

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

<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/580-comparaison-internationale-organisation-medecine-specialisee-innovations-etats-unis.pdf>

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

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

Des services hospitaliers innovants  
au Centre médical de l'Université  
de Caroline du Nord

Lucie Michel, Zeynep Or (Irdes)

1-4a

Études de cas

LES RAPPORTS DE L'IRDES

n° 580 • Octobre 2021



INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ  
117bis, rue Manin 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 06 •  
[www.irdes.fr](http://www.irdes.fr) • E-mail : [publications@irdes.fr](mailto: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** : octobre 2021 • **ISBN** : 978-2-87812-558-0

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

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

Des services hospitaliers innovants  
au Centre médical de l'Université  
de Caroline du Nord

Lucie Michel, Zeynep Or (Irdes)

---

*Études de cas*

---

## Remerciements

---

Nous tenons à exprimer notre gratitude à tous les professionnels de santé, les gestionnaires et autres acteurs de terrain interrogés qui nous ont consacré du temps dans le cadre de cette recherche. Nous remercions tout particulièrement Thomas Ricketts du soutien qu'il nous a apporté au cours de nos recherches, de son aide dans l'organisation des visites sur site, et d'avoir partagé avec nous son expérience du système de santé américain. Nous remercions également Erin Fraher pour son éclairage sur le développement de la pratique et de l'éducation interprofessionnelles.

Nos remerciements vont également aux collègues et experts du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam), 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.

Toute erreur ou omission relève de notre seule responsabilité.

## Sommaire

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Remerciements</b>  | <b>2</b>  |
| <b>Avant-propos</b>   | <b>5</b>  |
| <b>Le système de santé américain en bref</b> .....  | <b>7</b>  |
| <b>1. PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE EN ONCOLOGIE –<br/>CAROLINE DU NORD</b>              | <b>9</b>  |
| 1.1. Contexte .....   | 9         |
| 1.2. Historique du développement d'une prise en charge<br>multidisciplinaire .....            | 10        |
| 1.3. Une organisation de la prise en charge du cancer<br>centrée sur le patient .....         | 10        |
| 1.4. Les infirmières navigatrices, pivots de la prise en charge intégrée .....                | 11        |
| 1.5. Un modèle soutenu par des paiements ciblés sur la qualité .....                          | 13        |
| <b>2. UN MODÈLE DE SOINS INTÉGRÉS EN INSUFFISANCE RÉNALE<br/>CHRONIQUE – CAROLINE DU NORD</b> | <b>16</b> |
| 2.1. Contexte .....   | 16        |
| 2.2. Historique du développement d'une prise en charge intégrée.....                          | 17        |
| 2.3. Une infirmière praticienne pour relier l'hôpital et les centres<br>de dialyse.....       | 17        |
| 2.4. L'enjeu d'un financement durable .....   | 19        |
| <b>3. PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS DES DEUX ÉTUDES DE CAS</b>                                     | <b>21</b> |
| 3.1. Les leviers pour faciliter le travail d'équipe .....                                     | 21        |
| 3.2. Les défis à relever .....  | 22        |
| <b>4. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>   | <b>23</b> |



## 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 (Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie - Hcaam) 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 patients atteints de maladies chroniques, 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 dans ce rapport décrivent un ensemble de services innovants proposés par le Centre médical de l'université de Caroline du Nord (University of North Carolina Medical Center), dans l'État de Caroline du Nord, aux États-Unis. La première étude de cas décrit la façon dont le travail en équipe a été développé au sein du Dépar-

tement d'urologie, dans un objectif d'amélioration des soins aux patients atteints de cancer ; la seconde étude cible une initiative visant à améliorer la coordination des soins des patients souffrant d'insuffisance rénale chronique, en intégrant les traitements dispensés à l'hôpital et dans les centres de dialyse privés. Au cours des visites sur site, organisées en février 2019, nous avons interrogé les professionnels de santé impliqués dans ces initiatives, ainsi que le personnel enseignant du Bureau de la formation et de la pratique interprofessionnelles (Office of Interprofessional Education and Practice), qui travaillent en commun dans l'objectif de faire évoluer la pratique médicale.

## LE SYSTÈME DE SANTÉ AMÉRICAIN *en bref*

Les États-Unis ne disposent pas d'un système de santé uniforme ni d'une couverture universelle en matière de soins de santé ; ce n'est qu'en 2010 que la loi *Affordable Care Act* (ACA) est adoptée, rendant obligatoire la couverture des soins pour 90 % de la population. Cependant, cette couverture reste très fragmentée, avec de nombreuses sources publiques et privées, ainsi que des écarts importants selon les États en termes de population couverte (Oberlander, 2020). Il existe deux grands régimes publics : *Medicare*, un programme fédéral couvrant tous les adultes de 65 ans et plus et certaines personnes handicapées (16 % des assurés), et le *Medicaid and Children's Health Insurance Program* qui s'adresse à certaines populations à faibles revenus ou à des catégories spécifiques telles que les femmes enceintes (20 %). Ces deux régimes sont administrés par l'Agence fédérale Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). *Medicaid* est financé conjointement par les États et le gouvernement fédéral, et géré par les États conformément aux réglementations fédérales. Ces deux programmes couvrent 40 % des dépenses de santé aux États-Unis. Les régimes d'assurance privée sont réglementés au niveau de l'État et font parfois appel à des réseaux restreints de prestataires de soins, la couverture étant limitée ou nulle si les patients reçoivent des soins hors-réseau. *Medicare* couvre les soins post-aigus mais non les soins de longue durée, tandis que *Medicaid* offre une couverture plus étendue des soins de longue durée (Commonwealth Fund, 2019).

