

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

<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/578-comparaison-internationale-organisation-medecine-specialisee-angleterre-equipes-pionnieres-de-soins-integres-en-geriatrie-et-pneumologie.pdf>

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

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

Des équipes pionnières de soins intégrés  
en gériatrie et en pneumologie

Lucie Michel, Zeynep Or (Irdes)

1-3a

Études de cas

LES RAPPORTS DE L'IRDES

n° 578 • Juillet 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** : juillet 2021 • **ISBN** : 978-2-87812-550-4

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

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

Des équipes pionnières de soins intégrés  
en gériatrie et en pneumologie

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 les docteurs Eileen Burns (Leeds Teaching Hospital Trust), Louise Restrick et Melissa Heightman (Whittington Health) pour leur aide dans l'organisation des entretiens et pour avoir partagé leurs expériences avec nous. Nous sommes reconnaissants envers nos collègues du King's Fund pour leur soutien et leurs conseils au cours des recherches effectuées, notamment Ruth Robertson, Richard Murray et Matthew Honeyman. 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 anglais en bref</b> .....	<b>7</b>
<b>1. LEEDS - SERVICES GÉRIATRIQUES INTÉGRÉS</b>	<b>9</b>
1.1. <b>Contexte</b> .....	<b>9</b>
1.2. <b>Aperçu des services gériatriques de Leeds</b> .....	<b>10</b>
Une équipe pluridisciplinaire .....	10
Des outils communs partagés pour définir les parcours de soins .....	11
Un soutien important des gériatres « d'interface » .....	12
1.3. <b>Vision commune : éviter les hospitalisations des personnes âgées</b> .....	<b>12</b>
1.4. <b>Rôle des financeurs</b> .....	<b>13</b>
1.5. <b>Déplacer l'attention des plus malades vers la population globale : une approche proactive</b> .....	<b>14</b>
<b>2. LE SERVICE DE PNEUMOLOGIE INTÉGRÉ DE WHITTINGTON HEALTH</b>	<b>17</b>
2.1. <b>Contexte</b> .....	<b>17</b>
2.2. <b>Aperçu du développement d'une équipe de pneumologie intégrée</b> .....	<b>18</b>
Des spécialistes intégrés travaillant à l'hôpital et en dehors .....	19
... soutenus par un grand nombre de professionnelles de santé et paramédicaux ..	20
2.3. <b>Placer l'engagement des patients et leur autonomie au centre des soins</b> .....	<b>22</b>
2.4. <b>Leadership collectif dans une équipe intégrée</b> .....	<b>23</b>
2.5. <b>Le rôle de gestion et de financement de l'hôpital</b> .....	<b>23</b>
2.6. <b>Suivi de la qualité et évaluation</b> .....	<b>24</b>
<b>3. PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS</b>	<b>27</b>
<b>4. RÉFÉRENCES</b>	<b>30</b>

Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée : innovations dans cinq pays  
**Angleterre - Des équipes pionnières de soins intégrés en gériatrie et en pneumologie**

Irdes - Juillet 2021

## 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 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 dans ce rapport décrivent l'organisation et le fonctionnement de deux modèles pionniers de soins intégrés en Angleterre, dans lesquels les spécialistes à l'hôpital travaillent en étroite collaboration avec les professionnels de soins primaires et de soins de longue durée, et proposent des services en dehors de l'hôpital. La première étude de cas décrit le développement et le fonctionnement des services gériatriques intégrés à Leeds, et la seconde, le service de pneumologie intégré de Whittington Health, à Londres. Les études de cas s'appuient sur des visites organisées à Leeds et à Londres en septembre 2018 avec la

collaboration du King's Fund. Au cours de ces visites, nous avons interrogé les principaux acteurs impliqués dans l'offre de soins, notamment les spécialistes et les infirmières qui sont au cœur de ces initiatives, les autres professionnels de santé impliqués dans les équipes de soins intégrés, à la fois dans les hôpitaux et les structures de soins primaires, ainsi que les gestionnaires, les financeurs locaux (représentants des *Clinical Commissioning Groups*) et les patients.

## LE SYSTÈME DE SANTÉ ANGLAIS *en bref*

Le fonctionnement du *National Health Service* (NHS - Service de santé national) en Angleterre est de la responsabilité de NHS England, une organisation distincte qui pilote le budget du NHS, gère les 209 *Clinical Commissioning Groups* (CCG) et garantit l'atteinte des objectifs de santé et d'efficacité fixés par le ministère de la Santé. Le NHS est majoritairement financé par la fiscalité générale. Sa couverture est universelle et les services qu'il propose sont généralement gratuits (Cylus *et al.*, 2015).

Les médecins généralistes sont un passage obligé pour accéder aux soins secondaires (principe du *gatekeeper*) et sont responsables de la coordination des soins dans le cadre de leur contrat. La plupart d'entre eux travaillent en cabinets de groupe avec au moins cinq autres généralistes, ainsi que des infirmières et du personnel administratif. Les infirmières réalisent des soins courants (suivi de la tension artérielle, etc.) sous prescription du médecin et prennent de plus en plus en charge le suivi des patients souffrant d'affections de longue durée. La majorité des généralistes sont libéraux et plus de la moitié des cabinets sont rémunérés sur une base mixte : à la capitation pour couvrir les services essentiels (environ 60 % des revenus), à l'acte pour les services supplémentaires (environ 15 %), et à la performance de façon optionnelle. Cependant, la proportion de généralistes exerçant en tant que salariés est en hausse.

La quasi-totalité des spécialistes sont salariés des hôpitaux du NHS. Ils sont toutefois libres de s'engager dans une pratique privée au sein de certains services hospitaliers du NHS ou d'établissements privés. Cette pratique privée (qui concerne environ 50 % des spécialistes) est en baisse, l'écart de revenus entre secteurs privé et public s'étant réduit (Cylus *et al.*, 2015). Les hôpitaux publics sont organisés en *trusts* (grands groupes d'hôpitaux dotés d'une gestion autonome) et concluent des accords avec des CCG locaux pour assurer les services. Ils sont remboursés à l'activité selon des Groupes homogènes de malades (GHM) à des taux définis à l'échelle nationale, qui sont progressivement ajustés relativement à la qualité des soins et à la coordination entre les secteurs. Il n'y a pas de plafond sur les revenus hospitaliers.

Le volume et l'étendue des services de santé fournis (notamment la prévention, la réhabilitation, les soins de longue durée, les visites à domicile par des infirmières de proximité, etc.) sont définis au niveau local par les CCG, mais la Constitution du NHS indique que les patients ont un droit aux médicaments ou aux traitements évalués et approuvés par le *National Institute for Health Care Excellence* (NICE - Institut national d'excellence des soins).

