

Reproduction sur d'autres sites interdite
mais lien vers le document accepté :


www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/248-decloisonner-les-prises-en-charge-entre-medecine-specialisee-et-soins-primaires-experiences-dans-cinq-pays.pdf

Décloisonner les prises en charge entre médecine spécialisée et soins primaires : expériences dans cinq pays

Lucie Michel, Zeynep Or (Irdes)

Le vieillissement de la population, qui engendre une augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques, oblige les systèmes de santé à repenser leur organisation. Répondre aux besoins des patients rend nécessaire une meilleure coordination de leurs prises en charge au confluent des soins primaires, de la médecine spécialisée et du médico-social. En France, depuis une quinzaine d'années, les soins primaires se réorganisent à travers, notamment, le développement des maisons de santé pluridisciplinaires. Mais les médecins spécialistes sont rarement engagés dans ces organisations. L'hyperspécialisation, qui risque de produire une fragmentation de l'offre de soins de plus en plus importante, et les difficultés d'accès aux soins de spécialistes interrogent sur les modes d'organisation de la médecine spécialisée.

A partir de huit études de cas observés dans cinq pays, nous proposons ici une analyse de nouveaux modèles d'organisation de la médecine spécialisée. Nous décrivons les démarches et outils mobilisés afin de mieux prendre en compte les besoins des patients et de décloisonner les prises en charge. Nous questionnons ensuite la manière dont ces démarches viennent bousculer tant les rôles des spécialistes que ceux des autres professionnels de santé concernés. Nous montrons aussi en quoi les modes de financement changent pour s'adapter aux nouveaux besoins.

 Le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques, qui ont besoin d'une prise en charge coordonnée, posent de nombreux défis aux systèmes de santé. La construction de ces systèmes s'est souvent accompagnée de cloisonnements entre soins primaires*, médecine spécialisée* et services médico-sociaux* (WHO, 2016 ; Hénart *et al.*, 2011). En France, depuis une quinzaine d'années, les soins primaires ont été réorganisés, notamment, à travers le développe-

ment de formes d'exercice pluriprofessionnel regroupé (Schweyer et Vézinat, 2019). Selon le constat du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Repères), si des regroupements de spécialistes existent, ils se font essentiellement lorsque des logiques économiques et technologiques l'imposent dans des spécialités qui nécessitent des équipements coûteux et où la pratique est très spécialisée, et sont de fait plus rares ailleurs.

Trois évolutions notables semblent caractériser l'organisation de la médecine spécialisée : une augmentation croissante du nombre de spécialistes, une hyperspécialisation qui risque de produire une fragmentation de

l'offre de soins de plus en plus importante, et enfin la perspective de difficultés d'accès aux médecins spécialistes due en partie à une répartition géographique inégale.

Cette recherche propose d'analyser les modes d'organisation des soins spécialisés dans différents pays pour alimenter la réflexion globale sur l'organisation de la médecine spécialisée en France. L'objectif premier était donc d'identifier des formes d'organisation de la médecine spécialisée ambulatoire à l'étranger, qui feraient le pendant au développement des maisons de santé pluriprofessionnelles en soins primaires. L'interrogation de chercheurs spécialisés dans l'organisation

¹ Les termes signalés par un astérisque sont définis dans l'encadré Définitions p.2.

des soins dans plusieurs pays a mené rapidement à deux constats :

- il existe peu de structures d'exercice ambulatoire regroupé en médecine spécialisée à l'étranger,
- dans la plupart des pays, la tendance est au décloisonnement des frontières entre les médecins spécialistes, qu'ils exercent en ville ou à l'hôpital, et les professionnels exerçant en soins primaires ou dans le secteur médico-social. On observe aussi une volonté de réorganiser les soins en les centrant sur les patients.

Nous avons ainsi repéré huit cas d'organisations plus ou moins innovantes dans cinq pays (Allemagne, Angleterre, Etats-Unis, Italie, Pays-Bas), allant de réseaux de soins pluriprofessionnels à des organisations des soins intégrés* (encadré p. 4 et 5). Même si ces systèmes de santé sont structurés différemment, il est intéressant de rendre compte des évolutions à l'œuvre dans des équipes qui expérimentent ou consolident des nouveaux modes d'articulation des soins incluant des soins spécialisés.

Mettant en perspective huit études de cas (Michel et Or, 2020) [encadré Méthode p.3], nous présentons dans un premier temps les démarches et outils mobilisés afin

de mieux prendre en compte les besoins des patients et de décloisonner les prises en charge. Nous questionnons ensuite la manière dont ces démarches viennent bousculer tant les rôles des spécialistes que ceux des autres professionnels de santé concernés. Nous montrons aussi en quoi les modes de financement changent pour s'adapter aux nouveaux besoins.

Centrer les soins sur les besoins des patients et les associer à l'organisation de leur prise en charge

A travers les exemples étudiés, un consensus apparaît sur la nécessité de recentrer les prises en charge sur les besoins des patients, notamment ceux atteints de maladies chroniques. L'objectif partagé est de réduire les hospitalisations répétées grâce à une meilleure coordination des soins en ville, à l'hôpital et à domicile en discernant mieux les préférences des patients.

La nécessité de réorganiser les soins est reconnue et la recherche de nouvelles formes de coopération et de coordination émane principalement des professionnels sur le terrain. L'impulsion vient souvent d'un problème de prise en charge local ou national et d'une volonté d'améliorer le parcours de

soins du patient. C'est le cas par exemple en Angleterre où les pneumologues hospitaliers initient une organisation des soins qu'ils disent intégrée entre les soins hospitaliers, les soins primaires (dont les soins à domicile) pour réduire les réadmissions de leurs patients. Ils partagent notamment leur expertise en collaborant avec les professionnels des centres de soins primaires et ceux intervenant au domicile, et en les formant. Les pneumologues ont ainsi fait reconnaître ces nouvelles missions en développant un nouveau diplôme, reconnu dans leur spécialité, et par l'académie de médecine. En Italie, pays décentralisé, les initiatives qui visaient à réduire les amputations des pieds diabétiques et les complications liées aux maladies cardiaques émanaient des équipes soignantes. Elles ont ensuite été soutenues par les responsables politiques régionaux qui testent avec les équipes des protocoles de soins. Ainsi, le protocole mis en place par l'équipe de la clinique du pied diabétique d'Arezzo, les médecins généralistes et les infirmier-ère-s du secteur a été accompagné par la région de la Toscane.