Les soins de santé sont principalement structurés autour des systèmes hospitaliers et des services spécialisés, avec des soins primaires faiblement organisés. Parmi l'ensemble des médecins, seul un tiers exerce en soins primaires. La majorité d'entre eux travaillent dans des petits cabinets indépendants ou de groupe comptant en moyenne cinq médecins, mais les cabinets de plus grande taille sont de plus en plus fréquents. La plupart des médecins sont rémunérés selon des modes de paiement mixtes incluant des honoraires négociés (assurance privée), la capitation (assurance privée) et des honoraires fixés administrativement (assurance publique). Les spécialistes peuvent travailler aussi bien en cabinet privé qu'à l'hôpital, public ou privé. Certains régimes d'assurance exigent que le médecin de soins primaires oriente vers le spécialiste, et limitent alors le choix du spécialiste par le patient, alors que d'autres régimes autorisent un accès direct. L'accès aux spécialistes peut être particulièrement difficile pour les bénéficiaires de *Medicaid* et pour les personnes non assurées, certains spécialistes refusant d'accepter les patients *Medicaid*.

Les hôpitaux sont rémunérés par différents assureurs selon plusieurs schémas de rémunération, notamment le paiement à l'acte ou par jour (*per diem*), le paiement par séjour (par Groupes homogènes de malades - GHM, *Diagnosis-Related Groups - DRG*) et la rémunération forfaitaire par épisode de soins (*Bundled payments*), qui se concentre sur les interventions chirurgicales (par exemple, remplacement du genou). Dans ce cas, l'hôpital et les médecins peuvent être tenus pour financièrement responsables en cas de réadmissions et de services fournis par d'autres prestataires après la sortie du patient. Certains médecins en milieu hospitalier sont salariés, mais la plupart sont rémunérés à l'acte.

.../...

Depuis la Loi ACA, tous les assureurs tant publics que privés s'efforcent de payer en fonction de la valeur des soins et encouragent des modèles plus centrés sur les patients. La CMS a soutenu activement la mise en place de programmes locaux visant à mieux intégrer les soins et services de santé, mais également les services médico-sociaux. Les deux programmes les plus fréquents sont d'une part les *Accountable Care Organizations* (ACO), qui désignent des réseaux de prestataires de soins assumant la responsabilité contractuelle de fournir, à une population définie, des soins répondant à des objectifs de qualité ; et d'autre part les *Bundled payments* (rémunérations forfaitaires globales), selon lesquels un seul paiement est versé pour tous les services dispensés par plusieurs prestataires, pour un seul épisode de soins (CMS, 2019).

# 1. Prise en charge multidisciplinaire en oncologie – Caroline du Nord

---

## Département d'urologie

### 1.1. Contexte

- ▶ Le cancer est l'une des maladies les plus courantes aux États-Unis : plus d'1,6 million de personnes reçoivent un diagnostic de cancer chaque année. Beaucoup d'entre elles sont âgées de plus de 65 ans et bénéficiaires de *Medicare*.
- ▶ Le coût du traitement de la population des patients atteints de cancer représente environ 5 % des dépenses de santé aux États-Unis, et il est en constante augmentation (Deloitte, 2016).
- ▶ Les données montrent qu'entre 2004 et 2014, la part des médicaments dans les dépenses annuelles de traitement du cancer (chimiothérapie et médicaments anticancéreux) est passée de 15 % à 20 %, tandis que les frais d'hospitalisation (sans les médicaments) ont diminué, passant de 21 % à 18 % (Fitch *et al.*, 2016).
- ▶ L'Agence fédérale Centers for *Medicare* and *Medicaid* Services (CMS), en partenariat avec des oncologues, d'autres prestataires de soins et des régimes d'assurance privés, appuie les initiatives locales visant à améliorer les soins de santé pour cette population complexe sur le plan médical, tout en réduisant les coûts.
- ▶ Cette étude de cas décrit les services fournis par le Centre médical de l'université de Caroline du Nord (UNC Health), un centre de santé universitaire situé dans l'État de Caroline du Nord, et comprenant 900 lits répartis entre le N.C. Memorial Hospital, le N.C. Children's Hospital, le N.C. Neurosciences Hospital et le N.C. Women's Hospital. L'hôpital abrite également le Lineberger Comprehensive Cancer Center.
- ▶ L'exemple que nous développons ici concerne l'équipe du département d'urologie, qui prend en charge les cancers de la vessie, de la prostate, des voies urinaires et génitales.

## 1.2. Historique du développement d'une prise en charge multidisciplinaire

L'UNC Lineberger Comprehensive Cancer Center – le centre de lutte contre le cancer de l'Université de Caroline du Nord – est un centre de recherche et de traitement du cancer situé au sein de l'Université, à Chapel Hill. C'est le seul centre public de lutte contre le cancer, et l'un des 45 centres de cancérologie reconnus par le US National Cancer Institute ; il bénéficie donc de financements fléchés par celui-ci. Reconnu comme l'un des meilleurs aux États-Unis (*News & World's report, Best hospital rankings for 2018-19*), ce centre a développé au cours des dernières années des programmes de soins et de recherche interdisciplinaires dans des domaines tels que l'immunologie, les thérapies moléculaires, la virologie, le cancer du sein, la génétique, ou encore la prévention du cancer.

Le programme multidisciplinaire de traitement du cancer du département d'urologie a été mis en place à la fin des années 2000 par un chirurgien réputé du département. En effet, comme nous l'ont précisé les chirurgiens que nous avons rencontrés, le traitement des cancers urologiques est fondé aux États-Unis sur une tradition chirurgicale, tandis qu'en Europe, le traitement repose davantage sur la chimiothérapie. Un grand nombre de patients atteints d'un cancer urologique se voient donc imposer directement une chirurgie, sans autre option possible. Dans ce contexte, l'UNC a développé une nouvelle approche visant à améliorer la collaboration entre les chirurgiens, les oncologues-radiologues et les autres prestataires de soins, notamment les pathologistes, dans l'objectif de prendre les meilleures décisions pour le patient en s'appuyant sur des avis multidisciplinaires. Cette approche permet de déterminer de manière plus collégiale ce qui convient le mieux au patient et d'appréhender les différents traitements possibles de façon transparente.

