

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

<https://www.irdes.fr/recherche/2020/rapport-573-comparaison-internationale-organisation-medecine-specialisee-italie-reseaux-pluridisciplinaires-en-toscane.html>

Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée : innovations dans cinq pays

Allemagne • Angleterre • États-Unis • **Italie** • Pays-Bas
Italie : les réseaux pluridisciplinaires en Toscane

Lucie Michel, Zeynep Or (Irdes)

1-1a

Études de cas



INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ
117bis, rue Manin 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 06 •
www.irdes.fr • E-mail : publications@irdes.fr

- **Directeur de publication/Director of publication** Denis Raynaud
- **Éditrice/Editor** Anne Evans • **Éditrice adjointe/Associate editor** Anna Marek
- **Maquettiste/Lay-out artist** Franck-Séverin Clérembault
- **Assistant à la mise en page/Lay-out assistant** Damien Le Torrec
- **Diffusion/Diffusion** Suzanne Chriqui
- **Dépôt légal** : juillet 2020 • **ISBN** : 978-2-87812-524-5

Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée : innovations dans cinq pays

Allemagne • Angleterre • États-Unis • **Italie** • Pays-Bas
Italie : les réseaux pluridisciplinaires en Toscane

Lucie Michel, Zeynep Or (Irdes)

Études de cas

Remerciements

Nous tenons à exprimer notre gratitude à nos collègues italiennes, Sabina Nuti, Milena Vainieri, Chiara Seghieri et Francesca Ferrè de l'Ecole supérieure Sant'Anna de Pise, qui ont aidé à l'organisation des visites et nous ont accompagnées sur place. Nous tenons également à remercier les professionnels de santé que nous avons rencontrés, pour le temps qu'ils ont accepté de nous consacrer dans le cadre de cette étude, et pour l'accueil chaleureux qu'ils nous ont réservé au cours des visites dans leur établissement. Nos remerciements vont également à nos collègues et experts du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam), en particulier Anne-Marie Brocas, Renaud Legal, Nathalie Fourcade et Jean-François Thébaut, qui nous ont fourni des commentaires avisés à différentes étapes de ce travail. Enfin, nous tenons à remercier l'équipe éditoriale de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), Anne Evans et Anna Marek, pour leur implication dans la réalisation de ces monographies.

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| Remerciements | 2 |
| Avant-propos | 5 |
| Le système de santé italien en bref..... | 7 |
| 1. RÉSEAUX DU PIED DIABÉTIQUE EN TOSCANE | 9 |
| Contexte | 9 |
| Aperçu de l'évolution des soins du pied diabétique en Italie | 10 |
| Des silos aux parcours | 10 |
| Un parcours de soins gradué..... | 11 |
| Réseaux du pied diabétique à Arezzo et Pistoia - Toscane | 12 |
| Un réseau centré sur le patient | 12 |
| <i>Une équipe pluridisciplinaire intégrée au sein de l'hôpital dans un département spécialisé... ..</i> | <i>12</i> |
| <i>... qui s'appuie sur une infirmière coordinatrice... ..</i> | <i>12</i> |
| <i>... travaillant avec des professionnels de santé en soins primaires au sein de l'Autorité sanitaire locale... ..</i> | <i>13</i> |
| <i>... et partageant une vision commune</i> | <i>14</i> |
| Le rôle de l'évaluation et du <i>benchmarking</i> | 15 |
| 2. RÉSEAUX D'INSUFFISANCE CARDIAQUE EN TOSCANE | 17 |
| Contexte | 17 |
| Aperçu de l'évolution de la prise en charge en réseau de l'insuffisance cardiaque | 17 |
| Un parcours de soins bien défini..... | 18 |
| <i>Un réseau des spécialistes hospitaliers qui intègre les soins primaires... ..</i> | <i>18</i> |
| <i>... s'appuie sur des infirmières locales spécialisées à domicile... ..</i> | <i>19</i> |
| <i>... et des centres de soins territoriaux pluridisciplinaires</i> | <i>20</i> |
| Évaluation continue des résultats | 21 |
| 3. PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS | 23 |
| Défis à relever..... | 23 |
| Leviers..... | 23 |
| 4. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES | 25 |

Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée : innovations dans 5 pays

Italie : les réseaux pluridisciplinaires en Toscane

Irdes - juillet 2020

Avant-propos

Dans un contexte de demande croissante de soins liée à une population vieillissante souffrant de multiples maladies chroniques, la France, comme d'autres pays, cherche à faire progresser la coordination des soins dans les secteurs des soins primaires, hospitaliers et de longue durée. Les médecins spécialistes jouent un rôle essentiel dans la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques, mais jusqu'ici peu d'attention a été accordée à leurs modes d'organisation en dehors de l'hôpital, et à leur rôle dans l'amélioration de la coordination des soins centrés sur le patient. France Stratégie (Hcaam, Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie) a demandé à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) d'apporter un éclairage international sur la question.

En collaboration avec des chercheurs et des experts de cinq pays - Allemagne, Angleterre, États-Unis, Italie et Pays-Bas -, nous avons identifié plusieurs modèles d'organisation des soins spécialisés. Afin de comprendre l'organisation effective des soins autour de pathologies spécifiques, nous avons réalisé dans ces pays différentes études de cas entre juin 2018 et mars 2019. Celles-ci n'ont pas pour objectif de fournir une description globale des soins ambulatoires dans chaque pays. Il s'agit plutôt d'étudier les modalités d'organisation autour des parcours de soins des patients, en décrivant la coordination des rôles et des tâches entre les médecins spécialistes et les autres professionnels impliqués, ainsi que les caractéristiques innovantes et les modèles financiers sous-jacents.

Les deux études de cas présentées ici décrivent l'organisation et le fonctionnement de réseaux pluriprofessionnels prenant en charge des patients atteints du pied diabétique et d'insuffisance cardiaque. Elles s'appuient sur des visites organisées dans la région de Toscane en juin 2018 avec la collaboration du Laboratoire de santé et de gestion (MeS) de l'École supérieure Sant'Anna (*Scuola Superiore Sant'Anna*) de Pise. Ces visites nous ont permis d'interroger les principaux acteurs impliqués, notamment les médecins spécialistes qui sont au cœur de ces réseaux, les professionnels de santé exerçant dans les hôpitaux et dans les centres de soins primaires, ainsi que les autorités locales.

Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée : innovations dans 5 pays

Italie : les réseaux pluridisciplinaires en Toscane

Irdes - juillet 2020

LE SYSTÈME DE SANTÉ ITALIEN *en bref*

Le système de santé italien est un service sanitaire national (*Servizio Sanitario Nazionale, SSN*) structuré au niveau des régions et financé par les impôts. Il assure une couverture universelle, généralement gratuite, et s'organise sur trois niveaux : national, régional et local. Le gouvernement est responsable de la planification de la santé à l'échelle nationale, de la fixation des objectifs généraux, du panier de soins et des ressources financières, afin de garantir un niveau uniforme des services. Les régions bénéficient d'une autonomie importante dans la planification, l'organisation et la gestion de leurs systèmes de santé *via* les Autorités sanitaires locales (ASL) pour répondre aux besoins de leurs populations. Les ASL, gérées par un directeur général nommé par la région, sont responsables de l'ensemble des soins dans leur territoire – soins primaires, hospitaliers, soins spécialisés, soins sociaux et de santé publique – en dispensant des soins dans leurs propres établissements, et en achetant des services à des hôpitaux publics ou des prestataires privés. Il existe de nombreuses disparités entre les régions en termes de capacité hospitalière, de disponibilité d'équipements médicaux de pointe, de proportion d'établissements privés et de services de soins communautaires, qui se reflètent également dans leurs résultats cliniques (Ferré *et al.*, 2014 ; LoScalzo *et al.*, 2016 ; OECD, 2017).

Les soins primaires sont assurés par des médecins indépendants sous contrat (médecins généralistes et pédiatres) qui perçoivent une rémunération forfaitaire en fonction du nombre de personnes figurant sur leurs listes. Les ASL peuvent verser des allocations supplémentaires pour assurer des soins planifiés à certains patients (par exemple, soins à domicile pour les patients souffrant de maladies chroniques), atteindre des objectifs de performance et fournir des traitements complémentaires. La capitation est ajustée en fonction de l'âge du patient et représente environ 70 % du paiement total (Donatini, 2019). La part variable comprend la rémunération à l'acte pour des traitements spécifiques, notamment les soins à domicile, les activités de prévention, etc. Les hôpitaux sont soit gérés par l'ASL, soit en tant qu'entreprises publiques semi-indépendantes. La tarification à l'activité est le principal mode de financement des hôpitaux, mais ne s'applique généralement pas aux hôpitaux directement gérés par les ASL et qui sont financés par des budgets globaux. Les médecins hospitaliers sont des employés salariés. Les soins ambulatoires spécialisés sont généralement dispensés par les ASL ou par des hôpitaux publics et privés agréés sous contrat avec ces dernières. Les spécialistes non hospitaliers sont rémunérés selon le tarif de financement horaire national standard (~ 32 euros).

Les deux études de cas présentées ici concernent la Toscane, une région du centre de l'Italie qui compte environ 3,7 millions d'habitants (Nutti *et al.*, 2016). Jusqu'en 2016, douze ASL étaient responsables de l'organisation et de l'offre de services de santé à environ 300 000 personnes en moyenne. En 2016, elles ont été regroupées en trois institutions. Les soins hospitaliers (95 % publics) sont principalement assurés par des hôpitaux généraux gérés par les ASL (payés via des budgets globaux) ainsi que quatre hôpitaux universitaires (établissements de soins indépendants qui ne sont pas dédiés à une population géographique spécifique) et des centres de référence régionaux pour les maladies cardiovasculaires.

Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée : innovations dans 5 pays

Italie : les réseaux pluridisciplinaires en Toscane

Irdes - juillet 2020

1. RÉSEAUX DU PIED DIABÉTIQUE EN TOSCANE

Contexte

- ▶ Le diabète est une maladie chronique majeure dans tous les pays industrialisés et sa prévalence est en augmentation rapide. En 2016, plus de 3 millions de personnes en Italie souffraient du diabète, soit 5,3 % de la population totale (16,5 % des personnes âgées de 65 ans et plus)¹.
- ▶ Le diabète non contrôlé peut engendrer des problèmes de santé très graves, notamment le pied diabétique, dû à la neuropathie et aux problèmes vasculaires périphériques.
- ▶ Le pied diabétique est un problème particulièrement complexe qui peut entraîner une amputation et un handicap important s'il n'est pas traité rapidement. Il nécessite des soins pluridisciplinaires impliquant des acteurs de soins primaires pour la prévention et le dépistage, ainsi que des diabétologues et des chirurgiens orthopédistes et vasculaires pour le traitement et la guérison de la plaie.
- ▶ Les soins diabétiques en Italie sont dispensés par les médecins généralistes pour les cas simples à légèrement complexes, et par des diabétologues en cliniques diabétiques pour les cas complexes à très complexes. Il existe plus de 700 cliniques diabétiques en Italie, dont 100 sont spécialisées dans le traitement du pied diabétique.
- ▶ Il existe une forte pratique de vascularisation distale (angioplastie transluminale percutanée), une procédure utilisée pour débloquer le vaisseau sanguin obstrué à l'aide d'un petit cathéter. Si elle est appliquée au bon moment, elle peut éviter l'amputation du pied, mais elle nécessite une bonne coordination entre le diabétologue et le chirurgien vasculaire.
- ▶ Les données provenant de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) montrent que les centres italiens ont les meilleurs résultats en termes de guérison, avec un faible taux d'amputations majeures (Carinci *et al.*, 2016).

En Italie, plusieurs initiatives régionales ont été lancées dans les dix dernières années afin d'améliorer les soins diabétiques et de réduire les fortes variations régionales des taux d'amputation. Les taux standardisés d'amputation majeure continuent à varier selon les régions : entre un minimum de 2 pour 100 000 habitants (*Arezzo, Siena et Ogliastra*) et un maximum de 16 pour 100 000 habitants (Pescara) [*National Health Outcomes Program, données 2017*]².

¹ www.istat.it/it/files//2017/07/Report_Diabetes_En_def.pdf

² <http://performance.sssup.it/netval/start.php>

Cette étude de cas présente les initiatives en Toscane et la façon dont les professionnels de santé locaux ont mis en place un parcours de soins gradué pour le traitement du pied diabétique, à travers des réseaux pluridisciplinaires.

Aperçu de l'évolution des soins du pied diabétique en Italie

Des silos aux parcours

1980-2000 : Les chirurgiens et orthopédistes ont longtemps refusé de prendre en charge le traitement du pied diabétique, perçu comme un problème trop complexe, chronique et multidimensionnel entraînant des complications importantes (cardiaques, rénales, vasculaires, etc.), de mauvais résultats cliniques et de longues hospitalisations. La revascularisation distale (intervention visant à ouvrir les vaisseaux sanguins obstrués) était perçue comme irréalisable et inefficace. Par conséquent, l'amputation majeure a longtemps été considérée comme le traitement le plus adéquat. Au début des années 2000, de nombreux diabétologues prennent conscience de l'importance de traiter les lésions du pied diabétique par une prise en charge non chirurgicale de l'ulcère du pied diabétique neuropathique, plutôt que par une approche chirurgicale.

2000-2009 : La mise en œuvre du Consensus international du pied diabétique est l'occasion de réviser les lignes directrices en Italie. Les diabétologues et les médecins généralistes commencent à coopérer afin de réduire les taux d'amputation. Ils se fondent sur une pratique très simple : demander au patient d'enlever ses chaussures et ses chaussettes à chaque consultation.