L'enjeu principal pour les soignants à l'origine de ces projets est de construire des équipes pluriprofessionnelles qui partagent une vision commune des soins nécessaires pour la population qu'ils prennent

DÉFINITIONS

Community Matrons : rencontrées en Angleterre, ce sont des infirmières praticiennes spécialisées dans la gestion de cas complexes à domicile.

Intégration : l'intégration a été définie comme « la gestion et la délivrance de services de santé qui permettent aux usagers de recevoir un continuum de soins préventifs et curatifs, en adéquation avec leurs besoins au cours du temps et à différents niveaux du système de santé (OMS, 2016). Elle fait souvent référence à un ensemble de techniques et modèles organisationnels ayant pour but de créer du lien et de la collaboration à l'intérieur et entre différents secteurs. Le but de l'intégration est de réduire la complexité du système en modifiant les règles qui l'établissent telles que les frontières, les missions, les outils et les modes de rémunérations.

Médecine spécialisée : fait référence ici aux soins de second recours fournis par des médecins spécialistes (hors médecins généralistes). Un médecin spécialiste se concentre sur un domaine spécifique de la médecine ou sur un groupe de patients pour diagnostiquer, gérer, prévenir ou traiter certains types de symptômes et affections (WHO 2020).

Nurses Navigators : rencontrées aux Etats-Unis, elles ont une fonction d'aide à l'orientation du patient dans le système de santé, qui peut être

exercée par une infirmière, une infirmière praticienne ou par d'autres professionnels paramédicaux expérimentés.

Pratique infirmière avancée : est le terme générique qui regroupe l'extension des compétences infirmières (*Advanced Nursing Practices*). Le premier programme officiel de formation en pratiques avancées a été créé en 1965 par l'université du Colorado, formalisant une évolution amorcée dès le début des années 1930. La pratique avancée recouvre deux rôles principaux :

- **Infirmières cliniciennes de pratiques avancées** (*Advanced Clinical Nurse*), qui ont un niveau master et assurent un exercice infirmier expert dans toute l'étendue de leur champ de pratique, et une fonction d'encadrement, de conduite de projets, d'analyse de situations complexes auprès de patients mais aussi de membres de l'équipe soignante. Cette spécialisation, la plus ancienne, s'inscrit dans le développement de la formation et de la recherche en science infirmière.

- **Infirmières praticiennes** (*Nurses Practitioners*), offrent des soins infirmiers complexes mais aussi, de manière légale et autonome, des soins médicaux. Ces compétences médicales sont acquises lors d'une formation universitaire de niveau master (voire doctorat aux Etats-Unis avec le *Doctorate of Nursing Practice* – DNP). Ces

infirmières ont une autonomie dévolue dans un cadre légal et pratiquent souvent dans un partenariat formalisé avec les médecins et dans des situations de collaboration interprofessionnelle.

Prévention secondaire : est un ensemble de mesures destinées à interrompre un processus morbide en cours pour prévenir de futures complications et séquelles, limiter les incapacités et éviter le décès.

Services médico-sociaux : renvoient ici à l'ensemble des soins et services d'accueil et d'accompagnement fournis à domicile, en établissement ou dans des centres communautaires, des personnes dépendantes ou en situation de handicap ou d'exclusion sociale.

Soins primaires : les soins primaires sont constitués de l'ensemble des services de santé de premiers recours impliquant les professionnels de santé qui agissent comme le premier contact et le référent principal pour assurer un parcours de soins continus pour les patients. Ces professionnels référents, souvent le médecin traitant, coordonnent les soins spécialisés dont le patient peut avoir besoin. Parmi les missions qu'assurent ces acteurs, sont incluses des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'information et de conseil.

en charge. Les professionnels rencontrés insistent sur l'importance de mieux prendre en compte les besoins des patients :

Nous voulons bien entendu le meilleur pour nos patients, donc tout ce que nous faisons doit être pensé du point de vue de quelqu'un qui ne connaît rien au traitement du cancer.

Chirurgien en oncologie
UNC, Chapel Hill, États-Unis

La volonté d'intégrer le point de vue des patients dans la définition du parcours de soins et dans la structuration des services a été observée dans presque tous les projets. Leurs avis et retours d'expérience sont pris en compte dans le *design* des projets étudiés et leur intervention dans l'organisation de leurs soins est considérée comme fondamentale :

Nous avons besoin des patients pour nous aider à concevoir ces nouveaux modèles de soins. En tant que médecin, je sais ce qui est le mieux sur le plan médical mais je ne sais pas ce qui est le mieux pour ces femmes, de leur point de vue à elles.

Obstétricien 2
Pays-Bas

En effet, l'expérimentation de paiement à l'épisode de soins en maternité aux Pays-Bas a été conçue en incluant les recommandations de femmes enceintes ou ayant accouché récemment. En particulier, les femmes enceintes peuvent décider des modalités pratiques de leur accouchement. Leurs choix sont décrits dans un plan de soins qui est partagé entre tous les professionnels de santé impliqués dans le parcours.

De plus, des outils qui visent à mesurer des résultats et l'expérience des patients tels que les *Patient Reported Outcomes Measures* (PROMs) et les *Patient Reported Experience Measures* (PREMs) sont de plus en plus souvent mis en place. Le premier outil permet de mesurer l'état de santé et la qualité de vie perçus par les patients, et le second de mesurer la qualité des soins perçue par les patients. En Italie par exemple, les PROMs et PREMs sont utilisés pour recueillir le point de vue des patients tout au long de leur parcours de soins en insuffisance cardiaque chronique, et non pas uniquement lors d'un épisode de soins.

Dans tous les cas étudiés, la prise en charge des patients atteints de maladie chronique implique divers professionnels de santé

et médico-sociaux. Il n'y a pas de modèle organisationnel centré exclusivement sur les spécialistes. Les équipes rencontrées sont constituées de professionnels aux profils et niveaux de qualification très variés comprenant des médecins spécialistes et généralistes, des infirmières, des paramédicaux (souvent des kinésithérapeutes et des psychologues) et d'autres professionnels de santé médicaux ou médico-sociaux. Dans ces équipes, les médecins spécialistes et généralistes développent des soins centrés sur l'ensemble des besoins des patients et attribuent un rôle central aux infirmières. Ils les considèrent comme les mieux placées pour développer ce type d'approche « holistique », c'est-à-dire prenant en compte tous les besoins de la personne dans son ensemble.

