 234,6)	1 052,0 (2 498,7)	<0,0001
Dépenses de prise en charge total l'année précédant la date index	14 848,0 (16 213,7)	10 158,2 (14 155,0)	<0,0001

Prise en charge après la date index – Patients ALD Cardio-vasculaire (N°3, 5, 15) - Analyse à 1 mois :

	Témoins N = 1 592	EQUILIBRES N = 556	P-value
Au moins une hospitalisation (MCO, SSR ou HAD)	269 (16,9%)	74 (13,3%)	0,0468
Au moins une hospitalisation en MCO	262 (16,5%)	74 (13,3%)	0,0786
Au moins une hospitalisation de jour en MCO	119 (7,5%)	31 (5,6%)	0,1303
Au moins une hospitalisation complète en MCO	163 (10,2%)	48 (8,6%)	0,2735
Nombre de séjour			
Durée moyenne de séjour			
Au moins une hospitalisation en SSR	19 (1,2%)	8 (1,4%)	0,6548
Au moins une hospitalisation en HAD	2 (0,1%)	- -	1,0000 (f)
Au moins un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation	29 (1,8%)	9 (1,6%)	0,7547

Prise en charge après la date index – Patients ALD Cardio-vasculaire (N°3, 5, 15) - Analyse à 3 mois :

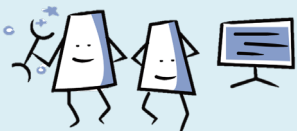
	Témoins N = 1 521	EQUILIBRES N = 531	P-value
Au moins une hospitalisation (MCO, SSR ou HAD)	413 (27,2%)	113 (21,3%)	0,0076
Au moins une hospitalisation en MCO	402 (26,4%)	112 (21,1%)	0,0145
Au moins une hospitalisation de jour en MCO	196 (12,9%)	55 (10,4%)	0,1258
Au moins une hospitalisation complète en MCO	269 (17,7%)	79 (14,9%)	0,1377
Nombre de séjour			
Durée moyenne de séjour			
Au moins une hospitalisation en SSR	48 (3,2%)	14 (2,6%)	0,5473
Au moins une hospitalisation en HAD	2 (0,1%)	1 (0,2%)	1,0000 (f)
Au moins un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation	63 (4,1%)	19 (3,6%)	0,5679

Prise en charge après la date index – Patients ALD Cardio-vasculaire (N°3, 5, 15) - Analyse à 6 mois :

	Témoins N = 1 422	EQUILIBRES N = 496	P-value
Au moins une hospitalisation (MCO, SSR ou HAD)	523 (36,8%)	147 (29,6%)	0,0041
Au moins une hospitalisation en MCO	515 (36,2%)	144 (29,0%)	0,0037
Au moins une hospitalisation de jour en MCO	249 (17,5%)	73 (14,7%)	0,1519
Au moins une hospitalisation complète en MCO	358 (25,2%)	99 (20,0%)	0,0189
Nombre de séjour			
Durée moyenne de séjour			
Au moins une hospitalisation en SSR	66 (4,6%)	15 (3,0%)	0,1231
Au moins une hospitalisation en HAD	5 (0,4%)	3 (0,6%)	0,4337 (f)
Au moins un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation	97 (6,8%)	30 (6,0%)	0,5511

Prise en charge après la date index – Patients ALD Cardio-vasculaire (N°3, 5, 15) - Analyse à 12 mois :

	Témoins	EQUILIBRES	P-value
--	---------	------------	---------

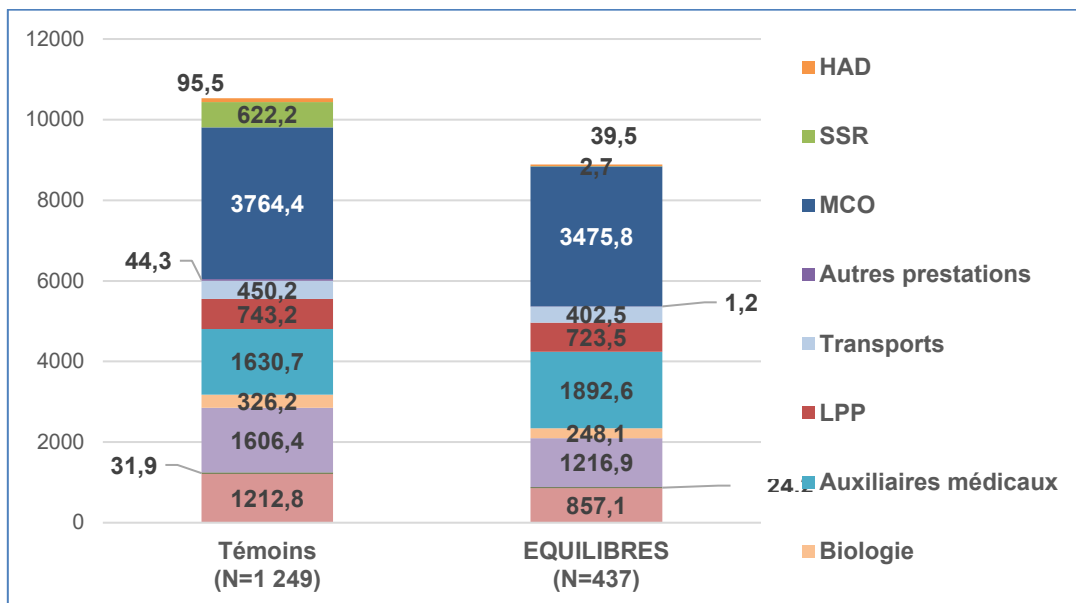


	N = 1 249	N = 437	
Au moins une hospitalisation (MCO, SSR ou HAD)	591 (47,3%)	166 (38,0%)	0,0007
Au moins une hospitalisation en MCO	583 (46,7%)	163 (37,3%)	0,0007
Au moins une hospitalisation de jour en MCO	313 (25,1%)	93 (21,3%)	0,1118
Au moins une hospitalisation complète en MCO	405 (32,4%)	114 (26,1%)	0,0135
Nombre de séjour			
Durée moyenne de séjour			
Au moins une hospitalisation en SSR	81 (6,5%)	19 (4,3%)	0,1035
Au moins une hospitalisation en HAD	5 (0,4%)	2 (0,5%)	1,0000 (f)
Au moins un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation	139 (11,1%)	48 (11,0%)	0,9338

Montant de base de remboursement L'année suivant la date index : Patients ALD Cardio-vasculaire (N°3, 5, 15)

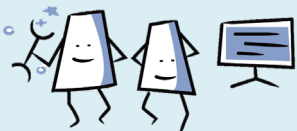
	Témoins	EQUILIBRES	P-valeur
Honoraires médicaux	1 212,8 (2 302,1)	857,1 (1 609,7)	<0,0001
Honoraires dentaires	31,9 (122,3)	24,2 (80,1)	0,8000
Pharmacie et produits dérivés	1 606,4 (2 920,4)	1 216,9 (2 423,7)	<0,0001
Biologie	326,2 (391,8)	248,1 (296,8)	<0,0001
Auxiliaires médicaux	1 630,7 (3 221,0)	1 892,6 (4 364,1)	0,9459
Dont infirmier	1 273,4 (2 862,2)	1 516,6 (3 856,9)	0,0787
LPP	743,2 (1 858,3)	723,5 (1 781,5)	0,0025
Transports	450,2 (1 551,6)	402,5 (1 758,5)	0,0007
Autres prestations	44,3 (123,0)	1,2 (24,8)	<0,0001
MCO	3 764,4 (7 784,7)	3 475,8 (8 006,3)	0,2943
SSR	622,2 (3 256,2)	2,7 (57,3)	<0,0001
HAD	95,5 (1 091,7)	39,5 (360,6)	0,4479

Montant de base de remboursement l'année suivant la date index



10 traitements les plus coûteux : Patients ALD Cardio-vasculaire (N°3, 5, 15)