2010-2015 : Mise en œuvre du Plan national de prévention (2010-2012) qui prévoit la réalisation de projets régionaux basés sur des lignes d'intervention convenues entre les Régions et le Centre national de prévention et de contrôle des maladies (CCM), dont le diabète. Par l'intermédiaire du CCM et en collaboration avec l'*Istituto Superiore di Sanità* (ISS), le ministère développe le projet IGEA³ visant à mettre en place un modèle de soins chroniques intégrés afin d'améliorer l'assistance aux personnes atteintes de diabète et la prévention des complications du diabète. Cette approche encourage le développement d'équipes pluridisciplinaires composées de médecins généralistes et d'infirmières territoriales capables d'identifier, d'inscrire et de suivre de manière proactive les patients atteints de diabète sucré de type II, d'insuffisance cardiaque, de broncho-pneumopathie chronique obstructive et d'AVC, selon un modèle défini de soins chroniques. Pour le diabète, cela nécessite une approche progressive et globale des soins du pied diabétique au niveau du district sanitaire. On attend des médecins généralistes qu'ils procèdent activement au dépistage et à la surveillance du pied diabétique chez les patients diabétiques. Globalement, ce modèle incite à une meilleure coopération entre professionnels de santé pour fournir aux patients une assistance intégrée.

Depuis 2015 : L'« approche centrée sur le patient ». Fondée sur le modèle de soins chroniques, mais avec un changement de paradigme : on passe d'un modèle où les professionnels de santé travaillent en silos (chacun ayant ses propres responsabilités, sans tenir compte de ce qui se fait dans d'autres contextes) à celui de parcours de soins centrés sur les patients, nécessitant une plus grande communication et collaboration entre les différents intervenants.

³ www.epicentro.iss.it/igea/en/project

Un parcours de soins gradué



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. »

Médecin chef de la clinique du pied diabétique, Pistoia

Selon le modèle de soins chroniques introduit en 2010, les médecins généralistes sont responsables du traitement du diabète de type 1 et du suivi des cas de type 2 modérés à compliqués, tandis que les diabétologues traitent surtout les cas les plus complexes ainsi que les plaies du pied diabétique. Ce modèle de soins exige que le patient réalise chaque année un examen du pied, incluant notamment la recherche de lésions actives ou antérieures et un test au monofilament, effectué par un médecin généraliste en soins primaires. Si le dépistage est positif, les patients sont référés à des centres de second niveau (spécialistes). Ces centres veillent à ce qu'un patient puisse être traité à l'hôpital dans les 24 heures, le cas échéant.

Dans le cadre de cette réglementation, les réseaux du pied diabétique en Toscane ont amélioré l'offre de soins en définissant clairement les différentes étapes et en établissant des frontières et des responsabilités claires pour les soins primaires et secondaires.

Le premier niveau de soins correspond au niveau d'intervention de base pour les patients sans complications, incluant les traitements de première ligne pour la prise en charge immédiate des cas simples, mais aussi la prévention et la détection des neuropathies éventuelles. Les médecins généralistes effectuent chaque année un dépistage total (notamment un examen du pied) pour détecter les neuropathies sensibles et stratifier la population en trois niveaux de risque à l'aide d'un outil commun, l'*International Windsor Index*. Les médecins et les infirmières de soins primaires jouent un rôle majeur dans l'identification et le traitement des patients atteints de diabète de type 2 sans complications (traités par des médicaments oraux et diabétiques). Les infirmières s'impliquent dans l'éducation des patients sur les facteurs de risque et dans l'orientation préventive, tant dans la pratique des soins que lors de visites à domicile.

Le deuxième niveau de soins, qui concerne les patients classés comme modérément complexes, implique à la fois les médecins généralistes et les diabétologues. Ces interventions sont semblables à celles du premier niveau mais avec une plus grande attention portée au dépistage et au suivi. S'il n'existe aucun signe de neuropathie, le généraliste ou le diabétologue continue à effectuer des examens annuels, comme dans le premier groupe de patients.

Le dernier niveau concerne les patients les plus compliqués, principalement suivis par des spécialistes de l'unité du pied diabétique dotée d'espaces dédiés, de technologies spécifiques et d'un accès à des diagnostics et thérapies vasculaires avancés. Les patients présentant des signes de neuropathie sont immédiatement dirigés vers les cliniques du pied diabétique.

- S'il existe un faible signe de neuropathie, le patient est référé à l'hôpital dans les six mois.
- Si le risque est important, dans un délai d'un mois.
- Si le risque est très important, une intervention rapide de l'équipe du pied diabétique est garantie dans les 72 heures. Cet engagement est très important et permet de traiter la plaie avant qu'il ne soit trop tard.

Réseaux du pied diabétique à Arezzo et Pistoia - Toscane

Dans les Autorités sanitaires locales (ASL) toscanes de Pistoia et d'Arezzo, les professionnels de santé des deux cliniques du pied diabétique travaillent ensemble depuis plus de dix ans à construire des réseaux s'appuyant sur un modèle de soins chroniques avec une approche centrée sur le patient. Ces cliniques disposent d'équipes pluridisciplinaires au sein de l'hôpital mais travaillent également au sein d'un réseau de professionnels de soins primaires de leur Autorité sanitaire locale.

Un réseau centré sur le patient

Le réseau implique différents professionnels de santé travaillant en soins primaires, secondaires spécialisés et hospitaliers, à différents niveaux territoriaux.

Une équipe pluridisciplinaire intégrée au sein de l'hôpital dans un département spécialisé...

La prise en charge des patients complexes est assurée dans des centres spécialisés du pied diabétique. A Arezzo, la clinique du pied diabétique est située dans un hôpital local. La plupart des professionnels de santé de cet hôpital sont salariés. La clinique dispose d'une équipe pluridisciplinaire dirigée par un diabétologue et composée de trois spécialistes, de dix infirmières et de personnel paramédical travaillant de concert avec les chirurgiens vasculaires et orthopédistes, les cardiologues et les spécialistes en médecine interne. L'équipe dispose également d'un podiatre (cf. encadré p. 13). Le diabétologue est responsable de tous les soins du patient, selon une approche centrée sur le parcours de soins, quel que soit le lieu où sont dispensés les soins.



C'est notre patient ; ce n'est pas le mien en tant que diabétologue, ni celui du généraliste, mais c'est notre patient. Et nous remédions ensemble à son problème. »

Diabétologue

Chef de la clinique du pied diabétique à Arezzo

... qui s'appuie sur une infirmière coordinatrice...