C'est plus clairement collaboratif ; l'infirmière-pivot a un rôle clé à jouer pour que le patient reste au centre des préoccupations.

Médecin oncologue
UNC Hospital

J'ai la chance d'avoir des infirmières qui peuvent prendre le temps de s'occuper de mon patient de façon globale, à travers une approche holistique, car moi je n'ai pas toujours le temps et je ne vois pas les patients chez eux.

Médecin généraliste 3
Leeds - Angleterre

Le parcours de soins utilisé comme un « outil » de partage des rôles professionnels

La formalisation de parcours de soins des patients selon différents niveaux de gravité de la maladie permet aux professionnels de s'accorder sur les rôles à jouer par chacun aux différentes étapes de la prise en charge. Les professionnels interrogés insistent d'abord sur l'importance de s'entendre sur une vision commune ou des valeurs éthiques de prises en charge, puis sur la nécessité d'engager une réflexion commune sur les besoins des patients. Cette prise en charge est souvent segmentée selon des niveaux de gravité préétablis.

Pour le pied diabétique, par exemple, les équipes de Toscane s'appuient sur un index de gravité international (l'index de Windsor) et sont aussi arrivées, au terme d'un travail collectif, à publier leur vision commune de la prise en charge du pied diabétique. Dans ce document, le rôle et les responsabilités de

chacun sont clairement énoncés et synthétisés par écrit.

C'est [le parcours] un outil dont on dispose qui peut fonctionner au-delà des frontières professionnelles et institutionnelles, je veux dire au-delà de moi en tant que médecin spécialiste et médecin généraliste du district, mais aussi au-delà de l'hôpital.

Responsable de la
clinique du pied diabétique
Pistoia - Italie

Le spécialiste assume son rôle dans un parcours de soins gradué en garantissant un accueil dans les 24 ou 72 heures si un patient présente des lésions graves. Il est aussi responsable de former les infirmières et les médecins généralistes qui, eux, ont pour devoir le dépistage précoce des lésions des pieds. Le médecin généraliste et l'infirmière à domicile reçoivent des consignes cliniques très précises pour suivre les patients suite à une hospitalisation.

Des professionnels « pivots » entre soins primaires et secondaires

Les médecins spécialistes, interrogés sur les modalités de leur travail en équipe, ont souvent fait référence à un professionnel « pivot » qui facilite la communication entre différentes institutions. Dans les cas étudiés, cette fonction de « pivot » peut être assurée par des professionnels de formations et de statuts divers. Une grande partie du rôle de ce professionnel est de faire le lien entre les

M ÉTHODE

Les études de cas visaient des dispositifs liés à la prise en charge d'une affection chronique qui fait intervenir au moins un spécialiste. Chaque cas a été sélectionné grâce à l'aide de chercheurs académiques étrangers qui ont été interrogés sur les modèles d'organisation de la médecine spécialisée dans leur pays à travers un questionnaire écrit et un entretien téléphonique. Ensuite, des visites sur sites ont été organisées avec pour chaque cas une dizaine d'entretiens semi-directifs réalisés par deux chercheuses auprès d'acteurs variés et représentatifs du fonctionnement du dispositif étudié : des médecins spécialistes et généralistes, des personnels paramédicaux, des responsables administratifs, et dès que possible, des usagers. Les données recueillies ont été complétées par la littérature existant sur le sujet et synthétisées sous la forme de monographies (Michel et Or, à paraître en 2020). Elles décrivent les dispositifs, leur historique de développement, les rôles des différents acteurs impliqués et des mécanismes de financement à l'œuvre.

soignants hospitaliers et ceux travaillant en ville. Ce professionnel « pivot » a un rôle essentiel dans l'intégration des soins.

Nous avons l'idée d'un modèle local de soins intégrés, c'est pourquoi nous avons essayé de modéliser l'intervention de l'infirmière praticienne dans le passage de l'hôpital vers le centre de dialyse, et inversement. Elle est le pont, la clé de voûte.

Néphrologue
Hôpital universitaire de Caroline du Nord - États-Unis

Dans cet exemple de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, une infirmière praticienne (*Nurse Practitioner*)* spécialisée en néphrologie et salariée de l'hôpital universitaire travaille dans des centres de dialyse ambulatoires privés. Elle est donc intégrée à l'équipe de néphrologie du centre hospitalier qui finance son poste, mais elle passe la majorité de son temps en alternance dans les quatre centres de dialyse. En tant qu'infirmière praticienne, elle est titulaire d'un master et est formée au diagnostic, au traitement et à la gestion des maladies aiguës et chroniques. Certains États américains autorisent les infirmières praticiennes à exercer en toute autonomie alors que d'autres, comme ici en Caroline du Nord, encadrent également la pratique (notamment la pres-

cription médicamenteuse) par un accord écrit de collaboration ou de supervision avec un médecin. Au sein du centre de dialyse visité, l'infirmière praticienne effectue un suivi et une prise en charge médicale des patients dialysés, elle assure aussi la conciliation médicamenteuse. Sa présence permet aux patients de mieux gérer leurs problèmes de santé, mais elle a aussi pour rôle de coordonner les soins des patients dialysés, notamment lorsqu'une hospitalisation ou une consultation de spécialiste est nécessaire.

Ce rôle de pivot entre plusieurs organisations et équipes pluriprofessionnelles est souvent porté par un ou une infirmière de pratique avancée dans les cas étudiés. Dans l'exemple de la prise en charge de personnes âgées fragiles en Angleterre, ce sont les *Community Matrons** qui l'endossent. Ces infirmières cliniciennes seniors sont titulaires d'un master en pratique avancée et spécialisées dans la gestion de patients âgés complexes à domicile. La fonction de *Community Matron*, créée en 2004, s'oriente vers la prise en charge à domicile des personnes atteintes de maladies chroniques. Elle s'appuie sur des compétences cliniques et de gestion de cas (Drennan *et al.*, 2010). L'expertise de ces infirmières leur permet d'identifier les

besoins des patients à domicile, d'émettre un diagnostic, de prescrire des médicaments, d'assurer l'éducation des patients et d'organiser la conciliation médicamenteuse. Elles peuvent aussi référer un patient à un médecin spécialiste sans passer par un généraliste. Leurs interventions contribuent à favoriser le maintien à domicile et à réduire les hospitalisations.