Libellé	Code ATC	Code ATC	Libellé
Antithrombotiques	B01	N07	Autres Médicaments du système nerveux
Médicaments du diabète	A10	A10	Médicaments du diabète
Médicaments pour les syndromes obstructifs des voies aériennes	R03	B01	Antithrombotiques
Analgésiques	N02	L02	Thérapeutique endocrine
Médicaments ophtalmologiques	S01	S01	Médicaments ophtalmologiques
Antinéoplasiques	L01	R03	Médicaments pour les syndromes obstructifs des voies aériennes
préparations antianémiques	B03	L04	Immunosuppresseurs
Immunosuppresseurs	L04	C09	Médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine
Médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine	C09	B03	préparations antianémiques
Thérapeutique endocrine	L02	J02	Antimycosiques à usage systémique



10 traitements les plus Fréquents : Patients ALD Cardio-vasculaire (N°3, 5, 15)

Libellé	Code ATC	Code ATC	Libellé
Anti-thrombotiques	B01	B01	Anti-thrombotiques
Analgésiques	N02	N02	Analgésiques
Diurétiques	C03	C03	Diurétiques
Bétabloquants	C07	C07	Bétabloquants
Médicaments en cardiologie	C01	C09	Médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine
Médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine	C09	C01	Médicaments en cardiologie
Agents modifiant lipides	C10	N05	Psycholéptiques
Médicaments du diabète	A10	A11	Vitamines
Vitamines	A11	C10	Agents modifiant lipides
Psycholéptiques	N05	A10	Médicaments du diabète

10 LPP les plus Couteux : Patients ALD Cardio-vasculaire (N°3, 5, 15)

Libellé	Chapitre LPP	Chapitre LPP	Libellé
pansements hydrocellulaires	1-3-1-7-10	1-1-1-2-3	dispositif medical a ppc pour tt de l'apnee du sommeil et prestations associees
dispositif medical a ppc pour tt de l'apnee du sommeil et prestations associees	1-1-1-2-3	1-1-3-1-1	systèmes d'autosurveillance de la glycémie
systèmes d'autosurveillance de la glycémie	1-1-3-1-1	1-1-4-1-8	dispositifs medicaux de recueil ou de drainage des urines
oxygénothérapie	1-1-1-2-5	1-1-1-2-4	forfaits hebdo correspondant a l'association de forfaits insuffisance respirat
produits pour complementation nutritionnelle orale destinees aux adultes	1-1-5-1-2	1-1-2-1-0	dm et prest associ de perf a dom (hors insulino)
lits medicaux	1-2-1-1-1	1-1-1-2-5	oxygénothérapie
dm et prest associ de perf a dom (hors insulino)	1-1-2-1-0	1-2-1-1-1	lits medicaux
aide auditive pour les personnes au-dela de leur 20eme anniversaire	2-3-7-0-0	1-1-5-1-2	produits pour complementation nutritionnelle orale destinees aux adultes
dispositifs medicaux de recueil ou de drainage des urines	1-1-4-1-8	1-3-1-7-10	pansements hydrocellulaires
djonctions et variantes optionnelles pour protheses exo et endosquelet (membre inf)	2-7-2-1-3	1-1-7-5-13	13 - defibrillateurs externes portables

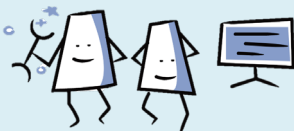
10 LPP les plus fréquents : Patients ALD Cardio-vasculaire (N°3, 5, 15)

Libellé	Chapitre LPP	Chapitre LPP	Libellé
dispositif medical a ppc pour tt de l'apnee du sommeil et prestations associees	1-1-1-2-3	1-1-1-2-3	dispositif medical a ppc pour tt de l'apnee du sommeil et prestations associees
lits medicaux	1-2-1-1-1	1-1-3-1-1	systèmes d'autosurveillance de la glycémie
systèmes d'autosurveillance de la glycémie	1-1-3-1-1	1-2-1-1-1	lits medicaux
pansements hydrocellulaires	1-3-1-7-10	1-3-1-7-10	pansements hydrocellulaires
compressees steriles pour nettoyage de plaies et/ou realisation de pansements	1-3-1-2-1	1-3-1-2-1	compressees steriles pour nettoyage de plaies et/ou realisation de pansements
produits pour complementation nutritionnelle orale destinees aux adultes	1-1-5-1-2	1-1-5-1-2	produits pour complementation nutritionnelle orale destinees aux adultes
stylos injecteurs avec aiguille ou sans aiguille	1-1-3-2-2	1-1-3-2-2	stylos injecteurs avec aiguille ou sans aiguille
systèmes de maintien adhésifs	1-3-1-3-1	1-1-7-5-3	solution sterile pour tt symptomatique secheresse oculaire-keratite ou kerac...
solution sterile pour tt symptomatique secheresse oculaire-keratite ou kerac...	1-1-7-5-3	1-1-3-1-3	dispositifs de prelevements sanguins capillaires (autosurveillance)
fauteuil roulant a la location et prestation de livraison	1-2-2-6-0	1-3-1-3-1	systèmes de maintien adhésifs

- Patients sans ALD

Appariement :

- **Sexe**
- **Classes d'âge** (<30 ; 30-40 ; 40-50 ; 50-60 ; 60-70 ; 70-80 ; 80-90 ; >=90)
- **Département** du cabinet IDE
- **Dépenses infirmières** l'année précédant (0€, 1-30€, >30€)



Effectif de la population étudiée à chaque temps

	1 mois	3 mois	6 mois	12 mois
Patients EQUILIBRES	4 869 (61,4%)	3 582	3 534	3 495
Patients TEMOINS	10 468 (40,6%)	10 655	10 514	10 398

Caractéristiques de la population étudiée

	Patients EQUILIBRES non appariés N = 1 287 (26,4%)	Patients EQUILIBRES appariés N = 3 582 (73,6%)	P-value
Sexe : Femme	768 (59,7%)	2 068 (57,7%)	0,2260
Age moyen à la date de bascule	47,7 (21,5)	51,7 (19,0)	<0,0001
Bénéficiaire de l'AAH : Oui	24 (1,9%)	68 (1,9%)	0,9395
Prise en charge infirmière l'année précédant la date index : Oui	975 (75,8%)	1 822 (50,9%)	<0,0001
Dépense infirmière moyenne l'année précédant la date index	392,1 (1 655,8)	146,5 (855,6)	<0,0001
Dépenses de prise en charge total l'année précédant la date index	4 127,4 (8 935,2)	3 322,8 (6 405,2)	0,0240

Prise en charge après la date index – patients sans ALD - Analyse à 1 mois :

	Témoins N = 10 655	EQUILIBRES N = 3 582	P-value
Au moins une hospitalisation (MCO, SSR ou HAD)	1 120 (10,5%)	296 (8,3%)	0,0001
Au moins une hospitalisation en MCO	1 091 (10,2%)	291 (8,1%)	0,0002
Au moins une hospitalisation de jour en MCO	665 (6,2%)	197 (5,5%)	0,1075
Au moins une hospitalisation complète en MCO	481 (4,5%)	111 (3,1%)	0,0002
Nombre de séjour	1,1 (0,4)	1,2 (0,5)	0,6513
Durée moyenne de séjour	5,8 (7,4)	7,0 (8,0)	0,0815
Au moins une hospitalisation en SSR	47 (0,4%)	13 (0,4%)	0,5321
Au moins une hospitalisation en HAD	6 (0,1%)	--	0,3476
Au moins un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation	243 (2,3%)	74 (2,1%)	0,4511

Prise en charge après la date index – patients sans ALD - Analyse à 3 mois :

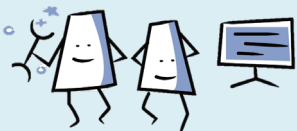
	Témoins N = 10 514	EQUILIBRES N = 3 508	P-value
Au moins une hospitalisation (MCO, SSR ou HAD)	1 782 (16,9%)	459 (13,0%)	<0,0001
Au moins une hospitalisation en MCO	1 746 (16,6%)	449 (12,7%)	<0,0001
Au moins une hospitalisation de jour en MCO	1 107 (10,5%)	296 (8,4%)	0,0002
Au moins une hospitalisation complète en MCO	856 (8,1%)	193 (5,5%)	<0,0001
Nombre de séjour	1,4 (0,8)	1,3 (0,8)	0,6281
Durée moyenne de séjour	5,8 (9,3)	6,2 (8,1)	0,3991
Au moins une hospitalisation en SSR	97 (0,9%)	26 (0,7%)	0,3023
Au moins une hospitalisation en HAD	17 (0,2%)	2 (0,1%)	0,1881
Au moins un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation	454 (4,3%)	130 (3,7%)	0,0994