Par la loi *Health and Social Care Act* de 2012, le NHS England et les CCG sont chargés de promouvoir les soins intégrés pour améliorer la coordination entre les hôpitaux et les acteurs de soins en ville et à domicile : soins primaires et médico-sociaux, et aide sociale. Depuis 2015, le *Better Care Fund* (Fonds pour l'amélioration des soins) soutient des projets locaux d'intégration de soins de santé et sociaux, sur la base d'un financement provenant des différents budgets de soins de santé et sociaux existants (environ 4 Md£ (4,6 Md€)).



# 1. LEEDS - SERVICES GÉRIATRIQUES INTÉGRÉS

---

## 1.1. Contexte

- ▶ L'augmentation du nombre de patients âgés et fragiles engendre une demande grandissante de soins pluriprofessionnels adaptés aux besoins sanitaires et sociaux spécifiques à cette population.
- ▶ NHS England soutient une approche de stratification basée sur la population afin d'identifier systématiquement les personnes âgées (65 ans et plus) vivant avec une fragilité moyenne à sévère.
- ▶ La fragilité est identifiée à l'aide d'outils standards validés tels que l'*Electronic Frailty Index* (eFI - Index de fragilité électronique) qui s'appuie sur des données de soins courants issues des dossiers médicaux pour calculer automatiquement un score de probabilité de fragilité classée selon trois niveaux : léger, moyen ou sévère.
- ▶ Depuis 2017, le contrat de médecin généraliste (financement) a été modifié afin d'y introduire une identification systématique de la fragilité pour les patients âgés de 65 ans et plus. Les généralistes sont tenus de détecter et de prendre en charge les patients fragiles, et de proposer des interventions ciblées pour les personnes les plus à risque d'événements indésirables tels que l'hospitalisation, l'admission en établissements d'hébergement pour personnes âgées, ou le décès (NHS, 2017).
- ▶ Selon les estimations, dans la seule ville de Leeds (3<sup>e</sup> ville du pays, 800 000 habitants), environ 32 000 personnes sont considérées comme fragiles, parmi lesquelles 90 % ont plus de 60 ans, et près de 2 000 personnes reçoivent des soins palliatifs (NHS Leeds, 2018). L'équipe gériatrique de l'hôpital universitaire de Leeds travaille depuis quelque temps avec des équipes intervenant en ville et à domicile (prise en charge sociale et en soins primaires) pour assurer des services au-delà des soins aigus, afin de maintenir les patients à domicile et réduire les hospitalisations.
- ▶ Cette étude de cas met en lumière ces initiatives visant à développer la collaboration entre spécialistes et professionnels de soins primaires et médico-sociaux qui prennent en charge les patients fragiles âgés.

## 1.2. Aperçu des services gériatriques de Leeds

À Leeds, trois CCG prennent en charge une population d'environ 70 000 personnes âgées de 65 ans et plus. Ces organisations sont engagées depuis longtemps dans l'offre de services intégrés à une population d'adultes âgés et fragilisés. Leeds se divise en 12 quartiers, chacun disposant d'une équipe intégrée de soins et services médico-sociaux, la *Core team*. Depuis 2013, les équipes de gériatrie du *Leeds Teaching Hospitals NHS Trust* (qui regroupe 7 hôpitaux à Leeds, dont une clinique et école dentaire) travaillent de concert avec le *Leeds Community Healthcare NHS Trust* (groupe de prestataires de soins ambulatoires et à domicile). Ensemble, ces acteurs fournissent un certain nombre de services allant au-delà de la prise en charge aigue traditionnelle, avec les objectifs suivants (Robertson *et al.*, 2014) :

- Anticiper les besoins de la population âgée fragile.
- Éviter les hospitalisations (le nombre de lits à l'hôpital ne cessant de baisser).
- Engager les gériatres à travailler de façon transversale, dans tous les secteurs de soins (primaires, secondaires et médico-sociaux).
- Améliorer la continuité des soins et la communication entre les différents professionnels de santé et des services médico-sociaux.

### Une équipe pluridisciplinaire

**Les équipes intervenant en ville et à domicile** (*Core community teams*) sont principalement constituées de travailleurs sociaux, d'infirmières de district et d'infirmières de pratique avancée, les *Community matrons*, en lien avec les autres professionnels de soins primaires. Les *Community matrons* sont des infirmières expérimentées qui se spécialisent dans la gestion de cas de patients à hauts risques en les prenant en charge à leur domicile. Elles évaluent, de façon holistique, les besoins des patients et identifient les risques au domicile pour les personnes âgées et fragiles. Elles procèdent également à une évaluation systématique des habitudes alimentaires des patients, réalisent des examens de peau, mesurent les risques de chute, révisent les ordonnances, etc. Elles sont en contact direct avec les services sociaux, qui peuvent intervenir si besoin. Actrices-clés de l'organisation de la prise

#### Le rôle des *Community matrons*

Le statut de *Community matron* est créé en 2000 dans le cadre d'un projet du NHS visant à investir dans les soins extérieurs à l'hôpital. Ce projet encourage une expansion globale des services de soins de santé ambulatoires et à domicile, ainsi qu'une meilleure intégration des soins primaires, secondaires et médico-sociaux, qui étaient traditionnellement assurés de manière indépendante (<https://www.nursingtimesjobs.com/news/community-matron-guide>).

Infirmières spécialisées et expérimentées ayant une expertise clinique et un *cursus* universitaire avancé (elles sont titulaires d'un diplôme de niveau Master), les *Community matrons* possèdent notamment des compétences de *case management* (gestion de cas). Elles prennent habituellement en charge 30 à 50 patients à domicile, avec l'objectif d'éviter les hospitalisations et autre événement indésirable. Elles proposent une éducation thérapeutique complète au patient, et contribuent à améliorer la conciliation et l'observance médicamenteuses. Elles reçoivent en outre une formation et une certification spécifiques pour prescrire des ordonnances.

Les *Community matrons* travaillent selon une approche holistique qui prend en compte l'état du patient dans sa globalité. Elles estiment que « les meilleurs soins sont ceux que vous indiquent le patient. »

en charge des personnes âgées, elles agissent comme des gestionnaires de cas, et sont en contact direct avec les médecins spécialistes et généralistes. Leurs qualifications et leur autonomie leur permettent de réaliser de nombreuses tâches dont la prescription, la conciliation médicamenteuse, etc. Ces infirmières peuvent se référer en cas de besoin aux spécialistes ou aux généralistes, lesquels déclarent apprécier le travail des *Community matrons* – qui leur permet notamment de mieux gérer leur temps –, et disent également se fier entièrement à leurs décisions.

Les gériatres du *Leeds Teaching Hospital* soutiennent depuis 2012-2013 les équipes de soins intégrés intervenant en ville et à domicile. Chaque équipe dispose d'un gériatre dédié qui assiste aux réunions d'équipes pluridisciplinaires et assure des visites à domicile le cas échéant. Aujourd'hui, l'équipe de Leeds comprend également un kinésithérapeute, un ergothérapeute, des aides-soignants et des travailleurs sociaux.