En tant que Community Matron, je n'ai pas le même focus qu'un médecin : je me concentre sur la valeur que les gens accordent à leur diagnostic, quel qu'il soit. Pour moi, le soin, c'est avant tout ce qu'en dit le patient. Si par exemple, en tant que prescripteur indépendant, j'évalue un début de maladie d'Alzheimer, j'envoie le patient aux services traitant la mémoire et, juste après le diagnostic, je trouve une solution pour que le patient reste chez lui ; et parfois je dois arrêter certains médicaments qui ne sont pas adaptés à la vie quotidienne et à l'environnement du patient, comme ceux qui augmentent le risque de chute.

Community Matron 2
Leeds - Angleterre

On observe également des initiatives qui intègrent des professionnels de soins primaires au sein des hôpitaux pour améliorer les liens entre la ville et l'hôpital. En Angleterre, des infirmières de soins primaires

E

Le service de gériatrie intégré de la ville de Leeds (Royaume-Uni)

Devant l'augmentation du nombre de personnes âgées fragiles, le Royaume-Uni a lancé en 2017 une politique nationale de dépistage et de prise en charge de la fragilité. Dans ce cadre, la ville de Leeds a soutenu plusieurs initiatives locales, dont le cas présenté ici : un service gériatrique intégré. Dans chaque quartier de Leeds, une équipe (CORE) de soins intégrés travaille en collaboration avec les services de soins primaires, médico-sociaux et l'hôpital. L'équipe gériatrique de l'hôpital universitaire travaille directement avec l'équipe CORE pour améliorer la prise en charge des patients âgés considérés comme fragiles. Cette équipe pluriprofessionnelle comprend notamment une infirmière senior de pratique avancée la « *Community Matron* »* qui a une fonction de gestionnaire de cas, mais aussi un gériatre « d'interface ». Celui-ci, un médecin hospitalier, intervient en ville ou au domicile des patients âgés pour détecter les situations de vulnérabilité afin de prévenir la perte d'autonomie.

Le service respiratoire intégré du quartier de Whittington à Londres (Royaume-Uni)

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est la seconde cause d'hospitalisation en Angleterre. Suite à un audit, l'équipe de

Les huit cas

Whittington Health, un *trust* de soins intégrés du nord de Londres, prend conscience du fait que le taux d'admissions aux urgences pour une BPCO avancée est particulièrement élevé dans leur quartier. Un service respiratoire intégré est créé, composé d'infirmières hospitalières et à domicile, de kinésithérapeutes, de pharmaciens, d'une psychologue, et de deux « pneumologues intégrés » (une fonction nouvelle soutenue et développée par une formation d'internat en pneumologie intégrée). Les pneumologues intégrés interviennent dans le service hospitalier et assurent aussi les consultations ambulatoires. Ils interviennent directement dans la communauté, notamment auprès des médecins généralistes, pour les aider à détecter les cas de BPCO.

Les expérimentations de paiement à l'épisode de soins de maternité intégrés (Pays-Bas)

En 2004, une enquête européenne (Européristat) révèle un taux de mortalité néonatale très élevé aux Pays-Bas. Les pouvoirs publics hollandais créent un comité de réflexion sur la prise en charge des femmes enceintes. Suite aux recommandations de ce comité interdisciplinaire incluant tous les professionnels impliqués dans la prise en charge des femmes enceintes, 76 « collaborations obstétricales régionales » ont été constituées autour d'obstétriciens hospitaliers, de

sages-femmes et d'auxiliaires puéricultrices libérales. En 2017, six de ces réseaux sont sélectionnés pour expérimenter un paiement à l'épisode de soins. Les Organisations intégrées de soins de maternité (IMCO), qui sont des coopérations juridiques, ont été créées pour permettre aux professionnels de santé travaillant dans différentes structures de s'unir autour d'une plateforme et de définir des protocoles de soins communs pour ensuite partager un financement conjoint.

Deux réseaux de prise en charge du pied diabétique en Toscane (Italie)

Face à des taux d'amputations élevés et à de grandes disparités régionales de prises en charge, les diabétologues italiens publient en 2009 un consensus national sur la prise en charge du pied diabétique. Des réseaux de soins formalisés, portés par les diabétologues des cliniques du pied diabétique, sont implantés depuis des hôpitaux régionaux toscans. Ces réseaux sont structurés autour d'un parcours de soins gradué avec une stratification de la population des patients diabétiques selon les niveaux de gravité de la maladie. La détection et le suivi des cas modérés à compliqués sont assurés par les professionnels de soins primaires, tandis que les diabétologues traitent les cas les plus complexes. Les médecins généralistes et les infirmières à domicile

Suite page suivante

et des médecins généralistes peuvent travailler à temps plein ou partiel à l'hôpital afin d'aider à l'organisation des sorties. Ils sont souvent financés conjointement par le budget de l'hôpital et de la ville. Par exemple, des médecins généralistes sont employés aux urgences hospitalières pour effectuer les premiers soins et le triage. De même, des infirmières de ville (financées dans le cadre du budget des soins primaires) travaillent au sein de l'hôpital pour faciliter les sorties d'hospitalisation, leur statut leur permettant, par exemple, d'accéder aux services médico-sociaux. En Italie, les infirmières de la clinique du pied diabétique se chargent de préparer des dossiers à destination des médecins généralistes pour les guider sur les soins à fournir au patient de retour à domicile.

Des médecins spécialistes hospitaliers développant des rôles de coordinateurs, d'experts et de formateurs auprès des équipes de soins primaires

Dans tous les cas étudiés, les médecins spécialistes ont insisté sur leur volonté de mieux s'impliquer dans le suivi global du patient et dans la prévention des risques et des complications évitables. En effet, ils peuvent apporter leur expertise dans plusieurs domaines et

à différents niveaux pour améliorer la prise en charge globale des patients. Certains spécialistes rencontrés endossent le rôle de référents/experts et s'impliquent dans la formation continue des professionnels de santé en ville (médecins généralistes et infirmiers) pour assurer la prévention secondaire* et un suivi effectif. En Angleterre, à Whittington, les spécialistes appelés « consultants » étudient les dossiers médicaux rédigés par les généralistes afin de les accompagner dans le diagnostic de BPCO et leur proposent des formations personnalisées directement au sein du cabinet.