La clinique du pied diabétique emploie également une infirmière coordinatrice qui joue un rôle majeur dans la prise en charge des patients diabétiques, à la fois au sein de l'hôpital et en dehors. Elle est responsable du suivi des patients nécessitant un traitement à l'hôpital pour une lésion du pied diabétique, même s'il s'agit de patients de la clinique. L'infirmière coordinatrice s'occupe du suivi de patients diabétiques dans n'importe quelle unité de l'hôpital afin de s'assurer que leur traitement est bien adapté ; elle peut également

Zoom sur une profession spécifique : le « podiatre »

La podiatrie, ou médecine podiatrique, est une branche de la médecine consacrée à l'étude des diagnostics et du traitement médical et chirurgical des troubles du pied, de la cheville et des membres inférieurs. Les « podiatres » sont différents des podologues tels qu'ils existent en France ; ils ont suivi une formation de quatre à cinq ans. Leur rôle consiste à effectuer des activités de prévention et de traitement du pied diabétique, avec des suivis réguliers selon les classes de risque ulcératif.

Les podiatres font partie de l'équipe intégrée du pied diabétique de la clinique. Ils sont employés par l'hôpital et travaillent généralement en clinique mais ils ont récemment été autorisés à effectuer des visites à domicile, leur intervention étant considérée comme essentielle pour certains patients. Embaucher des podiatres à l'hôpital est une nouveauté, ces derniers travaillant généralement en cabinet privé dans un cadre ambulatoire. Pour la direction de l'hôpital, cet investissement est justifié car les soins podiatriques sont essentiels au traitement du pied diabétique afin de prévenir les amputations.

fournir une assistance lors d'interventions chirurgicales mineures. Elle collabore également avec l'équipe de soins primaires pour veiller à ce que les infirmières de soins primaires et les médecins généralistes obtiennent les prescriptions et instructions adéquates pour traiter la lésion après la sortie du patient.

Afin d'intervenir rapidement sur les plaies infectées, l'équipe a accès à la salle d'opération principale de l'hôpital pour les cas très graves. Toutefois, elle organise le plus souvent son propre bloc opératoire au sein de l'établissement (la salle d'opération étant très occupée et son accès limité à la fin de journée pour les plaies particulièrement infectées). Les diabétologues sont formés pour effectuer de petites interventions chirurgicales et peuvent être assistés par l'infirmière ou le podiatre.

L'approche centrée sur le patient implique que les diabétologues et les chirurgiens s'éloignent de leurs procédures habituelles pour réaliser une évaluation clinique globale du patient. Ceci pose un défi pour la plupart des médecins, qui ont souvent été formés à une approche interventionniste ciblée.

Les médecins disposent d'une grille de responsabilité à chaque étape du parcours. Selon l'étape, le médecin doit être simplement informé, doit collaborer ou être entièrement responsable du patient.

... travaillant avec des professionnels de santé en soins primaires au sein de l'Autorité sanitaire locale...

L'infirmière coordinatrice de la clinique diabétique travaille en collaboration étroite avec les infirmières territoriales qui suivent les patients chroniques de la communauté. Elles peuvent se joindre à n'importe quel moment en cas de problème.

Les diabétologues et les infirmières spécialisées de la clinique forment les infirmières territoriales et les infirmières de soins primaires pour le traitement de la plaie. Chaque fois qu'un patient quitte la clinique, le médecin généraliste et l'infirmière de soins primaires reçoivent l'ordonnance et une description précise du protocole à suivre pour les soins à domicile. La clinique du pied diabétique accueille environ 35 patients chaque matin, mais il

Infirmières coordonnant les soins au sein de l'hôpital et en ville

Les infirmières jouent un rôle clé de coordination à plusieurs niveaux de soins.

Au niveau régional, les « infirmières territoriales » travaillant en équipes pluridisciplinaires avec les généralistes sont responsables de l'inscription et du suivi proactif de patients souffrant de cinq affections chroniques majeures (dont le diabète) dans les Autorités sanitaires locales (ASL). Elles sont salariées par la région.

Les « infirmières coordinatrices » qui travaillent au sein des hôpitaux publics appartenant à l'ASL, dont elles sont salariées, sont spécialisées dans le suivi de plusieurs affections chroniques. Elles sont impliquées dans la prévention et la formation des infirmières de soins primaires (généralement avec l'aide de patients « experts »). Chaque district dispose de sa propre infirmière coordinatrice. Certaines d'entre elles assurent également des soins palliatifs et des soins à domicile. Les infirmières coordinatrices sont formées aux soins du pied diabétique par le diabétologue de la clinique du pied diabétique.

est impossible de proposer un suivi hebdomadaire à chacun d'entre eux. Par conséquent, l'équipe s'appuie sur une forte coopération et communication avec les équipes de soins primaires.

Dans certains cas, des visites accélérées peuvent être organisées sur demande de professionnels de soins primaires dans un délai maximum de 7 jours avec une admission planifiée à l'unité de réadaptation.

... et partageant une vision commune



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

Tous les professionnels de santé impliqués dans le soin et la prévention du pied diabétique partagent une même approche pragmatique et centrée sur le patient. Un document commun sous forme d'organigramme indique que chaque acteur du parcours (diabétologue, généraliste, infirmière, etc.) a ses propres responsabilités. Ce document de référence aide à clarifier les responsabilités de chacun et les accompagne dans la prise de décision. Il a été rédigé conjointement par tous les professionnels impliqués dans le réseau et sera officiellement adopté par l'Autorité sanitaire régionale (ASR) de Toscane pour être utilisé dans d'autres projets pilotes régionaux. Les éléments principaux de l'organigramme sont les suivants :

- Le diabétologue est responsable de tous les soins du patient, selon une approche centrée sur le parcours de soins, quel que soit le lieu où sont dispensés les soins.

- Le parcours doit être déterminé par des « consultations entre pairs », où le diabétologue joue le rôle de tuteur.
- Une collaboration interdisciplinaire de cliniciens impliqués dans le parcours hospitalier, notamment les diabétologues, les chirurgiens vasculaires et orthopédistes, les cardiologues, les radiologues, les podiatres, etc.
- Une formation solide des diabétologues en techniques chirurgicales de base.
- Une formation des médecins généralistes et des infirmières de soins primaires par des spécialistes concernant le diagnostic, le traitement et le suivi des patients diabétiques, ainsi que l'éducation des patients sur l'autogestion et la motivation pour parvenir à être autonomes.
- Des initiatives régulières de communication et de formation entre hôpitaux et professionnels de soins primaires afin d'améliorer les soins préventifs et de suivi.
- Le renforcement du réseau de professionnels dans différentes zones locales, non seulement entre diabétologues, mais également entre généralistes, infirmières, podiatres et podologues.
- La mise en place de parcours flexibles et partagés pour les traitements urgents et les tests diagnostiques.
- Un rapport direct avec les professionnels de santé de premiers recours et d'urgence, s'appuyant sur des protocoles partagés pour les interventions et les hospitalisations d'urgence.

Le rôle de l'évaluation et du *benchmarking*

Le système multidimensionnel d'évaluation de la performance des soins, développé par le Laboratoire de santé et de gestion (MeS) de l'Ecole supérieure Sant'Anna (Scuola Superiore Sant'Anna) de Pise, a été déterminant dans le suivi de résultats de soins diabétiques en Toscane et dans le soutien des réseaux (Nuti *et al.*, 2016).