Au niveau des soins primaires, les médecins généralistes et les infirmières des centres de santé travaillent directement avec les *Community matrons*, les gériatres et les infirmières hospitalières. La communication entre ces professionnels de santé est facilitée par une vision partagée des parcours de soins et des protocoles définissant les rôles et responsabilités de chacun d'entre eux. La *Community matron* peut, si besoin, référer un patient directement à un spécialiste sans passer par un généraliste. Le gériatre peut être contacté par téléphone par tous les membres de l'équipe.

### *Des outils communs partagés pour définir les parcours de soins*

La fragilité est définie comme un syndrome de déclin physiologique, caractérisé par une forte vulnérabilité aux événements de santé indésirables. NHS England préconise que la fragilité soit traitée comme une affection de longue durée nécessitant un travail de prévention et de détection précoces<sup>1</sup>.

Les infirmières utilisent une mesure (échelle) de stratification des risques qui prend en compte la fragilité physique (activités du quotidien) et cognitive afin d'identifier, au sein de la communauté, les personnes âgées fragiles à risque. Par conséquent, l'évaluation de la fragilité n'est pas seulement médicale ; elle se fonde principalement sur des critères cognitifs et psycho-sociaux. Les patients sont généralement classés, soit dans un contexte de soins primaires, soit par l'équipe intervenant en ville et à domicile, dans l'une des trois catégories suivantes :

- **Problèmes de santé mineurs ou inexistantes.** Ces patients sont aisément pris en charge en soins primaires et par des professionnels de santé en ambulatoire et à domicile.
- **Stabilité médicale et absence de problèmes sociaux complexes.** Ces patients peuvent recevoir une visite à domicile de travailleurs sociaux et/ou d'autres membres de l'équipe pluriprofessionnelle.
- **Problèmes médicaux et sociaux complexes.** Ces patients à haut risque, identifiés par l'Outil de stratification des risques (*Risk Stratification Tool*), sont suivis de près par l'équipe pluriprofessionnelle. L'évolution des patients est mesurée au cours de réunions hebdomadaires de gestion de cas. Le patient peut, dans certains cas, recevoir une visite à domicile du gériatre d'interface, être envoyé en clinique pour des examens et/ou être admis dans un service de soins intermédiaires.

<sup>1</sup> <https://www.england.nhs.uk/ourwork/clinical-policy/older-people/frailty/>

### Un soutien important des gériatres « d'interface »

Le rôle du gériatre est redéfini au sein de l'équipe pluridisciplinaire qui regroupe des cabinets de généralistes, des *Community matrons*, des infirmières de district et d'autres professionnels des services de santé et médico-sociaux. Les gériatres d'interface, responsables de leur population locale, jouent un rôle important dans la prise en charge des patients âgés fragiles. Ils vont notamment :

- Donner des conseils par téléphone aux *Community matrons* et aux généralistes.
- Faciliter l'accès direct à d'autres spécialistes et à des examens à l'hôpital.
- Assister aux réunions pluridisciplinaires en ville afin de discuter des patients à haut risque.
- Effectuer des consultations dans les services ambulatoires.
- Assurer des visites à domicile si nécessaire, par exemple pour une évaluation gériatrique complète.

### 1.3. Vision commune : éviter les hospitalisations des personnes âgées



... Nous devons tous nous poser la question, pourquoi pas le domicile, pourquoi pas aujourd'hui ? »

Directeur de la qualité des soins, Leeds Teaching Hospital

La réduction du recours à l'hospitalisation pour les patients plus âgés est un objectif partagé de toutes les politiques locales et nationales. Tandis que les spécialistes se sont rapprochés des soins primaires dans le but de prévenir les hospitalisations, le *Leeds Hospitals Trust* a investi dans des équipes de planification des sorties, créant ainsi au sein de l'hôpital une interface pour les infirmières à domicile, avec l'objectif de réduire les taux de réadmission et la durée des séjours.

**L'équipe de planification des sorties** est composée d'infirmières hospitalières et d'une infirmière cadre financée par la communauté (CCG, les financeurs locaux) mais qui travaille au sein de l'hôpital. Cette équipe gère l'organisation des sorties à plusieurs niveaux et travaille de concert avec les gériatres.

Les infirmières chargées de la planification des sorties évaluent quotidiennement le dossier de chaque patient et sont parfois amenées à discuter les décisions prises par des spécialistes si elles considèrent que certains patients sont présents depuis trop longtemps à l'hôpital. En tant qu'employées de la ville, elles disposent d'un accès direct à toutes les ressources pour les soins sociaux, la kinésithérapie, la réhabilitation, etc. L'équipe peut proposer des solutions concernant le transport du patient, les problèmes sociaux, l'organisation des soins à domicile, les informations à transmettre à la famille, etc. Elles développent depuis peu un outil de stratification visant à mieux planifier les sorties, qui s'appuie sur un éventail d'options allant du « parcours vert » pour les patients nécessitant très peu de soins à domicile, au « parcours rouge » pour ceux ayant des besoins de soins à domicile plus complexes. Elles veillent à ce que les formulaires électroniques de sortie soient envoyés à la *Community matron* et à l'équipe locale (avec des instructions pour les infirmières et les

généralistes), ou aux établissements d'hébergement pour personnes âgées. Le formulaire de sortie est envoyé sur une plate-forme en ligne accessible à tous les professionnels impliqués.

**Apports du gériatre aux urgences.** D'autre part, le service des urgences accueille cinq après-midis par semaine un gériatre qui propose des évaluations pour les patients âgés dans l'heure qui suit leur admission. Les gériatres travaillent avec le personnel des urgences afin de les guider dans leur diagnostic et leur traitement, et dans la compréhension des enjeux gériatriques. Le coût de ces soins gériatriques aux urgences est absorbé par l'hôpital.

## 1.4. Rôle des financeurs



*Il est très difficile de changer la façon dont travaillent les professionnels... Vous devez encourager par des moyens financiers les spécialistes et les généralistes à travailler ensemble.»*

Médecin généraliste et commissaire d'un CCG

Les *Clinical Commissioning Groups* (CCG) ont remplacé les *Primary Care Trusts* (PCT) en Angleterre depuis 2013. Ce sont des organes statutaires du NHS dirigés par des cliniciens (surtout des médecins généralistes) responsables de la planification et de la contractualisation des services de soins dans leur localité. Les trois CCG de Leeds ont été déterminants pour pousser les cliniciens à investir dans la transformation du système. Par exemple :

- La participation des spécialistes (gériatres) aux équipes locales de soins intégrés est financée par un accord direct entre les trois CCG de Leeds et le *Leeds Hospital Trust*, qui rémunère le temps de travail du gériatre en dehors de l'hôpital pour 12 activités mensuelles programmées.
- La *Community matron* est une salariée de la communauté, et donc financée directement par les CCG.
- Les médecins généralistes sont rémunérés pour le temps qu'ils consacrent à la collaboration avec d'autres professionnels de santé, en particulier avec des spécialistes (une demi-après-midi par semaine).