Je me considère comme un expert dans mon domaine, mes collègues peuvent me consulter quand ils ont besoin de mon expertise et ensemble nous pouvons trouver des solutions, c'est la raison pour laquelle on nous appelle des « consultants ». Mais ne vous méprenez pas, il s'agit d'une nouvelle approche, nous avons aussi les consultants à l'ancienne qui continuent à pratiquer en free riders (rires).

Pneumologue senior,
Hôpital de Whittington Londres - Royaume-Uni

des experts, des consultants, au service d'une équipe pluriprofessionnelle répartie sur plusieurs sites. Leur accès aux données médicales des patients suivis en ville, à l'hôpital et par des services sociaux facilite les échanges.

Dans les cas étudiés, comme en Italie et aux Etats-Unis, le spécialiste peut avoir un rôle de coordinateur, de consultant, de formateur mais aussi de pivot entre les soins primaires et spécialisés.

Je ne suis que le coordinateur d'une équipe, en ce sens que je ne suis pas tout seul à avoir la bonne réponse, donc j'ai aussi un rôle de transmission de mon expertise. Pour cela, je dois être très humble, bien qu'en général ce ne soit pas le plus grand attribut du médecin (rires).

Diabétologue
Arezzo - Italie

La multiplication de fonctions, voire de métiers, « à la frontière » entre différentes organisations

Les exemples présentés illustrent à quel point les visions traditionnelles des professions sont bousculées. Les identités professionnelles elles-mêmes sont en cours de redéfinition dans les expériences étudiées. Les réflexions habituelles sur les ressources

E

Les 8 cas (suite de l'encadré page 4)

sont notamment responsables de la détection des lésions au pied ainsi que de l'éducation des patients. Ils sont formés par les diabétologues des cliniques qui, par ailleurs, s'engagent à prendre en charge les patients envoyés par les médecins généralistes dans les 24 ou 72 heures, ou sous un mois selon la gravité des lésions détectées.

Un réseau territorial de prise en charge de l'insuffisance cardiaque en Toscane (Italie)

L'équipe médicale d'un centre hospitalier spécialisé en cardiologie et les médecins généralistes regroupés au niveau local dans les Agrégations territoriales fonctionnelles (AFT) ont mis en place un réseau de détection précoce et de prise en charge de l'insuffisance cardiaque. Ensemble, médecins généralistes et cardiologues ont repensé la prévention au niveau de leur territoire mais aussi le retour à domicile suite à des hospitalisations. Ce réseau est soutenu par la région qui finance plusieurs postes « d'infirmières territoriales », responsables sur le territoire de l'inscription et du suivi proactif de patients souffrant d'affections chroniques majeures.

Trois centres de soins ambulatoires (MVZ) [Berlin, Allemagne]

Il existe une séparation stricte entre les soins hospitaliers et ambulatoires en Allemagne.

Les médecins spécialistes hospitaliers ne sont généralement pas autorisés à effectuer des consultations à l'hôpital. Les *Medizinische Versorgungszentrum* (MVZ) sont des structures de soins héritées des centres de santé de l'ancienne Allemagne de l'Est regroupant des médecins généralistes et spécialistes en un même lieu physique. L'exercice peut s'y faire en tant que médecin salarié (90 % des médecins) ou libéral conventionné. Les trois MVZ visités ont permis d'observer différents types d'organisations : une structure gérée par un anesthésiste proposant à des chirurgiens de louer l'accès à un plateau technique et à des blocs opératoires, un cabinet de cardiologues employant des médecins généralistes et des paramédicaux et un centre de soins polyvalent appartenant à un hôpital.

Un modèle de soins intégrés en oncologie à Chapel Hill (Caroline du Nord, Etats-Unis)

Intégré au seul centre public de lutte contre le cancer reconnu par l'Institut national du cancer, le département visité prend en charge les cancers de la vessie, de la prostate, des voies urinaires et génitales (*Genital and Urology Clinic*). Il y a dix ans, l'un des oncologues de l'équipe décide de mettre en place un département multidisciplinaire pour faire évoluer la prise en charge et le traitement des cancers jusque-là très souvent

axés sur une réponse chirurgicale. L'organisation repose sur un travail d'équipe pluridisciplinaire s'appuyant sur des infirmières navigatrices qui aident les patients à « naviguer » dans le système. Elles fournissent un point de contact unique pour les patients et les soignants en coordonnant, par exemple, des traitements et des rendez-vous avec des médecins, en fournissant une éducation thérapeutique au patient.

Un modèle de soins intégrés pour l'insuffisance rénale chronique à Chapel Hill (Caroline du Nord, Etats-Unis)

Aux Etats-Unis, les centres de dialyse ambulatoire sont majoritairement privés et indépendants et sont peu coordonnés avec les hôpitaux. Le service de néphrologie de l'hôpital a donc mis en place un modèle de soins intégrés pour un meilleur suivi après l'hospitalisation. Il s'agit de permettre une prise en charge plus complète et coordonnée des patients complexes et fréquemment hospitalisés. Ce modèle repose sur une infirmière praticienne* qui est salariée de l'hôpital mais travaille dans les centres de dialyse autour de l'hôpital. Elle effectue un suivi en continu des patients dialysés dans les centres privés et coordonne leurs traitements avec les spécialistes permettant ainsi d'anticiper, voire d'éviter, des hospitalisations.

humaines en santé partent du principe que chaque profession a des compétences, des pratiques et des rôles qui leur sont propres. Pourtant, on observe de plus en plus de rôles « à la frontière » des professions et des institutions ou, plus exactement, des professionnels capables de franchir certaines frontières existant au sein de et entre les services de santé et les services sociaux. Ces rôles ne sont pas forcément nouveaux mais résultent plutôt de l'utilisation et de la valorisation de compétences existantes pour atteindre des objectifs nouveaux dans des contextes différents.

Le rôle de navigatrice est juste une application de certaines de mes compétences d'infirmière mais, face à de nouveaux besoins, je ne suis pas formée pour faire de la navigation, j'utilise ma longue expérience en oncologie pour aider mon patient à naviguer dans le système.