## 1.3. Une organisation de la prise en charge du cancer centrée sur le patient



*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

Le département d'urologie regroupe six urologues, six oncologues médicaux, trois radiologues, deux infirmières praticiennes (*Nurse practitioners*) et quatre infirmières navigatrices (*Nurse navigators*) [deux en oncologie, deux en chirurgie] (cf. encadré 1).

Les consultations à l'hôpital sont organisées de façon coordonnée (deux fois par semaine) : le patient voit dans la même journée le chirurgien, l'oncologue et le radiologue (selon le type de cancer). Ce sont les médecins et les infirmières qui se déplacent pour rencontrer le patient, celui-ci restant dans une même salle de consultation. Chaque médecin travaille aussi avec un.e assistant.e médicale, et un.e adjoint.e au médecin (cf. encadré 1). Les quatre infirmières navigatrices suivent les patients depuis le jour du diagnostic jusqu'à leur rétablissement ou leur fin de vie.

#### Encadré 1

- **Les assistants médicaux** (*Medical assistants*) sont titulaires d'une formation de deux ans après le lycée, voire d'une certification en apprentissage, directement à l'hôpital, et sont généralement responsables de tâches administratives et médicales simples. Ils travaillent en collaboration étroite avec l'infirmière du service et, dans certains cas, on observe un glissement de tâches cliniques infirmières vers les assistants médicaux. Ils peuvent à la fois relever les antécédents médicaux et les signes vitaux, mais également administrer des médicaments, voire faire des injections (comme des vaccinations). Ils articulent ces tâches cliniques à des tâches plus administratives comme la mise à jour des dossiers médicaux ou la planification de rendez-vous.
- **Les adjoints au médecin** (*Physician assistants*) sont des praticiens hospitaliers qui possèdent une licence d'exercice. Ils ont une formation de niveau master et peuvent effectuer certains diagnostics, soigner et panser des plaies, prescrire certains médicaments, gérer des urgences médicales et effectuer des examens médicaux. Cependant, même s'ils peuvent se spécialiser dans de nombreux domaines médicaux, ils travaillent toujours sous la direction d'un médecin référent (spécialiste).

Un après-midi par semaine est consacré à une réunion multidisciplinaire réunissant tous les médecins, le pathologiste, les infirmières praticiennes et les infirmières navigatrices. Ces réunions de concertation permettent de prendre des décisions communes au sujet de chaque patient. Les chirurgiens reconnaissent que les conseils des pathologistes sont précieux, et susceptibles de faire évoluer le diagnostic et améliorer la prise de décision sur les choix de traitement. Les comptes rendus des décisions sont à chaque fois partagés avec les médecins généralistes *via* le dossier médical partagé.

### 1.4. Les infirmières navigatrices, pivots de la prise en charge intégrée



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

Chirurgien, chef du département de chirurgie urologique

L'UNC Cancer Hospital a développé son programme d'infirmière navigatrice en 2008 afin de proposer une assistance individualisée aux patients atteints de cancer, sans coût supplémentaire pour eux. Pour l'hôpital et le Lineberger Comprehensive Cancer Center, qui financent conjointement ce programme, il s'agit d'une vraie « valeur ajoutée » aux soins. Les infirmières navigatrices aident les patients à se repérer dans le système de soins, à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital, ainsi qu'avant, pendant et après le traitement du cancer. Elles les aident ainsi à « naviguer » :

- En proposant un point de contact unique pour les patients et les soignants dans l'objectif de faciliter l'organisation de soins.
- En accompagnant les patients à leurs premiers rendez-vous avec leur médecins, et au-delà.

- En répondant aux questions, par exemple sur la chimiothérapie, tant à l'hôpital qu'à domicile (principalement par téléphone).
- En coordonnant les diagnostics, les procédures et les rendez-vous avec des spécialistes.
- En évaluant les besoins physiques, émotionnels, psychosociaux et financiers du patient.
- En aidant les patients à bénéficier des ressources communautaires.
- En proposant une éducation thérapeutique au patient.

Leur rôle est considéré comme essentiel pour réduire les ré-hospitalisations et les admissions en urgence. Elles peuvent répondre à diverses situations médicales par téléphone, et aider les patients à gérer les effets secondaires des traitements (chimiothérapie et radiothérapie).

Les infirmières navigatrices sont des membres à part entière de l'équipe d'oncologie et travaillent généralement avec un ou deux médecins ou chirurgiens. Elles accompagnent les patients à chaque étape de leur parcours de soins, les guidant à travers la chirurgie, la chimiothérapie, les soins palliatifs, ou en les aidant à élaborer un plan d'action pour la survie au cancer. Leur rôle est « mixte », en ce sens qu'il se situe au carrefour de celui de gestionnaire de cas et d'expert clinique dans le domaine de l'oncologie. Elles fournissent des conseils cliniques, dont beaucoup concernent la façon de faire face aux effets secondaires des traitements, tout en s'intéressant aux problèmes socio-économiques et à la vie quotidienne des patients traités. Par exemple, le Lineberg Cancer Center abrite une bibliothèque qui propose des supports éducatifs, des salles de discussion, ainsi qu'un spa permettant de bénéficier de massages après les séances de chimiothérapie ; il est également possible d'y obtenir des conseils concernant le port des perruques. L'une des infirmières navigatrices travaille à plein temps dans ce « centre de ressources », afin d'aider les patients et leurs familles à vivre avec le cancer. Elle assure un soutien psychologique et social aux patients et à leurs aidants.