Plusieurs incitatifs ont également été mis en place au niveau national pour les médecins généralistes dans le cadre de la QOF (*Quality and outcomes framework* - Cadrage de la qualité et des résultats)<sup>2</sup>, afin d'investir dans la coordination des soins pour les patients atteints de maladies chroniques, et surtout pour la coordination de soins des patients âgés fragiles.

Les hôpitaux sont rémunérés sur la base d'un modèle de tarification à l'activité (*Activity-based payment scheme* - ABP) et reçoivent des incitations pour réduire la durée des séjours à l'hôpital mais également pour éviter des réadmissions de courte durée (30 jours), celles-ci étant identifiées comme des indicateurs de non-qualité et sanctionnées financièrement. Une partie du budget de l'hôpital est liée à un certain nombre d'indicateurs de qualité, notamment les mesures de structure, de processus et de résultats. Néanmoins, dans le cadre

<sup>2</sup> Le QOF est un programme de paiement à la performance pour les médecins généralistes.

### **Aligned Incentives Contract – Contrat d'incitations alignées**

Le « contrat d'incitations financières alignées » (*Aligned Incentives Contract*) est un mécanisme de paiement alternatif au paiement à l'activité, qui permet d'assurer des services financièrement viables (du point de vue des financeurs et des établissements) pour la population locale. L'objectif est d'assurer un niveau de revenu stable aux établissements de santé, leur permettant ainsi de réaliser des économies à travers une meilleure organisation du parcours de soins et la réduction des hospitalisations évitables. Pour les hôpitaux, cet accord permet d'avoir une comptabilité flexible : ils peuvent changer l'organisation des soins, libérer du temps pour le personnel afin de faciliter les changements de pratiques et investir dans l'innovation organisationnelle. Du point de vue des financeurs, cela facilite également la négociation et le financement des services (prises en charge) dans un parcours qui croise différents niveaux de soins - soins primaires et spécialisés, à l'hôpital, en ville ou à domicile.

Ces contrats sont motivés par le besoin d'aligner les incitations financières des établissements sur des objectifs globaux du système de santé, et par le fait que les établissements individuels ne sont pas censés perdre de l'argent en améliorant la qualité de la prise en charge globale des patients. Par exemple, au *St James Hospital*, le travail pluridisciplinaire des gériatres et de l'équipe de planification des sorties a permis de réduire les hospitalisations évitables, entraînant une perte de revenus d'environ 2 M£ (2,3 M€) sous le régime du paiement à l'activité. Dans le cadre du nouveau contrat, l'hôpital a pu conserver les économies réalisées et investir dans de nouveaux services, en prenant notamment en charge le coût des gériatres en dehors de l'hôpital, etc.

du paiement à l'activité, le financement principal des hôpitaux est associé directement à leur volume d'activité. La réduction des hospitalisations évitables implique donc un financement réduit pour les hôpitaux. De ce fait, le *Leeds Hospitals Trust* a signé un nouveau contrat avec les CCG qui leur garantit un revenu stable et leur assure de ne pas perdre de financements du fait d'une amélioration de la qualité des soins aux patients (encadré ci-dessus). Cette démarche a nécessité de définir spécifiquement ce qu'implique la qualité des soins au-delà de l'hôpital, et notamment d'identifier les services qui doivent être bénéfiques au système de santé tant du point de vue collectif et financier, que de celui des patients concernés.

## **1.5. Déplacer l'attention des plus malades vers la population globale : une approche proactive**



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

Médecin généraliste et commissaire d'un CCG

A l'origine, les soins en ville et à domicile se sont concentrés spécifiquement sur l'identification des personnes âgées les plus fragiles qui utilisent le plus le système de santé, et sur le suivi et la satisfaction de leurs besoins de soins. Désormais, les financeurs privilégient une approche plus proactive, consistant à stratifier la population dans l'objectif de fournir des soins et des conseils à toutes les personnes de plus de 65 ans afin de promouvoir la santé et le

bien-être global. La ville de Leeds s'est ainsi engagée dans une approche populationnelle de la santé (*Population health management*), qui implique un changement de point de vue de la part des professionnels de soins primaires et des services médico-sociaux, lesquels ciblent désormais la population entière et non pas seulement les plus malades. Cette conception diffère également de la prise en charge traditionnelle des patients par les spécialistes, ces derniers intervenant surtout lors de la phase aiguë de la maladie, sans s'impliquer dans le suivi des autres étapes.

L'implication de tous les professionnels de santé à chaque niveau de soins est au cœur de cette nouvelle approche. Ces derniers s'attachent à être plus proactifs et à prendre en charge la santé des patients dans sa globalité, plutôt que de privilégier une approche réactive face à la maladie, qui serait la conséquence d'une mauvaise gestion.

Le projet « *Live well Leeds* » est un bon exemple de rapprochement de tous les professionnels de santé – des médecins spécialistes aux *Community matrons* –, dans un souci commun d'offrir des services de santé courants à la communauté. Ce projet permet de financer une équipe de soins qui prendra en charge toute la population dans une zone géographique spécifique, et non exclusivement les personnes ayant fait l'expérience d'un épisode aigu. Cette équipe est également vouée à tester de nouvelles façons d'aider les personnes fragiles à travers une approche proactive. Elle agit de manière autonome, sans devoir se référer obligatoirement à un médecin, et s'appuie sur les dossiers médicaux pour identifier, à l'aide d'algorithmes simples, les personnes âgées (65+) susceptibles de nécessiter un suivi spécifique (patients ayant plus de quatre maladies chroniques dont la maladie pulmonaire obstructive chronique, et un score élevé sur l'index de fragilité électronique eFA3). Les personnes identifiées sont contactées par courrier et se voient attribuer, sous réserve de leur accord, un conseiller de santé (aussi appelé coordinateur des soins ou navigateur). Le conseiller de santé travaille avec le patient pour comprendre ses besoins et préférences, et s'attache à lui proposer les meilleures solutions pour préserver sa santé et son bien-être, sans devoir recourir au système de soins. Ces solutions sont multiples et peuvent consister aussi bien à proposer une activité physique qu'à planifier une réunion familiale. Les conseillers cherchent également à apprendre aux patients à prendre en charge leurs problèmes de santé pour qu'ils sachent comment réagir et à qui s'adresser en cas d'épisode aigu. Ce projet a été accueilli très positivement par les patients, mais également par les professionnels de santé impliqués qui ont, semble-t-il, éprouvé une véritable gratification dans cette implication en continu dans la vie du patient, qui contraste avec une intervention rapide et ponctuelle. L'évaluation, menée sur un petit panel, a montré une réduction du recours aux médecins généralistes, ainsi que du nombre d'hospitalisations.