En 2004, le gouvernement régional de Toscane a confié au MeS la conception d'un système d'évaluation de la performance. Ce système mis en place à l'issue de consultations locales et régionales a proposé environ 130 indicateurs de qualité et de performance divisés en six grandes dimensions, validés par tous les acteurs de santé de la région. Dans une approche multidimensionnelle, le *benchmarking* systématique a permis de comparer les résultats de soins entre les différents fournisseurs de soins et les territoires, en commençant par la Toscane. Aujourd'hui, 10 autres régions italiennes participent à ce système d'évaluation de la performance (SEP) pour mener des comparaisons inter- et intrarégionales.

Le SEP s'est avéré un puissant instrument pour identifier des variations de pratiques injustifiées, des problèmes de qualité observés localement, comparer les résultats des patients et motiver les fournisseurs de soins et les ASL à soutenir des initiatives visant à améliorer l'organisation des soins. Grâce à cette approche multidimensionnelle, le *benchmarking* des hôpitaux et des territoires portant sur les résultats des patients diabétiques (taux d'amputation, taux d'hospitalisation pour le diabète, etc.) a permis de mettre en exergue des variations importantes entre les établissements. Il a également permis de discuter avec les professionnels de santé des déterminants des résultats obtenus, afin d'identifier les stratégies appropriées pour améliorer l'organisation des soins diabétiques.

L'évaluation de 2009 a montré qu'Arezzo, où l'équipe de soins intégrés était en place, avait les taux d'amputation les plus faibles, ce qui a conduit à regarder de plus près l'orga-

Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée : innovations dans 5 pays

Italie : les réseaux pluridisciplinaires en Toscane

Irdes - juillet 2020

nisation des soins à Arezzo et à adopter des pratiques innovantes dans d'autres localités, notamment à Pise où les taux d'amputation ont diminué de 50 % entre 2009 et 2011.

Aujourd'hui, à Arezzo, le taux d'amputation standardisé est toujours le plus bas de Toscane, (2 pour 100 000 personnes) et il est de 7 pour 100 000 dans la province de Pistoia ; les taux d'hospitalisation pour le diabète dans ces deux provinces représentent la moitié du taux moyen en Toscane (15 *versus* 26 pour 100 000 personnes) [National Health Outcomes Program, données 2017].

2. RÉSEAUX D'INSUFFISANCE CARDIAQUE EN TOSCANES

Contexte

- ▶ L'insuffisance cardiaque (IC) est une pathologie grave qui survient lorsque le muscle cardiaque ne permet plus de pomper suffisamment de sang pour répondre aux besoins de l'organisme. Son diagnostic n'est pas toujours facile à établir, car de nombreux symptômes d'IC peuvent être communs à d'autres maladies. Il n'est pas possible de corriger tous les facteurs de risque de l'insuffisance cardiaque, mais des traitements peuvent améliorer les manifestations et les symptômes afin d'aider les patients à vivre plus longtemps.
- ▶ L'insuffisance cardiaque est la cause la plus fréquente d'hospitalisation en Europe chez les personnes de plus de 65 ans (Ponikowski *et al.*, 2014). Il s'agit d'un enjeu majeur de santé publique en Italie (Guha et McDonagh, 2013).
- ▶ Le pronostic de patients atteints d'IC s'est sensiblement amélioré dans les vingt dernières années et on estime que le nombre de personnes souffrant d'insuffisance cardiaque dans le monde augmentera considérablement dans le futur.
- ▶ Compte tenu de la complexité du traitement de l'IC, les directives internationales recommandent une prise en charge pluridisciplinaire et intégrée des patients atteints, afin de réduire les admissions répétées à l'hôpital et la mortalité. Les interventions pluridisciplinaires concernent les soins primaires, secondaires et tertiaires impliquant les infirmières, les médecins généralistes et les cardiologues (Takeda *et al.*, Cochrane 2012).
- ▶ L'éducation des patients et les soins infirmiers jouent un rôle essentiel dans la prise en charge continue des patients atteints d'IC.

Cette étude de cas met en exergue les différentes dynamiques et les différents réseaux (formels ou informels) développés par les professionnels de santé en Toscane, dans l'objectif d'améliorer le traitement de l'IC par une meilleure intégration des soins.

Aperçu de l'évolution de la prise en charge en réseau de l'insuffisance cardiaque

A Pise, l'équipe de cardiologie du centre cardiologique mono-spécialiste Fondazione Toscana Giuseppe Monasterio (FTGM) et des médecins généralistes regroupés au niveau local dans les Agrégations territoriales fonctionnelles⁴ (Aggregazioni Funzionali Territoriali,

⁴ Il s'agit de réseaux obligatoires de prestataires de soins primaires ayant pour objectifs d'assurer la continuité des soins (services 24h/24 et 7j/7) et d'appliquer les principes de gouvernance clinique visant à améliorer la qualité des soins.

AFT) travaillent ensemble depuis plusieurs années pour proposer une nouvelle approche des soins aux patients. Leur objectif est d'éviter de travailler en silos à l'hôpital et en soins primaires en réunissant les réseaux formels et informels sur leur territoire. Il s'agit d'un changement significatif dans la pratique et le positionnement des professionnels de santé, en particulier des cardiologues hospitaliers qui se concentrent généralement sur la phase de traitement aiguë de l'IC.

En Toscane, les réseaux d'insuffisance cardiaque se sont appuyés sur différentes initiatives :

- un réseau pluridisciplinaire informel de professionnels travaillant ensemble depuis longtemps. Celui-ci est généralement constitué des réseaux de soins primaires (obligatoires en Italie) et de réseaux de cardiologues.
- une nouvelle organisation de la prise en charge de l'IC, mise en place par l'hôpital afin d'anticiper la sortie des patients et d'assurer un meilleur suivi en soins primaires. Les spécialistes effectuent certains soins dans des maisons de santé.
- des réseaux mis en œuvre *via* des politiques régionales qui financent notamment des soins infirmiers à domicile et des soins ambulatoires effectués par des spécialistes au sein des maisons de santé.

Un parcours de soins bien défini

À Pise, la définition d'un parcours de soins partagé a permis de reconsidérer les responsabilités des différents professionnels de santé et d'intégrer diverses composantes de soins. Les grandes phases de l'évolution de la maladie, allant de la première phase aiguë au développement d'une situation chronique à la dernière phase palliative, correspondent aux différentes étapes du parcours de soins. Les acteurs de soins primaires jouent un rôle essentiel dans les phases de prévention et de dépistage ; de même, les soins secondaires sont mieux articulés avec les soins post-aigus.