Prise en charge après la date index – patients sans ALD - Analyse à 6 mois :

	Témoins N = 10 398	EQUILIBRES N = 3 495	P-value
Au moins une hospitalisation (MCO, SSR ou HAD)	2 393 (23,0%)	617 (17,7%)	<0,0001
Au moins une hospitalisation en MCO	2 351 (22,6%)	607 (17,4%)	<0,0001
Au moins une hospitalisation de jour en MCO	1 522 (14,6%)	406 (11,6%)	<0,0001
Au moins une hospitalisation complète en MCO	1 193 (11,5%)	278 (8,0%)	<0,0001
Nombre de séjour	1,5 (1,1)	1,5 (1,1)	0,9584
Durée moyenne de séjour	5,6 (9,2)	5,7 (6,8)	0,1364
Au moins une hospitalisation en SSR	135 (1,3%)	43 (1,2%)	0,7571
Au moins une hospitalisation en HAD	27 (0,3%)	4 (0,1%)	0,1155
Au moins un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation	710 (6,8%)	211 (6,0%)	0,1039

Prise en charge après la date index – patients sans ALD - Analyse à 12 mois :

	Témoins N = 10 132	EQUILIBRES N = 3 404	P-value
--	-----------------------	-------------------------	---------

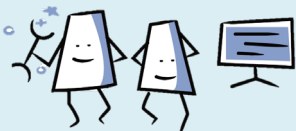
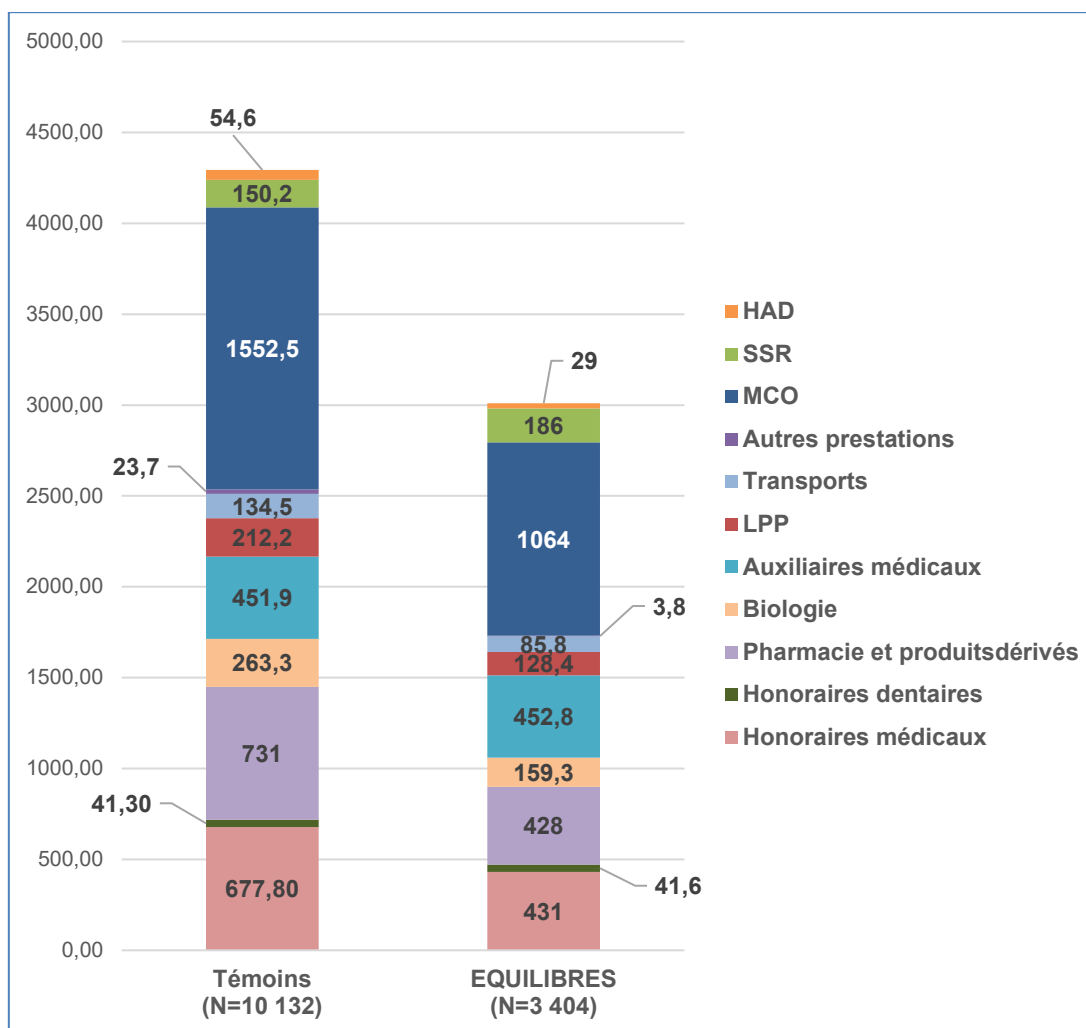


Au moins une hospitalisation (MCO, SSR ou HAD)	3 084 (30,4%)	764 (22,4%)	<0,0001
Au moins une hospitalisation en MCO	3 042 (30,0%)	750 (22,0%)	<0,0001
Au moins une hospitalisation de jour en MCO	2 035 (20,1%)	500 (14,7%)	<0,0001
Au moins une hospitalisation complète en MCO	1 544 (15,2%)	364 (10,7%)	<0,0001
Nombre de séjour	1,5 (1,3)	1,5 (1,1)	0,9257
Durée moyenne de séjour	5,1 (7,6)	5,7 (7,5)	0,0559
Au moins une hospitalisation en SSR	192 (1,9%)	58 (1,7%)	0,4737
Au moins une hospitalisation en HAD	26 (0,3%)	5 (0,1%)	0,2466
Au moins un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation	1 018 (10,0%)	296 (8,7%)	0,0212

Montant de base de remboursement L'année suivant la date index : patients sans ALD

	Témoins	EQUILIBRES	P-valeur
Honoraires médicaux	677,8 (1 403,4)	431,0 (934,6)	<0,0001
Honoraires dentaires	41,3 (146,3)	41,6 (146,3)	0,0465
Pharmacie et produits dérivés	731,0 (11 741,1)	428,0 (2 486,0)	<0,0001
Biologie	263,3 (5 721,3)	159,3 (222,6)	<0,0001
Auxiliaires médicaux	451,9 (1 727,9)	452,8 (1 577,1)	0,0008
Dont infirmier	280,1 (1 628,9)	320,6 (1 487,9)	<0,0001
LPP	212,2 (797,0)	128,4 (438,8)	<0,0001
Transports	134,5 (789,0)	85,8 (559,1)	<0,0001
Autres prestations	23,7 (238,7)	3,8 (46,4)	<0,0001
MCO	1 552,5 (5 728,6)	1 064,0 (4 378,3)	<0,0001
SSR	150,2 (1 554,6)	186,0 (1 853,1)	0,7123
HAD	54,6 (991,4)	29,0 (1 239,6)	0,0672

Montant de base de remboursement l'année suivant la date index



10 traitements les plus coûteux : patients sans ALD

Libellé	Code ATC	Code ATC	Libellé
Antinéoplasiques	L01	L01	Antinéoplasiques
Immunosuppresseurs	L04	L03	Immunistimulants
Immunistimulants	L03	B01	Antithrombotiques
Antithrombotiques	B01	L02	Thérapeutique endocrine
Thérapeutique endocrine	L02	R03	Médicaments pour les syndromes obstructifs des voies aériennes
Médicaments pour les syndromes obstructifs des voies aériennes	R03	S01	Médicaments ophtalmologiques
Analgésiques	N02	J05	Antiviraux à usage systémique
Médicaments ophtalmologiques	S01	N02	Analgésiques
préparations antianémiques	B03	L04	Immunosuppresseurs
Antibactériens à usage systémique	J01	G03	Hormones sexuelles et modulateurs de la fonction génitale