*L'intégration a un coût. Mais si nous ne changeons rien, le système ne sera pas viable. »*

Médecin généraliste, commissaire du CCG

Afin de renforcer la communication et les échanges entre professionnels de santé, les CCG ont cherché à promouvoir les « partenariats de soins » au niveau local. Un groupe de médecins généralistes, d'infirmières, de *Community matrons* et d'autres professionnels

3 <http://tvscn.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/03/7.-Martin-Vernon.pdf>

de santé identifiés pour prendre en charge la population dans une zone locale définie (*local area*). Actuellement, des spécialistes sont également associés à chaque zone locale de Leeds. Par exemple, dans l'une des 12 zones locales de la ville, un médecin généraliste est identifié en tant que spécialiste de la fragilité et travaille avec deux *Community matrons*. C'est une façon d'associer « le bon médecin à la bonne population » (les personnes âgées fragiles dans le cas présent, mais il pourrait également s'agir des enfants avec la présence garantie d'un pédiatre).

Par ailleurs, les CCG (les financeurs locaux) reconnaissent l'importance du *leadership* clinique dans la promotion de nouveaux modèles de soins et la transformation des pratiques médicales. Ils investissent massivement dans des « *leaders* locaux » (médecins généralistes, infirmières, spécialistes) pour faciliter le développement des partenariats de soins locaux. Les professionnels identifiés sont employés à titre de « *leaders* cliniques » par les CCG et disposent d'un budget pour exercer leurs activités liées à ce « *leadership* ».

## 2. LE SERVICE DE PNEUMOLOGIE INTÉGRÉ DE WHITTINGTON HEALTH<sup>4</sup>

---

### 2.1. Contexte

- ▶ Les maladies respiratoires touchent les poumons et les autres parties du système respiratoire. Les affections les plus communes sont l'asthme et la Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), qui concernent environ 6 millions de personnes en Angleterre (Department of Health, 2012).
- ▶ La BPCO et l'asthme sont des maladies inflammatoires chroniques des poumons qui se caractérisent par une obstruction ou une limitation du débit d'air, entraînant des difficultés respiratoires, des toux et des sifflements. Les personnes atteintes de BPCO sont à risque plus élevé de développer des maladies cardiovasculaires, des cancers du poumon et toutes sortes d'autres affections (British Lung Foundation, 2014).
- ▶ La BPCO, deuxième cause la plus fréquente d'hospitalisations d'urgence en Angleterre, est très coûteuse en termes de soins hospitaliers aigus. Plus de 50 % des personnes actuellement atteintes de BPCO ont moins de 65 ans (Department of Health, 2012).
- ▶ Des données datant des années 2000 ont montré qu'à Islington (nord de Londres), les admissions d'urgence pour BPCO étaient bien plus fréquentes qu'attendu, comparativement à la situation dans d'autres quartiers de Londres. La plupart des patients admis à l'hôpital avec une exacerbation aiguë n'avaient encore jamais été diagnostiqués en ville (Bastin, 2010).
- ▶ En 2008, un audit de la prise en charge des patients BPCO à Islington a recommandé une amélioration du diagnostic et de la gestion de la BPCO (Islington, 2010).
- ▶ *Whittington Health*, un *trust* de soins intégrés, est formé en 2011 par la fusion de l'hôpital universitaire de Whittington avec les services ambulatoires et à domicile des districts d'Islington et de Haringey au nord de Londres (Cornwell *et al.*, 2016).
- ▶ Ce *trust* intégré assure des soins à l'hôpital et dans des centres de soins ambulatoires en ville pour une population de 460 000 personnes, dont les caractéristiques socio-économiques sont assez hétérogènes.
- ▶ Nous décrivons dans cette étude de cas le développement et le fonctionnement du service de pneumologie intégré de *Whittington Health*, un modèle pionnier en Angleterre (Robertson *et al.*, 2014).

---

<sup>4</sup> Whittington Health Integrated Respiratory Service.

## 2.2. Aperçu du développement d'une équipe de pneumologie intégrée



*Nous voulons voir nos patients vivre plutôt que mourir, et surtout vivre mieux, respirer mieux, se sentir mieux et faire plus de choses. »*

Médecin spécialiste intégré

La création d'une équipe de pneumologie CORE intégrée au sein du *trust* de Whittington a été le fruit d'un long processus. Le besoin d'un service de pneumologie spécifique se fait sentir à l'hiver 2001 lorsque l'établissement doit faire face à des difficultés dans la délivrance des soins et à une pression financière forte pour réduire les durées de séjour. En 2002, un projet pilote innovant – le *Rapid Early Discharge Model* (REDS - Modèle de sortie anticipée rapide) – est mis en place par deux spécialistes des voies respiratoires à l'hôpital Whittington afin de réduire le nombre de journées d'hospitalisation des patients. Le service

### L'équipe CORE intégrée

L'Équipe pluridisciplinaire de pneumologie intégrée (*Integrated Community Respiratory Team - CORE*), prend en charge les patients avant et après leur hospitalisation. Elle est supervisée par deux spécialistes intégrés des voies respiratoires. L'équipe comprend :

- Deux spécialistes intégrés des voies respiratoires : l'un d'entre eux est basé à l'hôpital et l'autre travaille exclusivement en ambulatoire dans les deux hôpitaux locaux, effectuant des visites auprès de prestataires de soins primaires.
- Un interne en pneumologie et soins de pneumologie intégrés (appelé registrar).
- Des infirmières.
- Un pharmacien.
- Un kinésithérapeute.
- Un psychologue.
- Des conseillers dans la prise en charge de l'arrêt du tabac.

Cette équipe est divisée en trois :

- Une équipe basée à l'hôpital qui accompagne les patients du service et les suit en ville et à domicile après leur sortie.
- Deux équipes basées dans les communautés d'Islington et de Haringey qui reçoivent les patients envoyés par les généralistes afin d'assurer un soutien de courte durée ou une gestion de cas en cours.