A l'hôpital, on identifie trois phases dans le parcours du patient :

- La première phase correspond au traitement d'urgence. L'équipe hospitalière adapte le traitement et l'organisation des étapes de soins selon le profil clinique du patient.
- La deuxième phase, la prise en charge à l'hôpital, commence une fois que le patient est stabilisé et que la dyspnée est améliorée. Dans la mesure où de nombreux patients continuent de présenter des symptômes d'IC, il s'agit ici d'améliorer le statut hémodynamique et symptomatique du patient, tout en prévenant les lésions myocardiques et rénales.
- La troisième et dernière phase est la planification de la sortie. Elle est essentielle au parcours d'orientation qui va suivre. L'équipe hospitalière stratifie les risques et organise le retour à domicile du patient à l'aide d'une *check-list* de contrôle détaillée accompagnant le dossier médical. Au cours de cette phase, la difficulté consiste à définir une organisation commune pour différents silos de soins, et à créer des ponts principalement entre les soins intensifs et les soins continus, ainsi qu'entre les cardiologues hospitaliers, les médecins généralistes, les infirmières à domicile et les autres professionnels.

Un réseau des spécialistes hospitaliers qui intègre les soins primaires...

Dans l'hôpital de la Fondation Monasterio à Pise, les membres de l'équipe de cardiologie et de médecine vasculaire ont joué un rôle déterminant dans le développement d'un réseau régional sur le territoire. Ils ont d'abord créé un système d'information médicale centralisé (HMS, Recueil central) en coopération avec un autre hôpital (Massa), initiale-

ment à des fins de recherche. Le HMS permet de partager des informations détaillées sur les patients hospitalisés, la réadaptation, les médicaments, etc., et de comparer les résultats des patients entre les différents hôpitaux. L'équipe travaille actuellement avec les professionnels de soins primaires et les infirmières territoriales, afin d'assurer la continuité des soins aux patients atteints d'IC dans leur région.

... s'appuie sur des infirmières locales spécialisées à domicile...



L'infirmière, qui a des compétences spécifiques dans l'organisation des sorties et la prise en charge à domicile, est irremplaçable dans l'offre de soins aux patients atteints d'insuffisance cardiaque. »

Chef du service de cardiologie d'un grand hôpital régional

Dans l'hôpital de la Fondation Monasterio, les patients qui ont été identifiés comme des cas à haut risque par le spécialiste lors de leur hospitalisation sont ensuite suivis à domicile par des infirmières spécialisées exerçant au niveau local. Celles-ci travaillent directement avec le spécialiste et les médecins généralistes dans les maisons de santé. Elles assurent le suivi des patients à domicile et l'éducation thérapeutique, dans une démarche d'autonomisation du patient et de sa famille. Elles sont aussi en mesure de proposer une conciliation médicamenteuse lorsque cela est nécessaire.

Les responsabilités de ces infirmières couvrent également :

- le suivi des paramètres vitaux
- l'évaluation de l'observance du traitement par le patient
- les conseils sur l'alimentation, le mode de vie, l'éducation sur les médicaments
- l'organisation des soins en fonction des besoins (examens, etc.)

Ces infirmières sont spécialisées dans les maladies chroniques et sont particulièrement formées aux soins palliatifs pour assurer le suivi des patients à domicile et fournir des soins de fin de vie pour éviter les hospitalisations. Elles peuvent suggérer des modifications dans le protocole de soins des patients, en considérant les conditions de vie de ces derniers. Elles rendent visite aux patients atteints d'IC trois fois par semaine (ou plus si nécessaire) dans les premiers temps qui suivent le retour à domicile. La prestation de soins à domicile de ces patients chroniques permet également de vérifier que leurs besoins de services sociaux sont satisfaits.

Depuis 2010, dans le cadre de l'« Initiative santé », des infirmières ont été spécifiquement formées au suivi de certains patients chroniques, en premier lieu les diabétiques de type 2 et les patients atteints d'insuffisance cardiaque au stade C, puis les patients atteints de bronchite pulmonaire (BPCO). En ce qui concerne les patients insuffisants cardiaques, les infirmières travaillent étroitement avec l'hôpital local, assurant l'éducation des patients et la coordination des soins dans le cadre des soins primaires, secondaires et à domicile.

Ces infirmières, salariées par la région, travaillent directement avec les spécialistes et les médecins généralistes à qui elles fournissent des comptes rendus réguliers sur les pa-

tients. Elles sont perçues comme un chaînon essentiel par ces professionnels de santé. Cette organisation des soins est particulièrement novatrice, les infirmières de soins primaires à domicile ne travaillant généralement qu'avec des médecins généralistes.

... et des centres de soins territoriaux pluridisciplinaires

Le modèle toscan de soins primaires appelé « *Aggregazioni Funzionali Territoriali* » (AFT) s'appuie sur des réseaux de médecins généralistes qui sont responsables de la population d'un territoire (défini localement) et doivent appliquer des principes de gouvernance clinique communs visant à l'amélioration continue de la qualité des services. Ils se composent généralement de 15 à 25 généralistes (et parfois des pédiatres de famille) qui travaillent de façon intégrée avec les infirmières et le personnel administratif. En 2017, 116 AFT avaient été mises en place dans toute la Toscane. En moyenne, chaque AFT prend en charge une population de 30 000 patients pour environ 23 médecins (Nutti *et al.*, 2018).

Depuis 2007, le modèle organisationnel mis en œuvre à l'échelle nationale s'appuie sur les *Case della Salute* (Centres de santé communautaires ou CSC) et préconise la délivrance de soins de santé pluridisciplinaires et intégrés (Barsanti et Bonciani, 2018). Ce modèle implique le regroupement au sein d'un même bâtiment de médecins généralistes — qui travaillent traditionnellement dans des structures monodisciplinaires — avec d'autres professionnels de santé, notamment des spécialistes, des infirmières, des travailleurs sociaux et du personnel administratif, ainsi qu'avec des services spécifiques (analyses sanguines, soins maternels, imagerie diagnostique). Les médecins généralistes doivent mener au moins une partie de leurs activités hebdomadaires au CSC, en collaboration avec d'autres professionnels. Ils conservent toutefois également leur propre pratique individuelle ou de groupe.

Bien qu'il n'existe pas de modèle unique de CSC, certains principes communs sont définis dans les lignes directrices nationales : (1) délivrance de soins en équipe ; (2) approche centrée sur le patient ; (3) amélioration de l'accès aux soins par le biais d'une extension des horaires des services ; (4) coordination et intégration des soins de santé et des services sociaux ; (5) analyse comparative de la qualité et de la sécurité (*benchmarking* systématique), outils de soutien à la prise de décision clinique, audit et discussion systématique entre professionnels (Odone *et al.*, 2016). La plupart des structures disposent d'un système de données centralisant tous les dossiers médicaux des patients, accessibles à chaque médecin travaillant dans le centre.

Le modèle des *Case della Salute* contribue par conséquent à améliorer d'une part l'intégration clinique, en encourageant les liens entre les fournisseurs de soins primaires, secondaires et tertiaires, et d'autre part l'intégration organisationnelle, en s'appuyant sur la coordination des services et le travail en commun dans un objectif d'amélioration de la qualité, au sein d'une équipe partageant une vision et une expérience communes (Curry et Ham, 2010). En outre, le CSC repose sur une intégration logistique dans la mesure où tous les professionnels travaillent dans le même bâtiment (au moins partiellement).