10 traitements les plus Fréquents : patients sans ALD

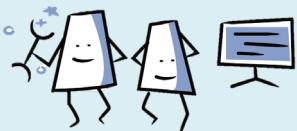
Libellé	Code ATC	Code ATC	Libellé
Analgésiques	N02	N02	Analgésiques
Antithrombotiques	B01	A11	Vitamines
Vitamines	A11	N05	Psycholeptiques
Psycholeptiques	N05	B01	Antithrombotiques
Médicaments ophtalmologiques	S01	S01	Médicaments ophtalmologiques
Antiinflammatoires et antirhumatismaux	M01	M01	Antiinflammatoires et antirhumatismaux
Psychoanaleptiques	N06	J01	Antibactériens à usage systémique
Antibactériens à usage systémique	J01	N06	Psychoanaleptiques
Médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine	C09	C09	Médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine
Médicaments pour les syndromes obstructifs des voies aériennes	R03	R03	Médicaments pour les syndromes obstructifs des voies aériennes

10 LPP les plus Couteux : patients sans ALD

Libellé	Chapitre LPP	Chapitre LPP	Libellé
pansements hydrocellulaires	1-3-1-7-10	1-1-1-2-3	dispositif medical a ppc pour tt de l'apnee du sommeil et prestations associees
dm et prest associ de perf a dom (hors insulino)	1-1-2-1-0	1-1-2-1-0	dm et prest associ de perf a dom (hors insulino)
dispositif medical a ppc pour tt de l'apnee du sommeil et prestations associees	1-1-1-2-3	1-3-1-7-10	pansements hydrocellulaires
produits pour complementation nutritionnelle orale destinees aux adultes	1-1-5-1-2	1-1-5-1-2	produits pour complementation nutritionnelle orale destinees aux adultes
dispositifs medicaux de recueil ou de drainage des urines	1-1-4-1-8	1-2-1-1-1	lits medicaux
lits medicaux	1-2-1-1-1	2-1-6-0-0	appareils divers de correction orthopedique
13 - defibrillateurs externes portables	1-1-7-5-13	2-3-7-0-0	aide auditive pour les personnes au-dela de leur 20eme anniversaire
systèmes d'autosurveillance de la glycémie	1-1-3-1-1	1-1-1-2-5	oxygenotherapie
aide auditive pour les personnes au-dela de leur 20eme anniversaire	2-3-7-0-0	1-3-2-1-4	systeme compressif multicouche
appareils divers de correction orthopedique	2-1-6-0-0	1-1-3-1-1	systèmes d'autosurveillance de la glycémie

10 LPP les plus fréquents : patients sans ALD

Libellé	Chapitre LPP	Chapitre LPP	Libellé
pansements hydrocellulaires	1-3-1-7-10	1-1-1-2-3	dispositif medical a ppc pour tt de l'apnee du sommeil et prestations associees
compressees steriles pour nettoyage de plaies et/ou realisation de pansements	1-3-1-2-1	1-3-1-2-1	compressees steriles pour nettoyage de plaies et/ou realisation de pansements
dispositif medical a ppc pour tt de l'apnee du sommeil et prestations associees	1-1-1-2-3	1-1-7-5-3	solution sterile pour tt symptomatique secheresse oculaire-keratite ou kerac...
systèmes de maintien adhésifs	1-3-1-3-1	1-3-1-7-10	pansements hydrocellulaires
lits medicaux	1-2-1-1-1	1-2-1-1-1	lits medicaux
solution sterile pour tt symptomatique secheresse oculaire-keratite ou kerac...	1-1-7-5-3	1-3-1-3-1	systèmes de maintien adhésifs
set pour plaie post-operatoire	1-3-1-5-1	2-1-6-0-0	appareils divers de correction orthopedique



produits nutritionnels pour complémentation orale destinés aux adultes	1-1-5-1-2	1-1-5-1-2	produits nutritionnels pour complémentation orale destinés aux adultes
systèmes d'autosurveillance de la glycémie	1-1-3-1-1	1-3-1-7-12	12 - pansements adhésifs stériles avec compresse intégrée
12 - pansements adhésifs stériles avec compresse intégrée	1-3-1-7-12	1-3-1-5-1	set pour plaie post-opératoire

- Patients avec AAH

Appariement :

- **Sexe**
- **Classes d'âge** (<30 ; 30-40 ; 40-50 ; 50-60 ; 60-70 ; 70-80 ; 80-90 ; >=90)
- **Département** du cabinet IDE
- **Dépenses infirmières** l'année précédant (0€, 1-30€, >30€)

Effectif de la population étudiée à chaque temps

		1 mois	3 mois	6 mois	12 mois
Patients EQUILIBRES	341 (4,3%)	189	184	180	176
Patients TEMOINS	1 183 (4,6%)	502	489	478	466

Caractéristiques de la population étudiée

	Patients EQUILIBRES non appariés N = 152 (58,1%)	Patients EQUILIBRES appariés N = 189 (41,9%)	P-value
Sexe : Femme	75 (49,3%)	107 (56,6%)	0,1809
Age moyen à la date de bascule	43,9 (14,0)	48,8 (12,8)	0,0009
Ald à la date index : Oui	117 (77,0%)	132 (69,8%)	0,1402
Prise en charge infirmière l'année précédant la date index : Oui	128 (84,2%)	95 (50,3%)	<0,0001
Dépense infirmière moyenne l'année précédant la date index	1 193,1 (2 386,2)	512,2 (1 170,7)	0,0006
Dépenses de prise en charge total l'année précédant la date index	11 261,3 (18 012,9)	7 986,0 (14 845,1)	0,0075

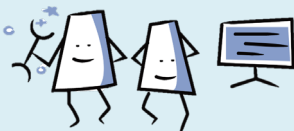
Prise en charge après la date index – Patients avec AAH - Analyse à 1 mois :

	Témoins N = 502	EQUILIBRES N = 189	P-value
Au moins une hospitalisation (MCO, SSR ou HAD)	58 (11,6%)	25 (13,2%)	0,5463
Au moins une hospitalisation en MCO	58 (11,6%)	23 (12,2%)	0,8226
Au moins une hospitalisation de jour en MCO	31 (6,2%)	12 (6,3%)	0,9328
Au moins une hospitalisation complète en MCO	28 (5,6%)	12 (6,3%)	0,6987
Nombre de séjour	1,2 (0,5)	1,3 (0,6)	1,0000
Durée moyenne de séjour	7,9 (8,2)	9,8 (13,3)	0,8463
Au moins une hospitalisation en SSR	--	3 (1,6%)	0,0202
Au moins une hospitalisation en HAD	0	0	0
Au moins un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation	24 (4,8%)	9 (4,8%)	0,9917

Prise en charge après la date index – Patients avec AAH - Analyse à 3 mois :

	Témoins N = 489	EQUILIBRES N = 184	P-value
Au moins une hospitalisation (MCO, SSR ou HAD)	105 (21,5%)	37 (20,1%)	0,6992
Au moins une hospitalisation en MCO	103 (21,1%)	35 (19,0%)	0,5587
Au moins une hospitalisation de jour en MCO	55 (11,2%)	18 (9,8%)	0,5860
Au moins une hospitalisation complète en MCO	59 (12,1%)	22 (12,0%)	0,9691
Nombre de séjour	1,4 (0,8)	1,3 (0,6)	0,5954
Durée moyenne de séjour	8,1 (10,1)	9,6 (15,0)	0,6693
Au moins une hospitalisation en SSR	4 (0,8%)	4 (2,2%)	0,2239
Au moins une hospitalisation en HAD	0	0	0
Au moins un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation	40 (8,2%)	16 (8,7%)	0,8291

Prise en charge après la date index – Patients avec AAH - Analyse à 6 mois :