Infirmière navigatrice,
service d'oncologie
Université de Caroline du Nord, États-Unis

Les « navigateur-riche-s » en oncologie en Caroline du Nord interviennent comme des soignants référents pour les patients qui les sollicitent autant pour des questions médicales que plus pratiques d'accès aux soins et services médico-sociaux. Cette fonction de navigateur-riche s'adapte selon les spécialités médicales et les services hospitaliers. Elle peut dès lors être assumée par une infirmière, une infirmière de pratique avancée, un kinésithérapeute ou encore une assistante sociale. Ces rôles peuvent être reconnus et valorisés par des diplômes ou des certifications comme l'ont été les *Community Matrons* en Angleterre, ou s'ajouter aux fonctions classiques des professionnels de façon informelle. Dans les cas étudiés, les compétences et missions de ces professionnels sont en constante redéfinition. Cette possibilité d'adaptation de la pratique est parfois rendue possible par une reconnaissance, par les pairs et par la législation, de nouvelles responsabilités et compétences. Par exemple, en Angleterre, les kinésithérapeutes peuvent prescrire des traitements pour les patients atteints de BPCO selon des critères bien définis et grâce à une certification.

Enfin, des fonctions émergentes en marge des professions traditionnelles ont été recensées comme par exemple les « coachs de santé » en Angleterre et aux États-Unis. Ils n'ont pas forcément de formation médicale ou paramédicale mais sont souvent recrutés selon leur expérience personnelle. Ces fonc-

tions se développent de plus en plus et sont difficiles à comparer tant leurs appellations et faisceaux de tâches sont variés.

Eh bien maintenant, aux États-Unis, vous pouvez trouver des activateurs de patients, des mentors familiaux, des spécialistes de la transition des soins, des coachs de santé, etc., je n'arrive pas toujours à suivre et je me demande parfois quel rôle il y a derrière chaque titre.

Directeur
de la formation interprofessionnelle
États-Unis

L'importance de la formation interprofessionnelle initiale mais aussi continue

Le rôle de la formation apparaît comme un élément essentiel aux yeux des professionnels de santé pour faire évoluer les représentations mutuelles des membres des différentes professions et permettre un meilleur travail en équipe. Sur le campus universitaire de Chapel Hill en Caroline du Nord, la formation interprofessionnelle, dès la première année des études médicales et paramédicales est en développement. Elle a pour vocation l'acquisition de savoirs nouveaux comme l'apprentissage du travail en équipe. La formation vise à permettre aux étudiants de comprendre qu'il y a des angles d'approche différents mais complémentaires d'un même problème, et à apprendre à communiquer entre eux plus efficacement.

Nous formons nos étudiants dans plusieurs domaines, par exemple sur la question du rôle et des responsabilités, pour qu'ils apprennent quelles sont leurs responsabilités partagées, ou encore sur la question des valeurs et de l'éthique dans leur propre pratique, sans oublier un point essentiel : celui des compétences en communication, 70 % des erreurs médicales aux États-Unis étant dues à des problèmes de communication.

Chef du bureau
de la pratique interprofessionnelle
États-Unis

Dans le service de pneumologie intégrée de Whittington, une psychologue assure une formation continue des membres de l'équipe en aidant les professionnels de soins à mieux comprendre le point de vue du patient, mais également à affronter la mort, les conversations de fin de vie avec les familles, etc. Elle organise pour tous les membres de l'équipe des formations à l'entretien motivationnel, ainsi qu'une séance de discussion réflexive toutes les six semaines :

Cette formation a changé ma vie, je suis devenue un médecin totalement différent après ça, et le fait de pouvoir travailler toutes les six semaines sur les techniques d'entrevue motivationnelle m'aidera beaucoup. C'est un processus d'apprentissage continu.

Étudiante en internat de pneumologie
Whittington – Angleterre

Un partage d'informations plus ou moins formalisé

Le partage d'informations est un enjeu crucial du travail pluriprofessionnel au sein de, et entre différentes institutions. Dans tous les pays visités, des politiques nationales visent à soutenir l'amélioration des systèmes d'information, mais les nombreux freins technologiques rencontrés ne permettent pas toujours une utilisation optimale. Une interopérabilité complète des systèmes d'information n'a été observée dans aucun des pays visités. Cependant, en Angleterre, les professionnels de santé tant hospitaliers que de soins primaires peuvent utiliser une messagerie nationale sécurisée, le « NHS mail ». Les soignants n'hésitent pas à passer par ce canal pour échanger entre eux le contenu entier des dossiers médicaux.

Ce n'est peut-être pas la meilleure solution, mais au moins elle est sûre : en résumé, je fais un copier-coller du dossier médical complet dans un mail et je l'envoie au spécialiste si nécessaire.

Physiothérapeute
de l'équipe respiratoire intégrée
Whittington – Angleterre

Les difficultés technologiques et juridiques représentant encore souvent un frein au développement de systèmes de partage d'informations fiables, les professionnels rencontrés ont tendance à « bricoler » des solutions informelles et souvent peu sécurisées. Deux des équipes interrogées utilisent des messageries instantanées pour échanger des informations sur leurs patients en temps réel. En Italie, par exemple, les diabétologues ont l'habitude d'envoyer les photos de plaies de pieds diabétiques aux chirurgiens vasculaires et orthopédiques.

Nous avons créé une communauté WhatsApp, c'est très pratique, j'envoie une photo et le chirurgien peut répondre très rapidement. Avant, je devais attendre qu'il vienne [ici] et parfois il oubliait.

Diabétologue,
Responsable de la clinique du pied diabétique
Arezzo - Italie

D'autres solutions sont trouvées par les professionnels « pivots » qui ont accès à deux systèmes informatiques. Par exemple, l'infirmière de dialyse aux Etats-Unis utilise sa possibilité d'accéder aux dossiers de l'hôpital et du centre de dialyse ambulatoire pour y dupliquer ses observations et partager les informations avec les spécialistes à l'hôpital.

Tous les deux jours environ, je fais un copier-coller de mes notes d'un système informatique à l'autre, de sorte que les médecins puissent suivre ce que je fais.