S'il n'existe pas de formation diplômante pour devenir navigatrice, il faut cependant pouvoir justifier d'une expertise particulière en oncologie, notamment par le biais d'une certification. Les navigatrices sont aussi recrutées pour leur expérience et ont donc plutôt des profils dits « seniors ». Dans d'autres services de l'hôpital, la fonction de navigatrice peut parfois être prise en charge par des travailleurs sociaux (cf. encadré 2) ou des kinésithérapeutes. L'infirmière navigatrice propose des séances d'éducation thérapeutique mais elle peut aussi fournir une assistance juridique (notamment pour l'accès aux aides sociales et financières).



*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, département d'oncologie  
Université de Caroline du Nord, États-Unis

### Encadré 2. Les travailleurs sociaux médicaux

Les problèmes de santé créent de nouveaux besoins d'ordre émotionnel, social et financier. Aux États-Unis, les travailleurs sociaux intervenant dans le domaine de la santé sont des professionnels agréés, compétents pour aider les individus et pour répondre à ce type de besoins. Ils peuvent faire office à la fois de gestionnaires de cas, de « navigateurs » pour les patients, et proposer un soutien psychologique tant dans les établissements médicaux qu'à domicile. Ils sont formés pour fournir un accompagnement, des conseils et des informations diverses, et pour orienter les patients vers des ressources communautaires. Ils guident souvent les patients entre les différents niveaux de soins ou les différentes institutions. Ils proposent notamment un conseil aux aidants familiaux, et interviennent pour promouvoir la santé et la prévention ou faciliter l'accès aux services de soins (Saxe Zerden *et al.*, 2019).

Pour devenir travailleur social, il faut être titulaire d'un master, bien que certains postes permettent à des travailleurs sociaux de niveau baccalauréat d'exercer un éventail plus limité de fonctions, par exemple en prenant en charge la planification des sorties. Pour travailler en milieu médical, ils doivent être titulaires d'une licence délivrée par un Conseil national du travail social (*State board of social work*). Pour obtenir une licence de niveau clinique, qui représente le plus haut niveau de licence, les candidats doivent passer un examen et travailler deux à trois ans sous la supervision d'un clinicien, qui les évaluera sur des sujets tels que les pratiques cliniques et l'éthique avant de faire une recommandation pour l'obtention de la licence (<https://socialworklicensure.org/careers/>).

En 2018, on dénombre environ 175 000 travailleurs sociaux médicaux aux États-Unis. Ces métiers sont en développement constant, notamment du fait du vieillissement de la population.

Le programme a été pérennisé et il semble que les patients, les professionnels de santé et la direction de l'hôpital en soient pleinement satisfaits. Cependant, les infirmières navigatrices éprouvent depuis une dizaine d'années des difficultés à bien définir leur rôle, qui se situe souvent à l'interface de plusieurs métiers et qui est très dépendant de l'équipe dans laquelle elles sont intégrées. Le taux de *turnover* est d'ailleurs très élevé, certaines navigatrices ne parvenant pas à trouver un équilibre de travail ; leur éventail de pratiques n'étant pas bien défini, elles « *se retrouvent sur tous les fronts* », ce qui peut parfois entraîner des réactions de mécontentement, voire un *burnout*.

## 1.5. Un modèle soutenu par des paiements ciblés sur la qualité

Le statut public du centre UNC Lineberger permet de salarier tous les personnels soignants, notamment les chirurgiens, chose rare aux États-Unis. Le programme de navigation infirmier est financé directement par le centre de lutte contre le cancer et par l'hôpital.



*Ce modèle est un bon modèle pour la qualité des soins aux patients, mais ce n'est pas un modèle économique durable, si vous regardez le temps passé en conférence le jeudi après-midi, vous perdez du temps de chirurgie par exemple, mais vous gagnez tellement en qualité. »*

Chirurgien, département d'urologie, UNC

L'hôpital fait partie d'une Accountable Care Organization (ACO) et a conclu des contrats ACO avec deux compagnies d'assurance en 2017. Selon la direction, la conduite de différents audits et études a permis de démontrer la valeur ajoutée du programme de navigation : les patients sont mieux accompagnés et informés et ont accès à des aides publiques pour se soigner, ce qui contribue à réduire le recours aux urgences. Toutefois, sous le régime du paiement à l'activité (*DRG-based payment*)<sup>1</sup>, qui concerne principalement les patients *Medicare* ou les personnes âgées, le modèle intégré mis en place dans le département d'urologie ne permet pas de générer des ressources financières suffisantes pour l'hôpital. La démarche intégrée est une innovation organisationnelle visant à diminuer le volume d'activité à l'hôpital. Le travail en équipe multidisciplinaire permet de réduire le nombre de chirurgies, de visites et de réadmissions à l'hôpital, dans un contexte où les chirurgiens sont sous pression pour augmenter les interventions chirurgicales afin d'assurer le financement de l'établissement. Dans ce cadre, les contrats ACO, qui récompensent notamment la baisse des réadmissions, ont été considérés comme une bonne solution, mais l'hôpital s'est rendu compte que la réduction des réadmissions n'était pas suffisante pour équilibrer les contrats. Les chirurgiens interrogés pensent qu'il est difficile d'éviter certaines réadmissions parce que l'hôpital prend en charge une grande partie des populations défavorisées (à faibles revenus, personnes sans-abri, etc.), qui n'ont pas d'autre alternative. A la fin de la première année, l'hôpital était en déficit sur ces contrats.