Il existe des variations importantes dans la façon dont les gouvernements régionaux ont mis en œuvre le modèle des CSC, notamment en termes d'attribution des ressources régionales. La Toscane est considérée comme l'une des régions ayant adopté avec succès les directives nationales (Bonciani *et al.*, 2017). Depuis 2008, l'Autorité sanitaire toscane soutient le modèle des CSC en tant que point d'accès unique aux services de soins primaires, facilement identifiable par la population et favorisant la promotion des soins intégrés. En 2014, 33 CSC ont été mis en place dans 8 des 12 ASL, avec 202 médecins généralistes volon-

taires sur 2 700, exerçant en moyenne 12 heures par semaine dans un CSC. En moyenne, chaque CSC accueille sept infirmières, deux travailleurs sociaux et sept médecins spécialistes pour une population d'environ 9 000 patients. Les services de cardiologie (58 %), d'ophtalmologie (49 %) et de dermatologie (42 %) représentent le plus grand nombre de spécialités disponibles. On note aussi une forte présence d'obstétriciens et de gynécologues (Barsanti et Bonciani, 2018).

La Rosa : un exemple de centre de soins territorial pluridisciplinaire

La Casa della Salute « La Rosa » couvre un territoire d'environ 23 000 habitants dans 6 communes de Pise. Ce centre de soins est géré par 16 médecins généralistes sur le site de La Rosa, mais il est également en contact avec 28 petits cabinets périphériques. La Rosa, qui fonctionne comme une clinique ambulatoire, est intégrée dans une des *Aggregazioni Funzionali Territoriali* (AFT) de Toscane. Les médecins généralistes travaillent en étroite collaboration avec une équipe d'infirmières et de travailleurs sociaux afin d'assurer des soins ambulatoires et des soins à domicile. Ils sont formés à certains traitements spécifiques et à des chirurgies mineures, par exemple :

- 1 médecin généraliste (MG) effectue des échographies.
- 1 MG effectue des examens spirométriques.
- 1 MG signale les tracés ECG.
- 1 MG effectue des évaluations en diabétologie.
- 1 MG effectue des chirurgies ambulatoires mineures (sutures, etc.).

Le centre propose également :

- Une permanence des soins avec un médecin généraliste disponible 12 heures par jour, des soins d'urgence et de premiers secours pour des cas mineurs (ne présentant pas de danger vital), des soins primaires et des conseils par téléphone.
- Deux médecins de garde, 12 heures par jour les samedis et jours fériés.
- Une unité d'infirmerie ouverte 12 heures par jour.

Outre ces services de soins primaires, le centre intègre plusieurs services de soins spécialisés dont la cardiologie, la dermatologie, les chirurgies mineures et l'ophtalmologie. Un service d'échographie a par exemple été mis en place par des radiologues qui viennent à La Rosa quatre fois par semaine pendant quelques heures.

Concernant l'insuffisance cardiaque, des parcours de soins spécifiques ont été créés avec un accès direct aux services de diagnostic de l'unité de cardiologie de l'hôpital (dans les deux hôpitaux locaux). La collaboration entre le réseau de cardiologie et l'AFT dans laquelle s'intègre la Casa della Salute a été soutenue par l'Autorité sanitaire locale (ASL), qui rémunère les cardiologues pour travailler dans le centre de santé (au sein des AFT). Le cardiologue, qui exerce quatre heures par semaine à La Rosa, est rémunéré sur une base horaire. Plusieurs professionnels de santé (médecins généralistes et infirmières) ont expliqué à quel point il était « révolutionnaire » pour eux de pouvoir travailler directement avec un cardiologue dans leur propre environnement.

Évaluation continue des résultats

Cette nouvelle organisation inspirée des équipes de cardiologie de deux hôpitaux s'appuie en grande partie sur les données et les indicateurs de résultats des patients. Les CSC sont tenus d'investir dans des systèmes d'informations partagés et de faire du *benchmarking* en développant des indicateurs de processus et de résultats. La base de données élaborée par les deux hôpitaux permet également de faire un suivi des résultats cliniques et infirmiers, de briser les silos au sein de l'hôpital (entre les différents services) et de créer des ponts entre les soins aigus et continus. De plus, le système régional d'évaluation de la performance (SEP)

qui fournit des informations régulières sur les résultats de soins au niveau populationnel, tels que les taux de mortalité, de réadmission et de complications par zone géographique, permet de responsabiliser les cliniciens concernant les résultats de tous les patients dans leur territoire. Le SEP a amélioré le suivi des résultats des patients après la sortie de l'hôpital et a contribué à la coopération entre les professionnels de santé du territoire pour réduire les taux de ré-hospitalisations et de complications pour les patients souffrant d'insuffisance cardiaque.

Plus récemment, des outils de mesure de l'expérience des patients (*Patient Reported Outcomes Measures – PROMs*) ont également été mis en place afin de surveiller la qualité des parcours de soins pour l'insuffisance cardiaque, du point de vue des patients. Cet outil permet de recueillir des données déclarées et de mesurer ainsi les résultats pour l'ensemble du parcours de soins, et non pas uniquement les résultats pour les fournisseurs de soins primaires ou secondaires, ce qui permet de porter davantage l'attention sur les patients et d'encourager les professionnels individuels à travailler ensemble.

3. PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS

Défis à relever

- ▶ La plus grande difficulté semble résider dans le nécessaire changement de culture professionnelle des différents intervenants. Tant pour les médecins généralistes que pour les spécialistes, il est difficile d'accepter qu'aucun d'entre eux ne dispose de la réponse complète pour un patient, et que la solution doit être définie collectivement.
- ▶ En tant que « *gatekeepers* », les médecins généralistes ont la responsabilité d'orienter les patients complexes vers les spécialistes, mais beaucoup d'entre eux sont encore réticents à « partager » leurs patients.
- ▶ Convaincre l'administration hospitalière que son personnel peut travailler efficacement en dehors de ses murs n'est pas toujours facile. Les déplacements du personnel hospitalier dans des centres de santé et au domicile des patients sont importants. Une visite à domicile constitue parfois l'intervention la plus efficace, mais elle est difficile à organiser et à financer.
- ▶ Les services de santé sont traditionnellement fournis en silos au sein des hôpitaux (dans différents services de soins) et entre eux (hôpitaux universitaires ou régionaux). Assurer la communication au sein des établissements de santé et entre eux nécessite du temps et beaucoup d'efforts de la part des professionnels de santé impliqués.