L'équipe travaille en étroite collaboration avec 36 cabinets de médecins généralistes et assure l'éducation, la formation et le soutien d'environ 1 400 patients par an. L'équipe de l'hôpital se réunit une fois par semaine pour partager les informations concernant les patients et réviser les stratégies de traitement en dehors de l'hôpital. Cette équipe dispose d'un accès aux dossiers des patients des médecins généralistes, ainsi qu'à des informations collectées directement au domicile des patients. Les trois équipes se rencontrent toutes les six semaines afin d'échanger collectivement sur tous les dossiers.

recrute une infirmière spécialisée en pneumologie comme gestionnaire de projet en charge de collecter des données et de favoriser, dans la mesure du possible, la sortie des patients au plus tôt. Les médecins généralistes sont également impliqués dans ce projet pilote, afin que les sorties des patients puissent être prises en charge au mieux en dehors de l'hôpital. La possibilité leur est ainsi donnée d'accéder directement aux équipes de spécialistes de l'hôpital par téléphone et e-mail. Le modèle REDS permet d'économiser 150 journées d'hospitalisation dans sa première année d'application et d'améliorer la satisfaction des généralistes et des patients (Cornwell *et al.*, 2016). Ce modèle n'a cessé depuis de s'améliorer afin de mieux répondre aux besoins des patients. Il a également su évoluer lorsque l'hôpital Whittington est devenu une Organisation de soins intégrée (*Integrated Care Organization*) en 2011. Dès le départ, la motivation des médecins pour changer de modèle était d'améliorer l'offre de soins aux patients en obtenant de meilleurs résultats, mais aussi de réduire la pression sur l'hôpital en diminuant le nombre de journées d'hospitalisation. Dans cette perspective, leur approche a consisté à intégrer le point de vue des patients en cherchant notamment à mieux comprendre leurs besoins et à améliorer leur expérience de la maladie.

Le service de pneumologie s'organise aujourd'hui autour de deux communautés (Islington et Haringey), qui représentent environ un demi-million de personnes. Basé au *trust* de Whittington Health, le service est financé par deux *Clinical commissioning groups*, financeurs locaux (Haringey CCG et Islington CCG).

Ce service, qui intervient tant dans les services hospitaliers qu'en ville, est constitué des éléments suivants :

- Une clinique de pneumologie ambulatoire basée à l'hôpital de Whittington.
- Un service d'hospitalisation aiguë de 21 lits, dont une unité de haute dépendance (4 lits).
- L'équipe pluridisciplinaire *Whittington Integrated Community Respiratory* (CORE).

L'équipe de pneumologie de l'hôpital propose un éventail de services qui vont au-delà des soins aigus traditionnels, avec l'objectif de prendre en charge les patients en dehors de l'hôpital (Robertson *et al.*, 2014) ; cela passe notamment par un soutien important à la planification des sorties et par la gestion de cas des patients vulnérables (aide à l'autonomie, prise en charge de l'anxiété et/ou de difficultés d'ordre social). Les patients ont accès à un soutien téléphonique et peuvent bénéficier de visites à domicile assurées par un spécialiste, et sont suivis régulièrement par un médecin généraliste.

### Des spécialistes intégrés travaillant à l'hôpital et en dehors

La fonction de « spécialiste intégré » développée au sein de l'équipe pluridisciplinaire est récente. Les spécialistes intégrés jouent un rôle essentiel dans l'équipe CORE en intervenant dans plusieurs contextes de soins : centres de soins primaires, à l'hôpital et à domicile. Ils assurent un *leadership* médical pour l'équipe ainsi que pour d'autres professionnels (dont les médecins généralistes) en les aidant à diagnostiquer des patients atteints de BPCO, à prendre en charge les patients en dehors de l'hôpital, et à accompagner les patients dans la prise en charge de leur maladie. La position de senior et de *leadership* des premiers spécialistes intégrés a contribué à promouvoir ce nouveau rôle.

L'un des spécialistes consacre deux après-midis par semaine à se rendre dans des cabinets de médecins généralistes pour les aider à améliorer le traitement et le diagnostic de leurs patients. Malgré une résistance initiale, les généralistes que nous avons rencontrés se sont tous montrés satisfaits de cette nouvelle organisation et appréciaient cette relation

de long-terme avec les spécialistes. Ces derniers approuvent également cette collaboration, qui leur permet de disposer d'un accès direct aux dossiers des généralistes, de consulter l'ensemble de leurs rapports, les résultats de laboratoire des patients, etc.

Les spécialistes intégrés jouent également un rôle stratégique dans le développement de nouveaux services visant à améliorer la gestion des patients en dehors de l'hôpital. L'internat en « pneumologie intégré » (encadré ci-dessous) crée une trajectoire professionnelle pour les cliniciens qui souhaitent particulièrement travailler au carrefour de plusieurs contextes de soins, et encourager le développement des soins intégrés.

### L'internat en pneumologie et soins de pneumologie « intégrés »

La première formation d'internat de pneumologie intégré a été financée en 2013. Elle est née du besoin d'optimiser la gestion des maladies respiratoires en s'appuyant sur diverses équipes travaillant à la fois à l'hôpital et en ville. Il s'agit du seul internat de ce type dans toute l'Angleterre. Cette nouvelle spécialisation implique la création d'un nouveau rôle ou, comme le disent les consultants eux-mêmes, d'un « nouveau statut professionnel », car c'est la première fois qu'un médecin spécialiste basé à l'hôpital est employé pour travailler en ville également.

À l'occasion de cette formation unique en médecine respiratoire intégrée, l'interne travaille directement avec les médecins généralistes, les services médico-sociaux, ainsi que dans le service de pneumologie à l'hôpital pour suivre les patients aigus. Le programme a été approuvé par le Comité de formation de Londres (*London Training Committee*) et un parcours spécifique (formation, mentorat et plan de carrière) a été conçu.

Cette formation intégrée comprend (Heightman *et al.*, 2015) :

- La supervision des réunions de l'équipe de pneumologie (rondes de services virtuelles).
- Des visites à domicile pour les patients complexes.
- La formation des médecins généralistes en éducation respiratoire et le soutien/conseil sur des cas spécifiques (cliniques virtuelles).
- Des exercices pratiques.
- Une formation au développement de nouvelles prises en charge (gestion en ville et à domicile des patients aigus).

Un consultant voit environ 40 patients par semaine en ambulatoire, travaille régulièrement avec les cabinets de soins primaires et peut également effectuer des visites à domicile (équivalent d'un jour tous les trois mois).

### ... soutenus par un grand nombre de professionnelles de santé et paramédicaux

Une partie importante des soins pour les patients avec problèmes respiratoires est assurée par **les infirmières et les professionnels de soins paramédicaux**. Par exemple, **les pharmaciens spécialistes des maladies respiratoires** jouent un rôle important dans le soutien de l'équipe CORE : ils fournissent des protocoles spécifiques permettant notamment d'identifier le meilleur inhalateur et d'ajuster les prescriptions d'oxygène. Ils gèrent également les données pharmaceutiques des patients (consommation médicamenteuse), aident à la conciliation médicamenteuse et, si nécessaire, organisent une thérapie d'oxygène à domicile. Les cabinets de médecins généralistes tendent également à travailler

de plus en plus avec leurs propres pharmaciens qui les aident à gérer les ordonnances, mesurer la tension artérielle, etc.