La direction de l'hôpital envisage également d'introduire un nouveau contrat, le *Bundled payment*, dans le domaine des soins du cancer, qui a été proposé par la CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services) pour les bénéficiaires du programme *Medicare* (per-

### Encadré 3. Le modèle de soins en oncologie (*Oncology Care Model, OCM*)

L'OCM est un système de paiement à l'épisode (*Bundled payment*) développé par le Center for Medicare and Medicaid Innovation (CMMI - la partie de la CMS qui met en œuvre les nouveaux systèmes de paiement et de traitement). Ce modèle vise à améliorer la prise en charge des patients sous chimiothérapie en définissant des épisodes de soins de six mois. Ce programme combine donc 1) des paiements à l'acte pour les soins réguliers, 2) des paiements mensuels pour des services additionnels renforcés autour de la chimiothérapie, et 3) des paiements à la performance basés sur des critères de qualité et sur du *benchmarking*.

Dans ce cadre, les médecins et les hôpitaux peuvent gagner 160\$ (131€) par patient et par mois pendant six mois à compter du début de la chimiothérapie. Pour pouvoir bénéficier de ces paiements, la prise en charge doit respecter les normes de soins suivantes :

- Fournir un accès 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 à un prestataire de soins ayant accès aux dossiers médicaux du cabinet.
- Développer et maintenir un plan complet de gestion des soins, tel que décrit par l'Institute of Medicine.
- Coordonner les soins en faisant appel à des infirmières navigatrices.
- Utiliser un dossier médical partagé certifié.
- Recourir à des traitements cliniques reconnus par les directives.
- Signaler les améliorations apportées aux soins et les résultats cliniques, et utiliser les données pour une amélioration continue de la qualité.

Source : CMS, 2019.

1 Aux États-Unis, les hôpitaux reçoivent différents types de paiement provenant de divers assureurs.

sonnes âgées de 65 ans et plus et les jeunes handicapés). La CMS souhaite introduire un modèle forfaitaire obligatoire en soins oncologiques afin d'améliorer les transitions de soins et de gérer efficacement les soins post-aigus en regroupant les rémunérations des chirurgiens, des hôpitaux et des radiologues. Cependant, il n'y a pas de consensus sur un modèle pertinent, et les chevauchements entre le *Bundled payment* et les contrats ACO tendent à créer de la confusion (NAACOS, 2017). En outre, ce type de rémunération est difficile à mettre en œuvre dans un programme de traitement aussi dynamique et complexe sur le plan clinique que celui du cancer. Une évolution vers des *Bundled payments* pourrait obliger les infirmières navigatrices à quantifier leur activité, ce qui risque selon elles d'aller de pair avec un contrôle renforcé dans un souci de plus grande transparence, et d'augmenter le travail administratif.

Par ailleurs, l'oncologie évolue de plus en plus vers une prise en charge ambulatoire (comme les chimiothérapies orales ou immunothérapies) complétée par un suivi téléphonique ou *via* des outils de télémédecine. Ce type d'approche n'est pas compatible avec un système basé sur un paiement à l'acte (pour lequel la baisse du nombre de consultations équivaut donc à une baisse de recettes pour l'hôpital).

## 2. Un modèle de soins intégrés en insuffisance rénale chronique – Caroline du Nord

---

### 2.1. Contexte

- ▶ Aux États-Unis, l'insuffisance rénale au stade avancé bénéficie d'une prise en charge exceptionnelle. En 1972, le Congrès américain a voté un amendement à la législation sur la sécurité sociale « pour garantir à tout individu souffrant d'une maladie rénale chronique les soins et les traitements nécessaires pour sauver sa vie, sans qu'il soit possible de lui refuser ces traitements en raison de son incapacité à les payer » (Institute of Medicine, 1991). Les patients souffrant d'une insuffisance rénale chronique, ou IRC, sont couverts par *Medicare*, indépendamment de leur âge ou de leurs revenus.
- ▶ En 2015, 703 243 personnes reçoivent un traitement contre l'IRC, contre 56 434 en 1980 (*United States Renal Data System*).
- ▶ Environ 80 % des soins médicaux des patients IRC sont remboursés par *Medicare*.
- ▶ Si dans les années 1980, la majorité des centres de dialyse étaient dirigés par des néphrologues, la plupart ont progressivement été vendus à de grandes chaînes bénéficiant de marges de négociation fiscale, qui étaient de surcroît sous la pression de leurs actionnaires pour réduire leurs coûts de fonctionnement (Shinkman, 2016).
- ▶ Même si les néphrologues peuvent jouer un rôle clinique et de supervision, la plupart des centres de dialyse sont désormais gérés comme des entreprises indépendantes et ne recrutent que du personnel paramédical.
- ▶ Ainsi, la coordination entre les centres de dialyse et l'hôpital est faible, dans un contexte où le nombre de patients IRC avec des comorbidités a augmenté fortement avec le temps (Mu *et al.*, 2018).
- ▶ Cette étude de cas décrit l'initiative prise par une équipe hospitalière pour améliorer la coordination des soins de ses patients atteints d'IRC en intégrant les traitements fournis dans les centres de dialyse privés et l'hôpital public.

## 2.2. Historique du développement d'une prise en charge intégrée

L'idée de transformer le modèle de soins pour décloisonner le traitement des patients souffrant d'Insuffisance rénale chronique (patients IRC) est venue initialement de néphrologues travaillant à l'hôpital de l'Université de Caroline du Nord. Ces derniers avaient observé que certains patients, souffrant souvent de multiples problèmes de santé chroniques (diabète, etc.), quittaient l'hôpital pour revenir quelques semaines plus tard avec des complications qui auraient pu être évitées par un meilleur suivi en soins primaires. Un grand nombre de ces patients étaient en surpoids, avec des revenus peu élevés et un faible niveau d'éducation. D'après les médecins, proposer plus d'information et un suivi continu dans les centres de dialyse permettait d'éviter de nombreux problèmes (cf. encadré 4). D'autre part, la déconnexion entre les centres de dialyse et l'hôpital entraînait un grand nombre d'hospitalisations et de complications évitables.