	Témoins N = 478	EQUILIBRES N = 180	P-value
Au moins une hospitalisation (MCO, SSR ou HAD)	136 (28,5%)	48 (26,7%)	0,6492
Au moins une hospitalisation en MCO	134 (28,0%)	45 (25,0%)	0,4357
Au moins une hospitalisation de jour en MCO	77 (16,1%)	25 (13,9%)	0,4831
Au moins une hospitalisation complète en MCO	79 (16,5%)	30 (16,7%)	0,9658
Nombre de séjour	1,7 (1,3)	1,6 (1,0)	0,9779
Durée moyenne de séjour	7,6 (11,3)	10,0 (13,6)	0,3596
Au moins une hospitalisation en SSR	6 (1,3%)	5 (2,8%)	0,1829
Au moins une hospitalisation en HAD	--	1 (0,6%)	0,2736
Au moins un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation	60 (12,6%)	25 (13,9%)	0,6486

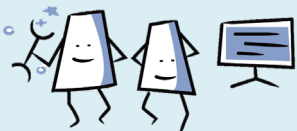
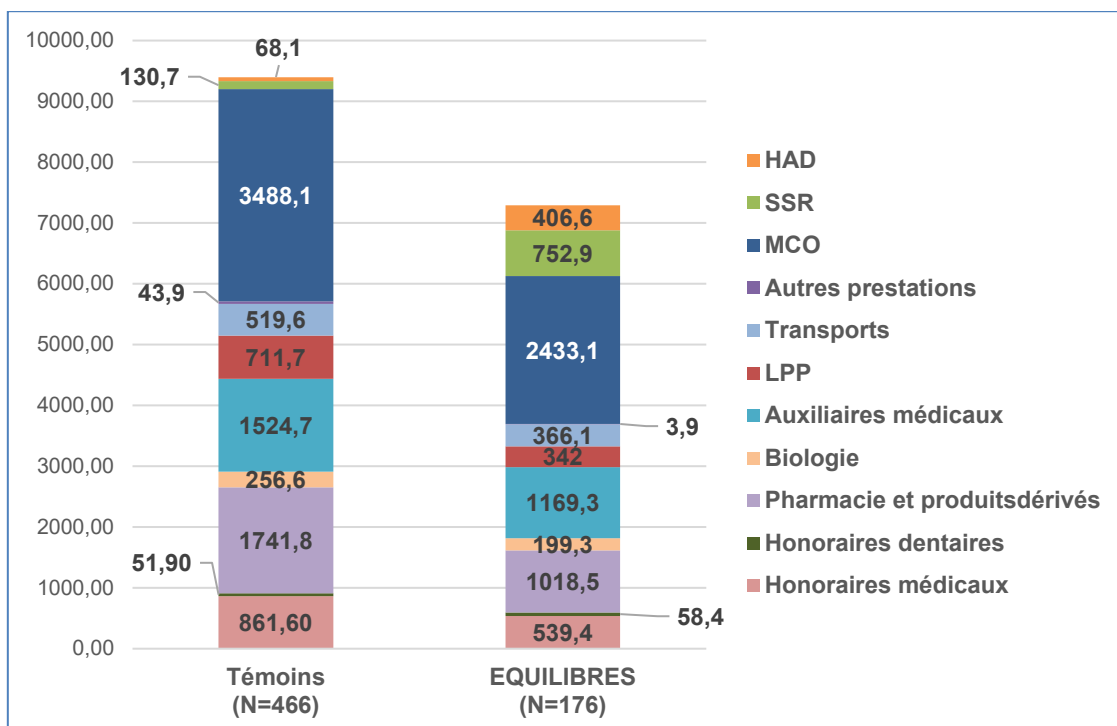
Prise en charge après la date index – Patients avec AAH - Analyse à 12 mois :

	Témoins N = 466	EQUILIBRES N = 176	P-value
Au moins une hospitalisation (MCO, SSR ou HAD)	181 (38,8%)	57 (32,4%)	0,1309
Au moins une hospitalisation en MCO	176 (37,8%)	54 (30,7%)	0,0948
Au moins une hospitalisation de jour en MCO	106 (22,7%)	29 (16,5%)	0,0820
Au moins une hospitalisation complète en MCO	115 (24,7%)	36 (20,5%)	0,2604
Nombre de séjour	2,0 (1,7)	1,9 (1,2)	0,6112
Durée moyenne de séjour	6,8 (9,9)	9,7 (12,6)	0,0550
Au moins une hospitalisation en SSR	12 (2,6%)	14 (8,0%)	0,0020
Au moins une hospitalisation en HAD	2 (0,4%)	1 (0,6%)	1,0000
Au moins un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation	84 (18,0%)	32 (18,2%)	0,9634

Montant de base de remboursement L'année suivant la date index : Patients avec AAH

	Témoins	EQUILIBRES	P-valeur
Honoraires médicaux	861,6 (1452,4)	539,4 (1013,8)	<0,0001
Honoraires dentaires	51,9 (194,5)	58,4 (205,7)	0,1138
Pharmacie et produits dérivés	1741,8 (4869,3)	1018,5 (1647,1)	0,0110
Biologie	256,6 (338,7)	199,3 (247,8)	0,0109
Auxiliaires médicaux	1524,7 (2865,1)	1169,3 (2349,7)	0,1955
Dont infirmier	1 242,7 (2 642,3)	986,3 (2 152,6)	0,3978
LPP	711,7 (1647,4)	342,0 (792,6)	0,0003
Transports	519,6 (1455,0)	366,1 (1333,2)	0,0240
Autres prestations	43,9 (105,9)	3,9 (47,3)	<0,0001
MCO	3 488,1 (10 260,4)	2 433,1 (6 951,9)	0,0814
SSR	130,7 (1 119,8)	752,9 (3 744,8)	0,0014
HAD	68,1 (771,5)	406,6 (5 394,7)	0,3468

Montant de base de remboursement l'année suivant la date index



10 traitements les plus coûteux : Patients avec AAH

Libellé	Code ATC	Code ATC	Libellé
Immunosuppresseurs	L04	L04	Immunosuppresseurs
Antinéoplasiques	L01	N05	Psycholeptiques
Psycholeptiques	N05	J05	Antiviraux à usage systémique
Médicaments pour les syndromes obstructifs des voies aériennes	R03	A10	Médicaments du diabète
Médicaments du diabète	A10	R03	Médicaments pour les syndromes obstructifs des voies aériennes
Analgésiques	N02	N02	Analgésiques
Immunostimulants	L03	N03	Antiépileptiques
Antihémorragiques	B02	B01	Antithrombotiques
Antithrombotiques	B01	N07	Autres Médicaments du système nerveux
Antiépileptiques	N03	D11	Autres préparations dermatologiques

10 traitements les plus Fréquents : Patients avec AAH

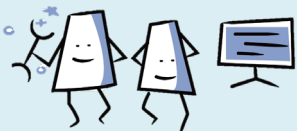
Libellé	Code ATC	Code ATC	Libellé
Psycholeptiques	N05	N05	Psycholeptiques
Analgésiques	N02	N02	Analgésiques
Psychoanaleptiques	N06	N06	Psychoanaleptiques
Antithrombotiques	B01	N03	Antiépileptiques
Antiépileptiques	N03	B01	Antithrombotiques
Médicaments pour les syndromes obstructifs des voies aériennes	R03	A11	Vitamines
Médicaments du diabète	A10	R03	Médicaments pour les syndromes obstructifs des voies aériennes
Vitamines	A11	N07	Autres médicaments du système nerveux
Antihistaminiques à usage systémique	R06	A06	Laxatifs
Médicaments pour les troubles de l'acidité	A02	C07	Bétabloquants