Infirmière praticienne,
Hôpital universitaire de Caroline du Nord
Etats-Unis

Le travail en équipe pluriprofessionnelle facilite aussi le partage d'information. L'équipe respiratoire intégrée de Whittington, en Angleterre, compte sur les pneumologues, qui ont accès aux dossiers des médecins généralistes et de l'hôpital, mais aussi sur des informations collectées auprès des patients à domicile par les professionnels médico-sociaux. Dans des réunions hebdomadaires, les dossiers médicaux sont complétés par les observations des intervenants médico-sociaux à domicile.

Des approches populationnelles qui s'élargissent

Dans les cas étudiés, les approches ciblant initialement des populations à haut risque d'hospitalisation ont tendance à s'élargir à une population plus grande en amont des complications de la maladie. L'objectif est ainsi d'adopter des mesures préventives et de former le plus grand nombre de personnes à suivre leur état de santé. Les professionnels de santé doivent donc penser l'organisation

REPÈRES

Cette étude s'inscrit dans le cadre des travaux de l'Irdes sur l'organisation des systèmes de santé et sur l'évolution des pratiques professionnelles. Elle a été commanditée et financée en partie par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) afin de nourrir sa réflexion sur l'évolution de la médecine spécialisée en France (Avis du Hcaam des 22 juin 2017 et 23 janvier 2020). Ce *Questions d'économie de la santé* met en perspective huit études de cas portant sur les prises en charge de personnes atteintes de pathologies chroniques (Michel et Or, à paraître en 2020). Nous remercions toutes les personnes qui ont permis la réalisation de cette étude, et plus particulièrement les équipes soignantes, ainsi que l'équipe du Hcaam et ses collaborateurs scientifiques.

des soins dans une approche plus globale qui prend davantage en compte la prévention et l'éducation thérapeutique. Ainsi à Leeds, qui avait investi au départ dans la prise en charge des personnes âgées les plus fragiles, la ville a décidé d'accompagner toutes les personnes âgées de la municipalité par des mesures de prévention actives.

Nous avons une communauté de personnes qui sont nos patients, peu importe qu'ils soient ou non malades. Il est donc de notre devoir de prendre en compte toute la population et de répondre à ses besoins.

Médecin généraliste,
Commissaire d'un *Clinical Commissioning Group (CCG)*
Leeds - Angleterre

Cette approche populationnelle est rendue possible par une décentralisation des décisions d'allocation des ressources (financement des soins), quel que soit le financement global du système de santé. Par exemple, aux Pays-Bas où il s'agit d'un système de compétition régulée dans lequel les assurés peuvent choisir leurs assureurs, les assureurs privés peuvent engager des fournisseurs de soins d'une région sur la base d'objectifs de volume et de qualité au niveau local considérant la population prise en charge. En Angleterre, où le budget du *National Health Service (NHS)* est attribué aux régions en considérant les caractéristiques de la population, le financement des soins est encore plus décentralisé à travers les *Clinical Commissioning Groups (CCG)* qui gèrent les budgets pour atteindre des objectifs de santé et d'efficacité définis au niveau de la population locale à partir d'un cadre national. Les CCG ont une grande flexibilité pour allouer les ressources au niveau local afin d'améliorer les résultats de soins de leur population. Cette flexibilité semble influencer la manière de penser les besoins et les prévisions en termes de ressources humaines au niveau local.

Des incitations financières alignées sur des objectifs de soins

Les cas étudiés ont permis de constater qu'il n'y a pas de modèle unique de financement mais bien des incitations financières adaptées aux objectifs portés par les professionnels de santé. Cependant, dans tous les exemples étudiés, la plupart des professionnels impliqués, notamment les spécialistes, sont rémunérés sur une base salariale ou à la capitation (parfois complétée par des paie-

ments à l'acte ou à la performance). Ceci peut être un facteur favorisant la collaboration entre les professionnels de santé car le « partage » des responsabilités et des patients ne constitue pas un risque financier.

Je suis payé pour prendre soin de mes patients, donc moins je les vois, mieux c'est pour moi, mais pour ça, je dois travailler avec les infirmières, pour être sûr que les patients reçoivent des soins appropriés et de qualité.

Médecin généraliste
Toscane - Italie

Il existe toutefois souvent des paiements incitatifs supplémentaires (à la fois pour les hôpitaux et les professionnels de santé) afin de changer les pratiques et d'encourager les professionnels à investir dans une collaboration au-delà de leur secteur. Cette démarche est toujours soutenue par des mesures de la qualité de la coordination et des parcours de soins, ainsi que par un *benchmarking* local pour aider les professionnels de santé à identifier les bonnes pratiques. Par ailleurs, le coût de la collaboration et de la coopération interdisciplinaire pour les professionnels de santé impliqués en termes de temps et d'énergie est reconnu et souvent rémunéré. Par exemple, en Angleterre, les médecins généralistes et les spécialistes hospitaliers reçoivent des paiements forfaitaires pour leur fonction de coordination ou de formation dans les centres de santé.

Dans tous les cas étudiés, les financeurs ou acheteurs garantissent que les professionnels de santé et les hôpitaux impliqués dans ces démarches de qualité ne soient pas perdants en améliorant les parcours de soins. La tarification à l'activité (T2A), utilisée dans la plupart des pays sauf en Italie, lie le financement des hôpitaux à leur volume d'activité. Elle représente ainsi un risque financier pour les établissements qui souhaitent investir dans la prévention et la coordination des soins en ville pour réduire les hospitalisations évitables. De ce fait, les modèles de T2A ont évolué pour intégrer des objectifs de qualité et de coordination avec les secteurs des soins primaires et du médico-social. Aux Etats-Unis, les hôpitaux concernés sont soutenus par des contrats *Accountable Care Organization (ACO)* mais aussi par des financements liés à la qualité. Ces derniers leur donnent une flexibilité budgétaire pour recruter des infirmières de navigation ou de coordination et mettre en place des actions médico-sociales. Aux Pays-Bas, le paiement à l'épisode est testé pour soutenir

la démarche de coordination du parcours de soins de maternité. Depuis longtemps en Angleterre, les établissements bénéficient de paiements à la qualité en sus de leur financement par la T2A. Pour la BPCO, les indicateurs utilisés concernent l'organisation de la sortie qui nécessite une collaboration étroite entre l'hôpital et les professionnels de soins primaires et du secteur médico-social. Les paiements à la qualité sont en plus directement attribués à l'équipe concernée.