En 2012, l'équipe d'hématologie de l'hôpital universitaire de Caroline du Nord a proposé de développer un réseau de soins intégrés au niveau local grâce à un financement *ad hoc* (bourse de recherche).

Leurs objectifs étaient les suivants :

- Améliorer la qualité et la continuité des soins pour les patients, ainsi que la coordination entre les professionnels hospitaliers et ceux des centres de dialyse.
- Réduire les hospitalisations répétées et les recours aux urgences.
- Améliorer les résultats cliniques des patients grâce à un meilleur suivi.

### Encadré 4. Organisation des centres de dialyse dans la région de Chapel Hill

Le programme de soins intégrés associe l'hôpital de l'UNC à quatre centres de dialyse. Ces centres privés, qui font partie d'une chaîne, sont supervisés localement par une directrice des opérations qui est une ancienne assistante sociale. Elle ne s'occupe pas des aspects médicaux, mais plutôt des questions d'organisation et d'administration.

Ces quatre centres fonctionnent de manière similaire. Par exemple, dans l'un des centres basés à Carrboro (une ville adjacente à Chapel Hill), l'équipe est composée d'un peu moins de 10 équivalents temps plein, et prend en charge 40 patients chaque jour. Trois à quatre infirmières supervisent les dialyses, assistées par cinq techniciens spécialistes qui sont formés pour installer le patient, pratiquer la dialyse puis nettoyer les machines. Enfin, une assistante sociale formée à des techniques de psychologie clinique et une diététicienne sont présentes chacune à 20 % du temps sur le centre. En général, il y a une infirmière pour 10 à 15 patients et un(e) technicien(ne) pour environ 4 à 8 patients.

## 2.3. Une infirmière praticienne pour relier l'hôpital et les centres de dialyse

Dans une prise en charge classique, les infirmières et les techniciens dans les centres ambulatoires gèrent les dialyses au jour le jour, une diététicienne propose un accompagnement nutritionnel au patient, un travailleur social apporte un soutien pour les patients présentant des troubles mentaux et comportementaux, et prend également en charge les aspects administratifs, sociaux et financiers. Les néphrologues affiliés à l'hôpital de l'UNC

sont responsables des soins médicaux et du traitement des complications et des infections, leur rôle en soins primaires restant très limité.

Le modèle de soins intégrés développé par l'hôpital de l'UNC permet une collaboration étroite entre tous les acteurs impliqués dans les soins de l'IRC à l'hôpital et dans les quatre centres de dialyse. L'équipe dispose d'une infirmière praticienne qui travaille avec l'équipe hospitalière et suit également les patients après leur sortie dans les centres de dialyse. Elle exerce en tant qu'employée de l'hôpital mais est partiellement rémunérée par ces centres.



*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

L'infirmière praticienne (cf. encadré 5) partage son temps de travail entre l'hôpital et quatre centres de dialyse locaux qui prennent en charge la plupart des patients. Dans un premier temps, l'équipe IRC a ciblé les patients à haut risque dont les ré-hospitalisations étaient fréquentes et qui se trouvaient dans des situations complexes d'un point de vue médical et/ou social ; l'objectif était de déterminer les causes de ces hospitalisations répétées et d'y remédier. L'infirmière praticienne suit ces patients dans les centres de dialyse, après leur sortie de l'hôpital. Elle est responsable de leur suivi clinique ainsi que de la coordination des traitements dans les différents lieux. Elle organise les rendez-vous pour les traitements ambulatoires à l'hôpital, et gère les questions de transport avec l'aide du coordinateur. Mais son rôle est aussi celui d'un professionnel de soins primaires : elle examine les patients dans le centre de dialyse, et peut traiter les affections quotidiennes ; elle peut rédiger une lettre de recommandation pour un spécialiste ou un généraliste, faire des prescriptions, et prendre en charge la conciliation médicamenteuse. L'infirmière praticienne est assistée d'un coordinateur de soins qui est un agent administratif en charge des questions plus logistiques liées aux traitements : gestion des rendez-vous, appel des taxis, réservation d'une chambre d'hôtel si nécessaire, et gestion des dossiers administratifs.

Une assistance sociale (cf. encadré 2) formée à la psychologie clinique prend en charge les patients dans le centre de dialyse lors de courtes sessions de thérapie ; elle est supervisée par un psychiatre qui peut aussi être consulté par les patients si nécessaire. Les points les plus couramment traités par l'équipe sont la prévention et la prise en charge des addictions, des problèmes de sommeil, de non-observance des traitements ou encore de dépression. L'équipe a développé des modèles de prédiction des risques et de prévention. Son rôle est essentiel pour réduire les hospitalisations dans la mesure où elle est notamment chargée d'aider les patients non observants à poursuivre leur traitement. En effet, l'un des problèmes récurrents concerne le nombre élevé de patients qui ne se présentent pas à toutes leurs séances de dialyse.

### Encadré 5. L'infirmière praticienne, pivot de l'intégration

« Je fais le pont entre les deux institutions »

Infirmière praticienne spécialisée en hépatologie

L'infirmière praticienne (*Nurse practitioner*), spécialisée en hépatologie et diplômée d'un master en pratique avancée, joue un rôle essentiel pour assurer la continuité des soins et les soins primaires « de base » dans les centres de dialyse. Ces compétences élargies et ces certifications lui permettent de prescrire et de réviser les prescriptions. Elle est donc en mesure de répondre à la plupart des besoins en soins primaires des patients qui, souvent, n'ont pas de médecin généraliste. Elle est rémunérée par l'hôpital et par les centres de dialyse, et fait donc des allers et retours fréquents entre les deux institutions. Son accès aux systèmes d'information de l'hôpital et des centres (qui ne sont généralement pas liés) facilite l'échange d'informations, et donc une meilleure coordination. En effet, initialement le projet avait pour objectif d'intégrer les systèmes informatiques, mais cela n'a pas été techniquement possible.