10 LPP les plus Couteux : Patients avec AAH

Libellé	Chapitre LPP	Chapitre LPP	Libellé
dispositifs médicaux de recueil ou de drainage des urines	1-1-4-1-8	1-1-1-2-3	dispositif médical à ppc pour tt de l'apnée du sommeil et prestations associées
lits médicaux	1-2-1-1-1	1-1-1-2-5	oxygénothérapie
pansements hydrocellulaires	1-3-1-7-10	1-1-5-1-2	produits pour complément nutritionnelle orale destinées aux adultes
forfaits hebdo correspondant à l'association de forfaits insuffisance respirat	1-1-1-2-4	1-1-2-1-0	dm et prest associ de perf à dom (hors insulino)
systèmes d'autosurveillance de la glycémie	1-1-3-1-1	1-1-1-2-4	forfaits hebdo correspondant à l'association de forfaits insuffisance respirat
oxygénothérapie	1-1-1-2-5	1-1-4-1-8	dispositifs médicaux de recueil ou de drainage des urines
dm et prest associ de perf à dom (hors insulino)	1-1-2-1-0	1-2-1-1-1	lits médicaux
dispositif médical à ppc pour tt de l'apnée du sommeil et prestations associées	1-1-1-2-3	1-1-3-1-1	systèmes d'autosurveillance de la glycémie
produits pour complément nutritionnelle orale destinées aux adultes	1-1-5-1-2	1-3-1-7-10	pansements hydrocellulaires
prestations associées à la nutrition entérale à domicile	1-1-5-2-1	1-1-4-1-9	dispositifs médicaux de recueil de selles et d'irrigation

10 LPP les plus fréquents : Patients avec AAH

Libellé	Chapitre LPP	Chapitre LPP	Libellé
lits médicaux	1-2-1-1-1	1-1-1-2-3	dispositif médical à ppc pour tt de l'apnée du sommeil et prestations associées
systèmes d'autosurveillance de la glycémie	1-1-3-1-1	1-2-1-1-1	lits médicaux
compresses stériles pour nettoyage de plaies et/ou réalisation de pansements	1-3-1-2-1	1-3-1-2-1	compresses stériles pour nettoyage de plaies et/ou réalisation de pansements
pansements hydrocellulaires	1-3-1-7-10	1-1-3-1-1	systèmes d'autosurveillance de la glycémie
dispositif médical à ppc pour tt de l'apnée du sommeil et prestations associées	1-1-1-2-3	1-1-5-1-2	produits pour complément nutritionnelle orale destinées aux adultes
fauteuil roulant à la location et prestation de livraison	1-2-2-6-0	1-3-1-7-10	pansements hydrocellulaires



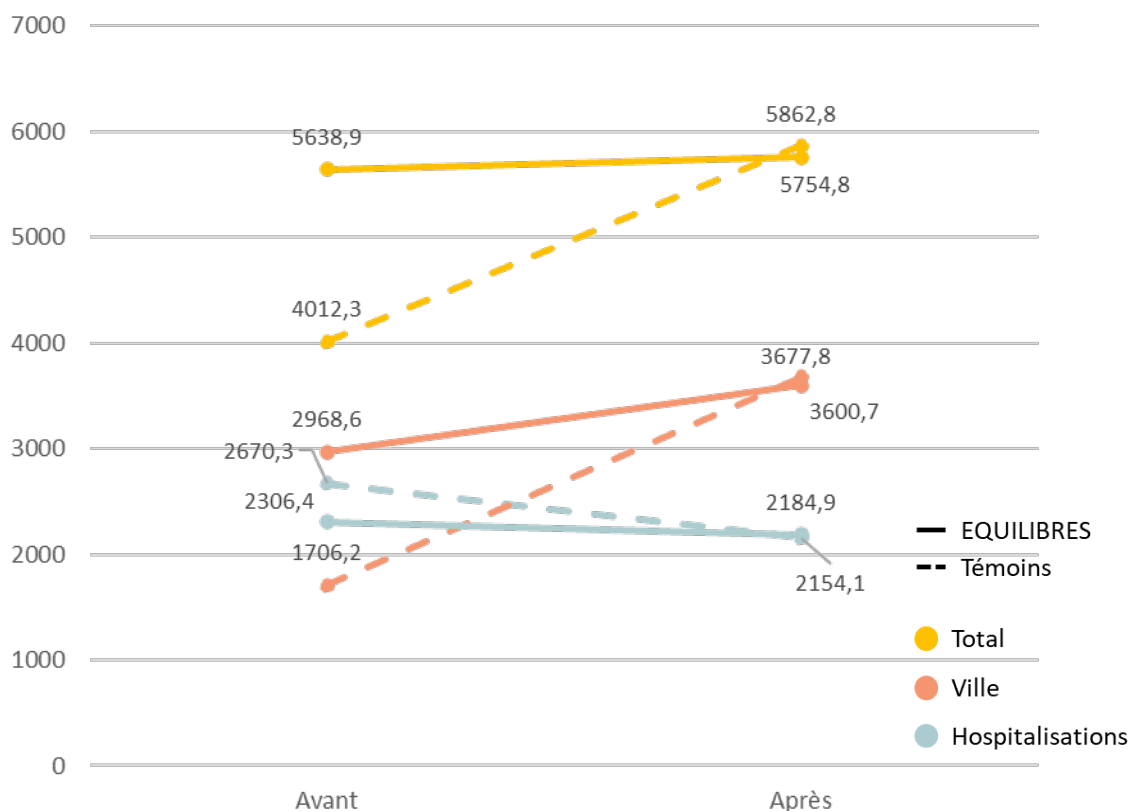
stylos injecteurs avec aiguille ou sans aiguille	1-1-3-2-2	1-1-7-5-3	solution sterile pour tt symptomatique
produits pour complementation nutritionnelle orale destinees aux adultes	1-1-5-1-2	1-1-3-1-3	secheresse oculaire-keratite ou kerac...
systèmes de maintien adhésifs	1-3-1-3-1	1-3-1-3-1	dispositifs de prelevements sanguins capillaires (autosurveillance)
12 - pansements adhésifs steriles avec compresse integree	1-3-1-7-12	1-1-3-2-2	systèmes de maintien adhésifs stylos injecteurs avec aiguille ou sans aiguille

8.2.5. Analyse avant et après

- Base de remboursement 1 an avant et après la date index

Ensemble de la population suivie au moins 1 an après la date index (exclusion des 0,1% de patients avec les coûts les plus élevés)

- o EQUILIBRES : N = 7 565
- o Témoins : N = 24 737



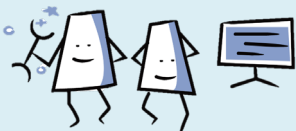
Constats sur l'évolution des coûts avant et après la date index :

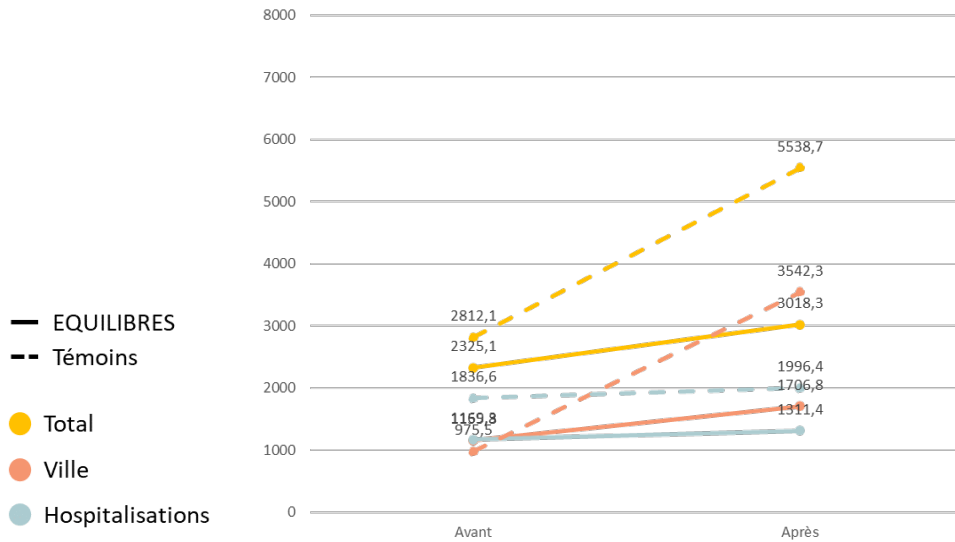
- Pas d'augmentation des dépenses avant et après la date index pour les sujets EQUILIBRES :
 - Augmentation des soins de ville => en partie expliquée par le poste infirmier.
 - Stabilisation soins hospitaliers.
- Augmentation importante des dépenses avant après la date index pour les témoins :
 - Augmentation importante des dépenses de soins de ville => 60% des patients non pris en charge par IDE avant la date index et pris en charge après.