Plus récemment, en Angleterre, de nouveaux contrats (les contrats d'incitations financières alignées, *Aligned Incentives Contracts*) sont testés comme une alternative à la T2A. Les deux innovations étudiées ici ont été possibles grâce à ces contrats qui garantissent un financement stable aux établissements investissant dans de nouveaux services. Ils permettent aux établissements d'investir dans le suivi des patients en ville et de conserver les potentielles économies réalisées grâce à la réduction des hospitalisations. Pour les financeurs, cela facilite le paiement des services et des postes pivots entre l'hôpital, la ville et le domicile.

Enfin, même essentielle, la question des modes de paiement adéquats pour encourager l'innovation dans l'organisation des soins est souvent le dernier maillon des dispositifs qui soutiennent le développement des soins intégrés. Aux Pays-Bas, où est testé un mode de paiement à l'épisode de maternité, le modèle de financement a été le résultat d'un long processus. Les professionnels de santé ont identifié des problèmes dans la prise en charge de la maternité et ont établi une prise en charge plus intégrée pour réduire la mortalité maternelle et néonatale. Ainsi, le *bundle* soutient une organisation de soins en proposant des paiements intégrés pour un groupe de professionnels de santé qui se proposent de travailler ensemble. Le paiement global à l'épisode de maternité assure là encore que les professionnels impliqués ne soient pas perdants financièrement en améliorant la qualité.

* * *

Les nouvelles organisations des soins observées dans cette étude sont le résultat d'une réflexion collective des professionnels de santé locaux et des pouvoirs publics sur la meilleure manière de prendre soin de la population de leur territoire. La réponse qu'ils apportent concerne moins le besoin

de nouveaux professionnels que de nouvelles organisations, de nouvelles répartitions des tâches et des responsabilités entre eux. Ainsi, la question de savoir s'il y aura assez de médecins, d'infirmières et de professionnels de santé sur un territoire dans les années à venir pour répondre à la demande, même si elle reste incontournable, se double d'une autre question : comment les professionnels existants peuvent-ils s'organiser pour mieux articuler leurs interventions au sein d'équipes interprofessionnelles afin de répondre aux besoins des patients dans leur globalité ?

Le partage des rôles et aussi des responsabilités est au cœur des débats actuels en France, notamment entre les médecins généralistes et les infirmières de pratiques avancées*. A l'étranger, cette question est aussi centrale car les juridictions de compétences sont également réglementées ne permettant pas toujours facilement la redéfinition des rôles (Fraher et Brandt, 2019). Toutefois, les cas étudiés montrent qu'il est possible, dans une équipe pluriprofessionnelle, de redistribuer les rôles entre les professionnels et de circonscrire légalement les responsabilités. Et ce en s'appuyant notamment sur des protocoles de collaboration locaux et sur des professionnels « à la frontière » qui permettent de fluidifier ces collaborations. Les médecins spécialistes assument de plus en plus souvent un rôle d'expert au sein des équipes pluriprofessionnelles, de coordinateur et de soutien aux professionnels de soins primaires. Les rôles et compétences élargies des professionnels paramédicaux facilitent la coordination et permettent désormais aux médecins de partager la responsabilité médicale et juridique.

Tout comme en France, de nouvelles formes de financement sont expérimentées et se combinent pour appuyer les nouvelles formes d'organisation et le travail en équipe. Ces expériences étrangères illustrent cependant le fait que l'évolution du financement arrive bien souvent comme la dernière étape d'une transformation organisationnelle amorcée depuis longtemps. Dans tous les cas, les incitations financières sont conçues pour encourager tous les professionnels de santé, en ville, à l'hôpital ou à domicile, à travailler avec les mêmes objectifs. Les financeurs garantissent, à minima, que les hôpitaux et les professionnels de santé ne soient pas perdants financièrement lorsqu'ils s'organisent pour améliorer les parcours de soins. Dans les cas étudiés, la rémunération

par capitation ou sur une base salariale des professionnels de santé facilite la collaboration entre eux, car la redéfinition des rôles ne représente pas un risque financier.

Enfin, ces expériences nous apprennent aussi que les changements organisationnels et culturels prennent du temps. Ces équipes se construisent sur le long terme et leur stabilisation requiert un travail en soi de la part de tous les professionnels impliqués. Partager une vision médicale commune et des objectifs de soins centrés sur le patient semble être l'une des conditions pour créer une culture de coopération qui nécessite d'être entretenue par une formation interprofessionnelle continue. ♦

POUR EN SAVOIR PLUS

- Fraher et Brandt (2019). "Toward a System where Workforce Planning and Interprofessional Practice and Education Are Designed around Patients and Populations not Professions". *Journal of Interprofessional Care* 33(4): 389-397.
- Hénaut L., Berland Y., Cadet D. (2011). *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers, des pistes pour avancer*. Paris : La Documentation française.
- Hénaut L., Bloch M.-A. (2014). *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris : Dunod.
- Michel L., Or Z. (à paraître en 2020). *Déclouisonner les prises en charge entre médecine spécialisée et soins primaires : expériences dans cinq pays*. Rapports de l'Irdes, série Monographies.
- Schweyer F.X., Vézinat N. (2019). « Écologie des maisons de santé pluri-professionnelles : une gouvernance multi-niveaux ». *Journal de gestion et d'économie de la santé*, n° 1, pp. 3-10.
- WHO (2016), *Integrated care models: an overview*, Working Paper, Division of Health Systems and Public Health, World Health Organization.
- WHO (2020), *European Health Information Gateway*, online platform, WHO Europe.

IRDES

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION
EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ
117bis, rue Manin 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 02
www.irdes.fr • Email : publications@irdes.fr

Directeur de la publication : Denis Raynaud •
Éditrice : Anne Evans • **Éditrice adjointe** : Anna Marek •
Relectrices : Cécile Fournier et Noémie Malléjac •
Infographiste : Franck-Séverin Clérembault •
Assistant à la mise en page : Damien Le Torrec •
Imprimeur : Addax (Montreuil, 93) •
Dépôt légal : Avril 2020 • **Diffusion** : Suzanne Chriqui •
ISSN : 1283-4769 (papier), 2498-0803 (PDF).