Leviers

- ▶ Une vision claire et partagée de ce que doit être une bonne prise en charge pour le patient (ou un bon parcours de soins), soutenue par des recommandations cliniques explicites...
- ▶ ... qui émerge d'une synergie ascendante : les protocoles de soins et la répartition des responsabilités des différents professionnels de santé dans le parcours de soins sont décidés/rédigés par une équipe pluriprofessionnelle, et testés avant leur mise en œuvre par les Autorités sanitaires locales et la région, ce qui permet de favoriser l'adhésion des différents professionnels de santé, notamment les infirmières, aux réseaux de soins. Cela a été un élément décisif dans l'émergence d'une nouvelle culture de coopération et d'une prise en charge collective où aucun médecin n'est le consultant de l'autre, mais chacun partage la responsabilité de « leurs patients ».
- ▶ La responsabilisation des médecins généralistes et spécialistes dans la prise en charge d'une population locale. Les médecins généralistes sont obligés d'appartenir à un réseau local qui suit des recommandations claires concernant l'intégration des soins primaires, secondaires et tertiaires.

- ▶ La confiance entre professionnels de santé qui travaillent dans le même territoire local, et qui se connaissent depuis de nombreuses années. Cette confiance provient également de l'expérience de travail en commun, et notamment du constat que l'autre (médecin généraliste, infirmière, spécialiste...) peut aider à trouver la solution adéquate ou à fournir des informations essentielles pour améliorer la prise en charge des patients.
- ▶ Le fait que la plupart des professionnels de santé soient rémunérés par capitation ou sur une base salariale facilite cette collaboration, car le « partage des patients » ne présente pas de risque financier.
- ▶ Les hôpitaux ASL, financés par des budgets globaux, ont une autonomie de gestion et disposent d'une certaine flexibilité en ce qui concerne l'utilisation de leurs ressources et l'investissement dans des pratiques novatrices permettant d'améliorer leurs indicateurs de performance.
- ▶ Un système d'évaluation de la performance (SEP) qui permet de comparer les résultats des patients, et de réaliser le *benchmark* des hôpitaux et des autorités sanitaires locales. Le SEP a contribué à créer une culture de partage des bonnes pratiques pour accompagner les professionnels dans leur activité. Le fait que l'évaluation soit effectuée par un organisme scientifique indépendant et de confiance sur des indicateurs validés scientifiquement favorise l'émergence de cette responsabilité commune.
- ▶ La région de Toscane utilise également le SEP pour encourager les hôpitaux à améliorer leurs résultats par des primes à la performance versées directement aux directeurs des établissements.

4. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Barsanti S., Bonciani M.** (2018). "General Practitioners: between Integration and Co-location. The Case of Primary Care Centers in Tuscany, Italy". *Health Services Management Research*, 0(0), 1-14.
- Bonciani M., Barsanti S., Murante A.** (2017). "Is the Co-location of GPs in Primary Care Centres Associated with a Higher Patient Satisfaction? Evidence from a Population Survey in Italy". *BMC Health Services Research*, (2017) 17:248, DOI10.1186/s12913-017-2187-2
- Carinci F., Massi Benedetti M., Klazinga N., Uccioli L.** (2016). "Lower Extremity Amputation Rates in People with Diabetes as an Indicator of Health Systems Performance. A Critical Appraisal of the Data Collection 2000–2011 by the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD)". *Acta Diabetol.* 53(5): 825–832.
- Donatini A.** (2019). "The Italian Health Care System". International Healthcare System Profiles, Commonwealth Fund, accessed 05/03/2019
<https://international.commonwealthfund.org/countries/italy/>
- Ferré F., Giulio de Belvis A., Valerio L. et al.** (2014). "Italy Health System Review". *Health Systems in Transition*, 16(4):1–168.
- Guha K., McDonagh T.** (2013). "Heart Failure Epidemiology: European perspective". *Curr Cardiol Rev.* 9(2):123-127.
- Lo Scalzo A., Donatini L., Orzella L. et al.** (2016). *Italy: Health System Review.* European Observatory on Health Systems and Policies.
- Nuti S. et al.** (2016). "Bridging the Gap between Theory and Practice in Integrated Care: The Case of the Diabetic Foot Pathway in Tuscany". *International Journal of Integrated Care*, 16(2): 9, pp. 1–14, DOI: <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.1991>
- Odone A., Sacconi E., Chiesa V. et al.** (2016). "The Implementation of a Community Health Centre-based Primary Care Model in Italy. The Experience of the Case della Salute in the Emilia-Romagna Region". *Ann Ist Super Sanita*; 52: 70–77.
- OECD.** (2017). Italy: Country Health Profile 2017: <https://www.oecd.org/health/italy-country-health-profile-2017-9789264283428-en.htm>
- Takeda A., Taylor S.J., Taylor R.S., Khan F., Krum H., Underwood M.** (2012). *Clinical service organisation for heart failure.* Cochrane Database Syst Rev. ;(9):CD002752. Published 2012 Sep 12.

Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée : innovations dans cinq pays

Allemagne • Angleterre • États-Unis • **Italie** • Pays-Bas

Italie : les réseaux pluridisciplinaires en Toscane

Lucie Michel, Zeynep Or (Irdes)

Dans un contexte de demande croissante de soins liée à une population vieillissante souffrant de multiples maladies chroniques, la France, comme d'autres pays, cherche à faire progresser la coordination des soins dans les secteurs des soins primaires, hospitaliers et de longue durée. Les médecins spécialistes jouent un rôle essentiel dans la prise en charge de ces patients mais, jusqu'ici, peu d'attention a été accordée à leurs modes d'organisation en dehors de l'hôpital et à leur rôle dans l'amélioration de la coordination des soins centrés sur le patient.

Afin d'étudier les différentes façons dont les spécialistes travaillent hors de l'hôpital pour intégrer les soins de ville, nous avons réalisé des études de cas dans cinq pays (Allemagne, Angleterre, États-Unis, Italie et Pays-Bas). Dans chaque cas, nous avons examiné comment les soins spécialisés s'organisent autour de pathologies spécifiques. Ces études de cas, conduites sur le terrain entre juin 2018 et mars 2019, ont permis d'explorer les modalités d'organisation autour des parcours de soins des patients, en décrivant la coordination des rôles et des tâches entre les médecins spécialistes et les autres professionnels impliqués, ainsi que les caractéristiques innovantes et les modèles financiers sous-jacents. Une synthèse des résultats pour les cinq pays peut être consultée sur :

www.irdes.fr/recherche/2020/qes-248-decloisonner-les-prises-en-charge-entre-medecine-specialisee-et-soins-primaires-experiences-dans-cinq-pays.html

Les deux études de cas présentées ici pour l'Italie décrivent l'organisation et le fonctionnement de réseaux pluriprofessionnels prenant en charge des patients atteints du pied diabétique et d'insuffisance cardiaque, dans la région de Toscane.

1-1a

Études de cas

Irdes
117Bis rue Manin 75019 Paris
Tél. : 01 53 93 43 00
www.irdes.fr

IRDES
Institut de recherche
et documentation en
économie de la santé

ISBN : 978-2-87812-524-5
© juillet 2020