Ensemble de la population suivie au moins 1 an après la date index SANS soins IDE avant la date index (exclusion des 0,1% de patients avec les coûts les plus élevés)

EQUILIBRES : N = 2 575

Témoins : N = 14 315

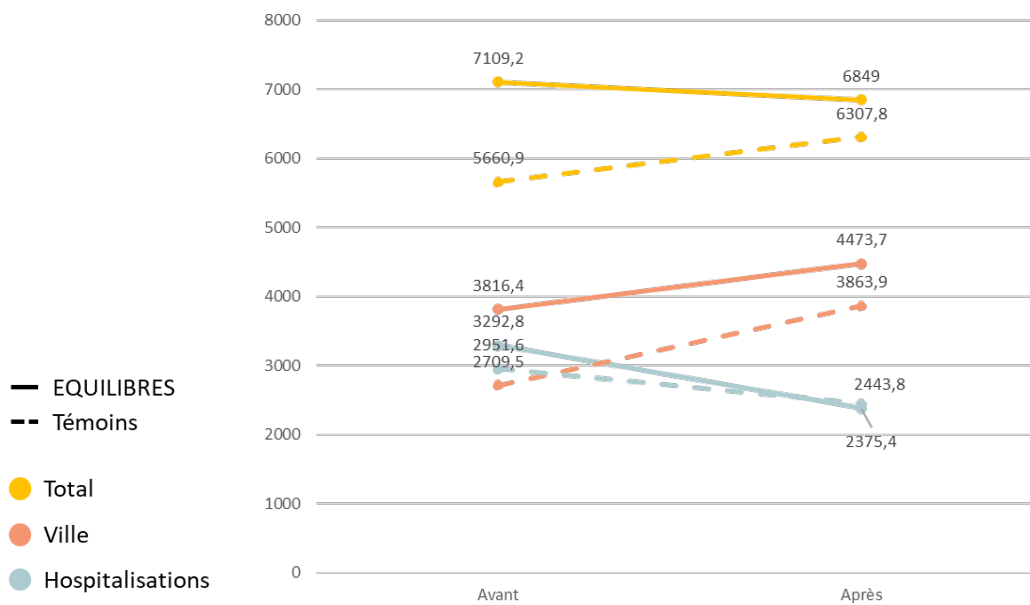




Ensemble de la population suivie au moins 1 an après la date index AVEC soins IDE avant la date index (exclusion des 0,1% de patients avec les coûts les plus élevés)

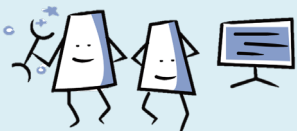
EQUILIBRES : N = 5 003

Témoins : N = 10 422



Constats sur le comparatif de la patientèle EQUILIBRES et témoin AVANT-APRES la date index :

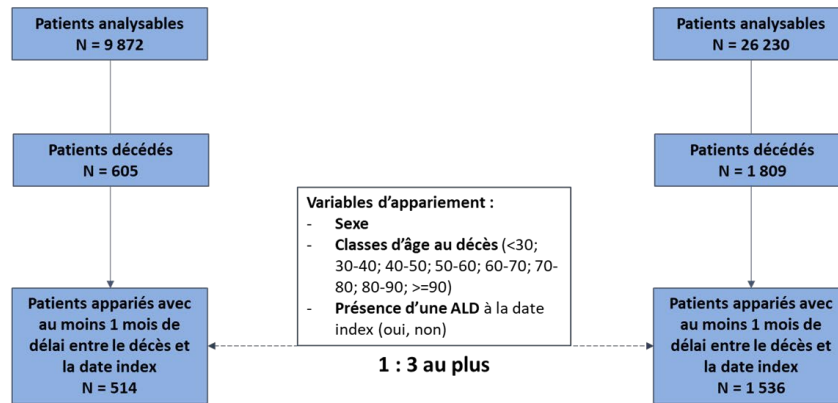
- Chez les patients EQUILIBRES : pas de surcoût après le passage à EQUILIBRES. Augmentation des dépenses de soins de ville (principalement due à celles du poste IDE) compensée par la diminution des dépenses des hospitalisations.
- Chez les témoins : augmentation des dépenses principalement liée à l'augmentation des dépenses de ville. Cette augmentation s'explique principalement par l'augmentation du taux de patients pris en charge par un.e IDE (40% avant la date index à 100% après).



8.2.6. Analyse sur la période précédant le décès

PATIENTS PRIS EN CHARGE PAR IDE EQUILIBRES

PATIENTS PRIS EN CHARGE PAR IDE TÉMOIN



- Indicateurs hospitaliers avant le décès

Analyse à 1 mois :

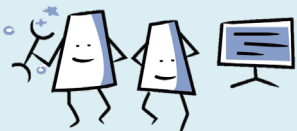
	Témoins N = 1 536	EQUILIBRES N = 514	P-value
Au moins une hospitalisation (MCO, SSR ou HAD)	720 (46,9%)	197 (38,3%)	0,0007
Au moins une hospitalisation en MCO	664 (43,2%)	185 (36,0%)	0,0039
Au moins une hospitalisation de jour en MCO	175 (11,4%)	53 (10,3%)	0,4995
Au moins une hospitalisation complète en MCO	604 (39,3%)	170 (33,1%)	0,0114
Nombre de séjour	1,3 (0,6)	1,3 (0,6)	0,5247
Durée moyenne de séjour	8,5 (6,5)	8,2 (6,2)	0,6436 (b)
Au moins une hospitalisation en SSR	82 (5,3%)	17 (3,3%)	0,0630
Au moins une hospitalisation en HAD	65 (4,2%)	18 (3,5%)	0,4674
Au moins un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation	51 (3,3%)	26 (5,1%)	0,0728

Analyse à 3 mois :

	Témoins N = 1 167	EQUILIBRES N = 390	P-value
Au moins une hospitalisation (MCO, SSR ou HAD)	680 (58,3%)	180 (46,2%)	<0,0001
Au moins une hospitalisation en MCO	658 (56,4%)	173 (44,4%)	<0,0001
Au moins une hospitalisation de jour en MCO	267 (22,9%)	78 (20,0%)	0,2359
Au moins une hospitalisation complète en MCO	614 (52,6%)	157 (40,3%)	<0,0001
Nombre de séjour	1,9 (1,2)	1,8 (1,1)	0,5013
Durée moyenne de séjour	10,4 (8,6)	9,7 (7,8)	0,3822
Au moins une hospitalisation en SSR	116 (9,9%)	30 (7,7%)	0,1874
Au moins une hospitalisation en HAD	86 (7,4%)	21 (5,4%)	0,1798
Au moins un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation	108 (9,3%)	31 (7,9%)	0,4337

Analyse à 6 mois :

	Témoins N = 800	EQUILIBRES N = 267	P-value
Au moins une hospitalisation (MCO, SSR ou HAD)	517 (64,6%)	128 (47,9%)	<0,0001
Au moins une hospitalisation en MCO	506 (63,3%)	123 (46,1%)	<0,0001
Au moins une hospitalisation de jour en MCO	236 (29,5%)	63 (23,6%)	0,0629
Au moins une hospitalisation complète en MCO	461 (57,6%)	112 (41,9%)	<0,0001
Nombre de séjour	2,2 (1,7)	2,2 (1,6)	0,8260
Durée moyenne de séjour	10,3 (8,3)	9,5 (7,4)	0,5714
Au moins une hospitalisation en SSR	111 (13,9%)	31 (11,6%)	0,3455



Au moins une hospitalisation en HAD	62 (7,8%)	16 (6,0%)	0,3394
Au moins un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation	109 (13,6%)	28 (10,5%)	0,1844

Analyse à 12 mois :