**Les kinésithérapeutes** jouent eux aussi un rôle important : ils prennent en charge la réhabilitation pulmonaire et, en tant que membres de l'équipe CORE, suivent les patients à la fois au sein du service et à domicile. Les kinésithérapeutes respiratoires sont à l'avant-garde de leur domaine et ont un niveau de formation élevé : certains d'entre eux ont obtenu un diplôme spécifique qui leur permet de prescrire des traitements, dans la limite de leurs attributions (ils peuvent prescrire sept médicaments spécifiques pour problèmes respiratoires). Ils peuvent également organiser des visites à domicile pour se familiariser avec l'environnement du patient et éventuellement changer les prescriptions afin de limiter, par exemple, les risques de chute. Certains kinésithérapeutes effectuent une rotation, en passant quatre mois en visite à domicile, puis quatre mois à l'hôpital. Ils travaillent de concert avec **les ergothérapeutes** qui effectuent le suivi des patients et organisent leur sortie. Ils s'assurent également que les patients disposent du bon équipement chez eux. Ils peuvent aussi proposer une aide sociale, en lien avec les services médico-sociaux.

**Une psychologue** intervient dans l'équipe CORE afin d'assurer le soutien et l'accompagnement des patients, mais aussi de l'équipe soignante (encadré ci-dessus). De nombreuses personnes atteintes de maladies respiratoires, telles que la BPCO complexe ou l'asthme, ont en effet des symptômes d'anxiété et de dépression liés aux difficultés et à la peur de l'essoufflement. Les symptômes physiques se voient ainsi exacerbés par l'anxiété, dans une forme de cercle vicieux (Lunn *et al.*, 2017). À l'aide de modèles thérapeutiques tels que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), le psychologue soutient l'équipe CORE en améliorant les capacités d'autogestion des patients et en les aidant à mieux prendre en charge leur maladie et leur traitement. L'équipe de pneumologie oriente vers le psychologue les patients en grande détresse, ainsi que ceux ayant une forte dépendance au tabac.

**Un spécialiste de cessation du tabagisme** intervient également dans le service pour proposer aux patients un protocole concernant l'arrêt du tabac, ainsi qu'un soutien à domicile pour les patients atteints de BPCO.

**Un gestionnaire de données** a été recruté en 2018 pour travailler au sein du service et de l'équipe. Il saisit les informations du patient dans un système informatique de base de données afin de calculer les indicateurs de qualité. Son travail est considéré comme un aspect essentiel de la valorisation des résultats du travail de l'équipe CORE.

**Une diététicienne** exerce également au sein de l'équipe avec un orthophoniste, notamment pour prendre en charge les problèmes d'ingestion et d'obésité. Elle travaille avec les diététiciens en ville.

### 2.3. Placer l'engagement des patients et leur autonomie au centre des soins



*Nous devons savoir ce qui est important pour les patients... mais nous avons besoin de formation pour changer les esprits : demander ce que veulent les patients. »*

Spécialiste de pneumologie intégrée

Les membres de l'équipe de pneumologie intégrée partagent les mêmes valeurs sur la question de l'amélioration des soins aux patients. Ils soutiennent notamment le principe de l'autonomisation des patients en proposant plusieurs types d'intervention visant à améliorer leurs comportements de santé et leurs capacités d'autogestion. Par exemple, chaque professionnel de soins est formé à de nouvelles manières d'échanger avec les patients pour favoriser une relation égalitaire et symétrique et mieux prendre en compte leur point de vue et leurs besoins dans le plan de soins. L'équipe s'appuie pour cela sur un outil, l'« entretien motivationnel », qui promeut une approche centrée sur le patient, celui-ci étant amené à jouer un rôle actif dans sa prise en charge : il est ainsi encouragé à identifier les ressources disponibles, décider de ce qui est le plus important pour lui, et agir lui-même sur son traitement et sa guérison. En ce sens, la relation thérapeutique ressemble davantage à un partenariat qu'à l'ancienne relation expert/destinataire. Les membres de l'équipe sont formés par la psychologue et se réunissent toutes les six semaines pour travailler sur leurs pratiques réflexives, à partir des cas pratiques qu'ils ont eu à prendre en charge.

#### Une psychologue pour accompagner les patients et l'équipe CORE

Une psychologue en charge du soutien aux patients, mais aussi de l'accompagnement de l'équipe CORE, travaille à temps plein au sein du service.

Elle assure le suivi des patients à l'hôpital, en ville et à domicile, et les aide également à gérer la chronicité de leur maladie et ses effets secondaires. Elle peut, par exemple, aider les patients à agir sur leur peur de l'essoufflement et à la maîtriser.

Elle assure également une formation continue des membres de l'équipe en les aidant à mieux comprendre le point de vue du patient, mais également à affronter la mort, les conversations de fin de vie avec les familles, etc. Elle organise pour tous les membres de l'équipe les premières sessions de formation aux entretiens motivationnels, ainsi que les sessions de réflexion qui en résultent.

Les patients sont au centre de cette vision holistique des soins qui sont assurés tant par les professionnels de soins primaires, secondaires que médico-sociaux. La participation des patients tient une place importante dans le développement du projet. Leurs points de vue sont activement sollicités, dans un objectif d'amélioration du fonctionnement du service. Chaque innovation est directement testée avec eux, au sein du service ou à domicile, et leurs opinions sont régulièrement collectées *via* des sondages et des entretiens mensuels.

## 2.4. Leadership collectif dans une équipe intégrée



*Pour un kiné, travailler au sein d'une équipe intégrée est un défi de taille ; l'intégration implique de se trouver au sein d'une équipe et de se sentir en sécurité, mais en même temps vous avez des responsabilités lorsque vous êtes seul dans la communauté. »*

Kinésithérapeute de l'équipe CORE

La structure non hiérarchique de l'organisation de l'équipe intégrée constitue l'un de ses éléments clés. L'équipe pluridisciplinaire, composée du spécialiste de pneumologie intégrée, de l'interne, des infirmières, du kinésithérapeute et de l'ergothérapeute, se réunit une fois par semaine et échange des informations sur chaque patient. Certains de ces professionnels travaillant principalement en ville, ils peuvent partager avec l'équipe leur accès aux dossiers de patients souffrant de maladies respiratoires ; ils peuvent également utiliser le système d'e-mail sécurisé du NHS pour s'échanger des informations. Il n'existe aucune base de données commune permettant de regrouper les informations sur les patients issues de l'hôpital et des soins primaires ou secondaires. L'équipe utilise toutefois tous les moyens à sa disposition pour associer ces informations. Les réunions se tiennent dans une pièce avec un ordinateur connecté aux données hospitalières, un autre regroupant les dossiers des soins primaires, et l'ergothérapeute complète les données manquantes concernant la situation à domicile d'un patient, avec les données qu'il a collectées sur son iPad.