Elle joue aussi un rôle de « navigatrice » auprès des patients pour les aider à s'orienter dans le système de soins et entre leurs différentes prises en charge, puisque, selon les cas, ces derniers peuvent être amenés à consulter des spécialistes dans d'autres systèmes hospitaliers. On remarque ici que le rôle de navigatrice est porté par une infirmière plus qualifiée que dans le cas de l'oncologie, puisque les navigatrices avaient des certifications mais n'étaient pas des infirmières praticiennes.

Dans les centres de dialyse, cette infirmière travaille en lien étroit avec les néphrologues, ainsi qu'avec le personnel de soutien. Cette position « pivot » n'est pas définie par avance et l'infirmière praticienne que nous avons rencontrée, qui travaille dans quatre centres de dialyses différents, nous a confié avoir mis plus de deux ans pour « trouver ses marques ».

L'équipe du centre de dialyse, qui comprend le responsable clinique (un.e infirmier. ière senior), les infirmières du centre de dialyse, la diététicienne, les travailleurs sociaux et l'infirmière praticienne, se réunit une fois par semaine pour discuter de ces cas complexes ou difficiles, ainsi que de sujets tels que la meilleure façon de réduire les problèmes liés à l'administration intraveineuse et la iatrogénie médicamenteuse, l'anémie et le diabète. Les médecins ne participent pas à ces réunions. L'infirmière praticienne est chargée de rassembler toutes les informations médicales et communique directement avec le néphrologue de l'hôpital qui se rend une fois par semaine au centre de dialyse. C'est donc l'infirmière praticienne qui fait le lien – le « pont » – entre les institutions et entre les différents médecins.

## 2.4. L'enjeu d'un financement durable

Le financement par l'hôpital d'une infirmière praticienne travaillant dans les centres de dialyse privés a été possible grâce à la mise en place d'un budget global (par la CMS) pour améliorer l'intégration des soins. L'équipe IRC de l'hôpital a également obtenu une subvention pour le développement d'un nouveau modèle de soins intégrés.

Pour les centres de dialyse rémunérés par une combinaison de capitation et de forfaits de dialyse, le modèle peut être intéressant. Traditionnellement, les centres sont payés par forfait : 250\$ (205€) par patient/séance qui couvrent l'ensemble des coûts de personnel et de structure. Les spécialistes sont payés à la capitation, ici 300\$ (246€) par mois/patient, pour assurer le suivi. Mais depuis 2015, *Medicare* incite de plus en plus à la mise en place de

contrats ACO (*value-based contracts*) en imposant des indicateurs de qualité de processus et de résultats (notamment le taux de patients ayant reçu le bon traitement intraveineux, la réduction des réadmissions à l'hôpital, etc.). Les centres reçoivent ensuite des « bonus » lorsqu'ils atteignent les objectifs, ou sont pénalisés dans le cas contraire. Ainsi, les incitations sont plutôt claires pour les centres de dialyse au sein desquels les marges d'efficacité peuvent être importantes (*shared savings*). Néanmoins, l'investissement de l'hôpital dans cette démarche de qualité est principalement assuré par un financement extérieur qui n'est pas forcément pérenne, puisque la CMS tente de réduire les coûts globaux. Au moment de notre visite, la réduction des taux de réadmission n'avait pas atteint l'objectif fixé. Cela peut s'expliquer en partie par le fait que l'hôpital compte un pourcentage élevé de personnes socialement défavorisées (éligibles à *Medicaid*), ce qui rend la prévention plus difficile lorsque les patients ne peuvent pas suivre les recommandations ou n'ont pas accès aux soins primaires ou aux services sociaux indiqués.

## 3. Principaux enseignements des deux études de cas

---

### 3.1. Les leviers pour faciliter le travail d'équipe

- ▶ **La formation.** Travailler en équipe pluridisciplinaire ne va pas forcément de soi pour les professionnels de santé. Dans les deux cas, le rôle de la formation est perçu comme un élément essentiel par ces professionnels pour transformer l'image qu'ils ont les uns des autres, et permettre le travail en équipe. Sur le campus de l'université de Chapel Hill, la formation interdisciplinaire a été introduite dans le cursus dès les premières années de formation universitaire, ainsi que tout au long de la formation continue pour aider les équipes bien établies à évoluer. Elle aide les étudiants à acquérir de nouvelles compétences, notamment pour mettre en place un travail d'équipe. Le maintien d'une culture collégiale durant les stages contribue également à promouvoir des valeurs essentielles dans le partage multidisciplinaire des tâches. La formation vise à permettre aux étudiants de comprendre qu'il existe une variété d'approches complémentaires d'un problème particulier, et à leur apprendre à communiquer plus efficacement les uns avec les autres.



*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

- ▶ **Emplois salariés.** Dans cet hôpital, la plupart des professionnels, notamment les oncologues et les chirurgiens, sont salariés, ce qui a pour effet de réduire la pression pour augmenter le volume des interventions médicales et chirurgicales.
- ▶ **Des pratiques paramédicales élargies.** La reconnaissance de compétences avancées des infirmières leur permet de travailler dans une plus grande autonomie et de gérer elles-mêmes un certain nombre de situations complexes. Elles ont un rôle essentiel de coordination, qui est reconnu tant symboliquement que financièrement.