	Témoins N = 315	EQUILIBRES N = 105	P-value
Au moins une hospitalisation (MCO, SSR ou HAD)	233 (74,0%)	56 (53,3%)	<0,0001
Au moins une hospitalisation en MCO	224 (71,1%)	56 (53,3%)	0,0008
Au moins une hospitalisation de jour en MCO	98 (31,1%)	28 (26,7%)	0,3894
Au moins une hospitalisation complète en MCO	204 (64,8%)	50 (47,6%)	0,0019
Nombre de séjour	2,6 (2,2)	2,5 (2,2)	0,4044
Durée moyenne de séjour	9,6 (7,4)	8,1 (5,9)	0,2707
Au moins une hospitalisation en SSR	64 (20,3%)	16 (15,2%)	0,2510
Au moins une hospitalisation en HAD	32 (10,2%)	6 (5,7%)	0,1692
Au moins un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation	57 (18,1%)	12 (11,4%)	0,1103

- Comparaison des coûts par période

Dans les 3 mois précédant le décès :

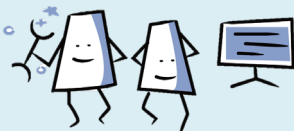
	Témoins N = 1 167	EQUILIBRES N = 390	P-valeur
Total	11 376,9 (14 040,5)	11402,0 (11 823,3)	0,4024
Total ville	3173,5 (5 175,4)	4 603,2 (5 498,0)	<0,0001
Honoraires médicaux	511,7 (1 230,8)	341,6 (901,1)	<0,0001
Pharmacie et produits dérivés	902,6 (3 918,4)	781,9 (2 811,9)	<0,0001
Biologie	192,7 (344,0)	155,5 (350,1)	<0,0001
Auxiliaires médicaux	684,6 (1 256,7)	2 499,5 (2 637,7)	<0,0001
Dont infirmier	546,8 (1 140,0)	2 360,5 (2 557,3)	<0,0001
LPP	525,3 (934,7)	547,6 (1 287,3)	0,0008
Transports	345,9 (850,5)	269,9 (612,8)	0,0013
Autres prestations	10,7 (38,0)	7,2 (21,8)	0,1082
Total hospitalisation	8203,4 (11 701,9)	6798,80 (9 841,0)	0,0538
MCO	6 868,3 (10 443,7)	5 125,4 (8 547,0)	0,0002
SSR	932,0 (3 538,3)	942,7 (3 584,9)	0,3876
HAD	403,1 (2 084,7)	730,7 (3 348,5)	0,0039

Dans les 6 mois précédant le décès :

	Témoins N = 800	EQUILIBRES N = 267	P-valeur
Total	18 213,5 (20 949,7)	17 963,9 (19 055,8)	0,0690
Total ville	7 232,5 (10 701,1)	9 055,5 (9 702,0)	<0,0001
Honoraires médicaux	965,5 (2 227,7)	593,0 (1 531,2)	<0,0001
Pharmacie et produits dérivés	1 979,1 (8 930,4)	1 560,4 (4 943,9)	0,0003
Biologie	304,6 (431,5)	222,4 (355,6)	<0,0001
Auxiliaires médicaux	1 435,8 (2 371,3)	4 536,7 (5 226,3)	<0,0001
Dont infirmier	1 154,1 (2 153,4)	4 272,0 (5 026,8)	<0,0001
LPP	912,3 (1 476,0)	1 132,9 (2 369,1)	0,0046
Transports	649,4 (1 769,9)	403,6 (917,4)	<0,0001
Autres prestations	20,3 (53,9)	13,5 (35,8)	0,0449
Total hospitalisation	10 981,0 (15 904,6)	8 908,4 (14 629,9)	0,0092
MCO	9 168,2 (13 897,2)	6 229,9 (12 116,9)	<0,0001
SSR	1 272,4 (4 560,4)	1 854,7 (6 584,6)	0,8037
HAD	540,4 (2 628,7)	823,8 (3 695,9)	0,0262

Dans l'année précédant le décès :

	Témoins N = 315	EQUILIBRES N = 105	P-valeur
Total	25133,3 (23275,9)	26541,1 (25014,8)	0,2929



Total ville	11 602,1 (11628,1)	16087,5 (16430,8)	0,0134
Honoraires médicaux	1444,7 (2385,7)	1269,8 (3145,2)	<0,0001
Pharmacie et produits dérivés	2699,5 (6103,5)	2523,0 (6963,4)	<0,0001
Biologie	521,6 (582,3)	404,5 (620,7)	0,0002
Auxiliaires médicaux	3833,8 (5373,7)	8986,8 (10196,8)	<0,0001
Dont infirmier	3183,7 (4890,3)	8456,8 (9834,1)	<0,0001
LPP	1878,0 (2701,6)	2272,7 (4993,2)	0,0110
Transports	1190,8 (4184,6)	601,5 (1159,9)	0,0029
Autres prestations	33,7 (64,9)	29,2 (86,1)	0,0161
Total hospitalisation	13531,2 (18127,1)	10453,6 (14949,9)	0,0151
MCO	10790,2 (14659,6)	7571,4 (12596,2)	0,0016
SSR	1889,3 (5530,3)	2303,3 (7247,0)	0,6284
HAD	851,7 (3262,5)	578,9 (2667,9)	0,9310

Constats sur le comparatif de la patientèle EQUILIBRES et témoin APPARIES avant le décès :

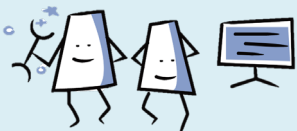
- Statistiquement moins d'hospitalisations chez les patients EQUILIBRES sur chaque période de temps étudiée.
 - Différence significative principalement due à la différence des hospitalisations en MCO et spécifiquement à des hospitalisations complètes.
- Pas de différence significative sur les coûts au global.
 - Surcoût important des soins de ville (principalement par les soins IDE).
 - Dépense moins importante sur les soins hospitaliers.

8.3. Annexe 3 : Rapport final « qualitatif »

Rapport final qualitatif remis à la Cellule évaluation de la CNAM en août 2022, validé en septembre 2022.

8.4. Annexe 4 : Rapport final « qualitatif » - Volet « Patients-Aidants »

Rapport final qualitatif – volet « Patients-Aidants » remis à la Cellule évaluation de la CNAM en Janvier 2023 – revu le 07/02/2023.



8.5. Annexe 5 : Comparaison avant/après Equilibres – Qualité de vie au travail (QVT)

A quelle fréquence vous sentiez/sentez-vous :	AVANT EQUILIBRES						DEPUIS / AVEC EQUILIBRES						MODIFICATIONS		
	Jamais	Presque jamais	Rarement	Quelquefois	Souvent	Très souvent	Jamais	Presque jamais	Rarement	Quelquefois	Souvent	Très souvent	Détérioration ¹	Pas de modification ²	Amélioration ³
Submergé par les tâches administratives / paperasserie ?	4 (5,3%)	1 (1,3%)	3 (4,0%)	7 (9,3%)	33 (44,0%)	27 (36,0%)	6 (7,5%)	17 (21,3%)	21 (26,3%)	25 (31,3%)	8 (10,0%)	3 (3,8%)	8 (10,8%)	8 (10,8%)	58 (78,4%)
Être toujours pressé par le temps ?	1 (1,4%)	-	1 (1,4%)	10 (13,5%)	27 (36,5%)	35 (47,3%)	7 (8,8%)	18 (22,5%)	28 (35,0%)	21 (26,3%)	5 (6,3%)	1 (1,3%)	2 (2,7%)	5 (6,8%)	67 (90,5%)
Seuls pour gérer le patient ?	6 (8,1%)	3 (4,1%)	9 (12,2%)	19 (25,7%)	16 (21,6%)	21 (28,4%)	27 (33,8%)	13 (16,3%)	18 (22,5%)	16 (20,0%)	2 (2,5%)	4 (5,0%)	-	25 (33,8%)	49 (66,2%)

37

³⁷ Détérioration : Fréquence plus importante après le passage en EQUILIBRES / Pas de modification : Fréquence identique après le passage en EQUILIBRES / Amélioration : Fréquence plus importante avant le passage en EQUILIBRES