- ▶ **Travailler dans le même lieu (physiquement).** Le fait que les oncologues, les pathologistes, les radiologues et les professionnels paramédicaux travaillent côte à côte dans le même bâtiment facilite les interactions et les échanges plus spontanés.
- ▶ **Une reconnaissance institutionnelle et des financements fléchés.** Si le fait d'être reconnu comme un centre de cancer d'excellence est important pour la motivation de l'équipe, il permet aussi d'obtenir des financements spécifiques (donateurs) pour favoriser une organisation plus innovante. Pour l'équipe IRC, le financement ciblé pour encourager de nouveaux modèles de soins intégrés a également constitué une impulsion importante.

### 3.2. Les défis à relever

- ▶ **Réduction des hospitalisations.** La plupart des problèmes en termes de réduction des hospitalisations sont liés à l'inadéquation des soins primaires et des services sociaux et au manque général de protection des soins de santé aux États-Unis. Les établissements publics accueillent une proportion élevée de personnes dans des situations sociales très complexes.
- ▶ **Coordination et communication avec les prestataires de soins primaires.** Le système est très fragmenté aux États-Unis, les équipes hospitalières ayant très peu de liens avec les équipes de soins primaires, qui travaillent souvent indépendamment. Elles disposent également de différents systèmes de dossiers médicaux électroniques qui, pour la plupart, ne sont pas interopérables.
- ▶ **Paiement à l'activité pour les patients atteints de cancer.** Le système de paiement à l'activité crée une pression pour augmenter le volume des opérations chirurgicales, ainsi que des consultations répétées. Les chirurgiens sont sous pression pour améliorer les performances financières de l'hôpital, ce qui entre parfois en conflit avec les objectifs de soins intégrés.

## 4. Références bibliographiques

---

- Commonwealth Fund** (2019). *US Healthcare System*, accessed on 8 november 2019.  
[https://international.commonwealthfund.org/countries/united\\_states/](https://international.commonwealthfund.org/countries/united_states/)
- CMS** (2019). <https://innovation.cms.gov/Files/slides/ocm-overview-slides.pdf>
- Deloitte** (2016). *The Evolution of Oncology Payment Models: What Can we Learn from Early Experiments?*  
<https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/us/Documents/life-sciences-health-care/us-lshc-evolution-of-oncology-payment-models.pdf>
- Fitch K., Pelizzari P. M., Pyenson B.** (2016). *Cost Drivers of Cancer Care: A Retrospective Analysis of Medicare and Commercially Insured Population Claim Data 2004–2014*. April 2016.  
<http://www.communityoncology.org/pdfs/Trends-in-Cancer-Costs-White-Paper-FINAL-20160403.pdf>
- Institute of Medicine** (1991). "Origins of the Medicare Kidney Disease Entitlement: The Social Security Amendments of 1972". *Committee to Study Decision Making*, Hanna KE, ed. Biomedical Politics. Washington: National Academies Press (US); 1991. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK234191/>
- Mu Y., Chin A. I., Kshirsagar A. V., Zhang Y., & Bang H.** (2018). "Regional and Temporal Variations in Comorbidity Among US Dialysis Patients: A Longitudinal Study of Medicare Claims Data". *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 55, 004695801877116. doi:10.1177/0046958018771163
- Mendelssohn D., and Wish J.,** (2009). "Dialysis Delivery in Canada and the United States: A View from the Trenches". *American Journal of Kidney Diseases*, Vol. 54, No. 5, pp. 954–964.
- NAAOS** (2017). Public Comment – Oncology Bundled Payment Program Using CNA Guided Care, National association of ACOs.  
<https://www.naacos.com/assets/docs/pdf/naacoscommentstoptacononcologybundledpaymentmodelo42717.pdf>
- Oberlander J.** (2020). "Introduction: The ACA at 10". *J Health Polit Policy Law* 1 August 2020; 45 (4): 461–464. doi: <https://doi.org/10.1215/03616878-8255409>
- Saxe Zerden L., Richman E., Lombardi B., Shoenbill K., Fraher E.** (2019). "Social Work and Electronic Health Records: A New Frontier for Health Workforce Research". *Research Brief*, December 2019, Carolina Health Workforce Research Center.

**Rosenberg J.** (2019). *CMS Proposes Bundled Payments for Radiation Oncology*.  
<https://www.ajmc.com/newsroom/cms-proposes-bundled-payments-for-radiation-oncology>

**Shinkman R.** (2016). "The Big Business of Dialysis Care". *Catalyst by New England Journal of Medicine*, 9–12.



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

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

Des services hospitaliers innovants  
au Centre médical de l'Université de Caroline du Nord

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 patients atteints 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](http://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 dans ce rapport décrivent un ensemble de services innovants proposés par le Centre médical de l'université de Caroline du Nord (University of North Carolina Medical Center), dans l'État de Caroline du Nord, aux États-Unis. La première étude de cas décrit la façon dont le travail en équipe a été développé au sein du Département d'urologie, dans un objectif d'amélioration des soins aux patients atteints de cancer ; la seconde étude cible une initiative visant à améliorer la coordination des soins des patients souffrant d'insuffisance rénale chronique, en intégrant les traitements dispensés à l'hôpital et dans les centres de dialyse privés. Au cours des visites sur site, organisées en février 2019, nous avons interrogé les professionnels de santé impliqués dans ces initiatives, ainsi que le personnel enseignant du Bureau de la formation et de la pratique interprofessionnelles (Office of Interprofessional Education and Practice), qui travaillent en commun dans l'objectif de faire évoluer la pratique médicale.

1-4a

Études de cas

Irdes  
117Bis rue Manin 75019 Paris  
Tél. : 01 53 93 43 00  
[www.irdes.fr](http://www.irdes.fr)

**IRDES**  
Institut de recherche  
et documentation en  
économie de la santé

ISBN : 978-2-87812-558-0  
© octobre 2021