Les réunions ne sont pas menées par le spécialiste, mais de façon collégiale. Le spécialiste s'attache à créer un environnement qui encourage chaque professionnel à s'exprimer. Il n'existe aucune hiérarchie dans l'équipe CORE en général, malgré les différences de formations et d'expériences ; contrairement à d'autres équipes, les relations sont plus informelles. Cet aspect est apprécié de tous les membres de l'équipe, y compris les spécialistes, qui peuvent se partager les responsabilités concernant la prise de décision et compter sur les autres membres de l'équipe lorsqu'ils en ont besoin.

L'intégration prend ici un double sens d'intégration de compétences au sein d'une équipe pluridisciplinaire et d'intégration de soins entre l'hôpital et le domicile. La kinésithérapeute explique qu'elle devait auparavant constamment jouer à « Sherlock Holmes » pour identifier les informations nécessaires pour assurer, par exemple, des soins de réhabilitation à domicile. Grâce au modèle de soins intégrés, elle dit avoir découvert combien il était essentiel de suivre les patients au-delà du contexte hospitalier : « ... *Les soins avant et après sont tout aussi importants que les soins aigus* ». Selon elle, le fait de voir le patient dans le service puis à son domicile permet d'assurer une continuité de soins et donne ainsi un sens à son travail.

## 2.5. Le rôle de gestion et de financement de l'hôpital

La direction du trust de l'hôpital de Whittington soutient l'équipe CORE depuis ses débuts. Les cadres de l'hôpital se sont rendu compte que le modèle de paiement à l'activité n'était pas approprié à leur situation car un grand nombre de leurs patients étaient pauvres, avec de nombreux problèmes sociaux, et qu'il était difficile dans ce cadre de réduire les réad-

missions ou la durée des séjours sans intervenir en dehors de l'hôpital (en ambulatoire). Le statut de « *trust* intégré » leur a permis d'obtenir un financement pour travailler dans tous les contextes de soins.

L'équipe CORE et la direction de l'hôpital ont également collaboré avec les deux CCG qui ont accepté de financer certains services supplémentaires pour développer les soins intégrés. Deux spécialistes ont ainsi programmé quatre activités mensuelles, financées par le CCG d'Islington, pour promouvoir la coordination des soins pour les patients atteints de maladies respiratoires. Le temps que le spécialiste consacre à l'expertise ou à donner des conseils aux généralistes sur des dossiers spécifiques (par téléphone ou mail) est généralement rémunéré à l'acte (20£ (23€) par conseil).

De plus, dans le cadre du programme national de *Commissioning for Quality and Innovation* (CQUIN - Financement pour la qualité et l'innovation), les hôpitaux reçoivent des incitations financières pour assurer à la sortie de l'hôpital des interventions spécifiques (dont l'efficacité a été prouvée) pour tous les patients ayant des problèmes respiratoires chroniques. Il peut s'agir notamment de conseils et traitements de cessation du tabagisme, de cours de réhabilitation pulmonaire, d'une révision des inhalateurs ou d'une visite mensuelle de suivi avec un spécialiste. L'hôpital reçoit environ 500 000£ (575 700€) par an *via* le forfait BPCO. En outre, il existe depuis 2012 un forfait de cessation du tabagisme qui assure à l'hôpital un financement supplémentaire de 360 000£ (414 522€) par an (Robertson *et al.*, 2014). Certains membres de l'équipe CORE sont rémunérés par le biais de ce soutien financier.

## 2.6. Suivi de la qualité et évaluation

L'activité des consultants intégrés et de l'équipe multidisciplinaire concernant les soins dispensés dans le cadre de ce programme a été évaluée. Cette évaluation, qui repose sur l'analyse des échanges au sein de l'équipe sur une période de dix-huit mois et porte sur 10 % des patients, suggère que le diagnostic a été affiné/clarifié à la suite de ces discussions multidisciplinaires, ou qu'un nouveau diagnostic a été posé. On a également observé que les spécialistes proposaient un certain nombre de modifications dans la prise en charge des patients en s'appuyant sur des données venant des autres professionnels de santé, et réalisaient un travail de coordination des soins à l'hôpital et en ville, ainsi qu'avec d'autres membres de l'équipe, susceptible d'améliorer l'expérience du patient. Par ailleurs, on estime que la prise en charge à domicile des patients souffrant d'exacerbation aiguë de la BPCO a permis de réduire la charge de travail des médecins généralistes et de réaliser des économies en évitant des admissions (Heightman *et al.*, 2015).

Plusieurs aspects du programme, tels que l'« arrêt du tabac » et la « réhabilitation pulmonaire », ont également été évalués positivement. On a constaté une augmentation significative des orientations vers la réhabilitation pulmonaire (350 par an), ainsi qu'une augmentation significative des personnes qui complètent le programme (de 50 % à 92 %) après l'ajout d'une composante psychologique au programme (données fournies par le *trust* ; Lunn *et al.*, 2017). Les patients qui ont bénéficié d'une réadaptation pulmonaire sont susceptibles de passer moins de jours à l'hôpital que ceux qui n'en ont pas bénéficié. Le traitement de la dépendance au tabac durant leur séjour hospitalier dans le service de pneumologie a également été évalué positivement, avec un taux d'abandon à 4 semaines de 48 % (Ainley *et al.*, 2014). En 2013, environ 70 % des patients atteints de BPCO avaient reçu un soutien à l'autogestion de leur maladie (80 % des patients atteints de BPCO sévère) ; en outre, si la prévalence enregistrée de la BPCO à Islington a augmenté de 22 % par rapport à 2009-2010, les admissions hospitalières standardisées pour la BPCO ont diminué de 16 %.

Le service de pneumologie de Whittington obtient de très bons résultats des soins, avec un taux de mortalité hospitalière plus faible (taux de mortalité à 90 jours de 2,6 %, contre 8,6 % à l'échelle nationale), et a mis en œuvre avec succès les cinq composantes essentielles du dispositif de paiement à la performance (indicateurs d'accompagnement des sorties d'hospitalisation des patients BPCO), atteignant ainsi entre 90 % et 100 % des objectifs fixés depuis son introduction (López-Campos *et al.*, 2013 ; Cornwell *et al.*, 2016 ; NACAP, 2018 ; données de l'hôpital).

\* \* \*

Dans l'ensemble, le service intégré de pneumologie de Whittington Health et les services gériatriques intégrés de Leeds offrent un modèle de soins multidisciplinaires innovant pour améliorer la prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques et/ou multiples. Ces nouveaux modèles sont reconnus et soutenus par les financeurs comme des exemples novateurs permettant de mieux aligner les soins sur les besoins des patients.



### 3. PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS

---

#### Défis à relever

- ▶ Des difficultés à faire évoluer les identités professionnelles : l'implication de spécialistes dans des cabinets de médecins généralistes et le partage des données des patients sont perçus, initialement, par les généralistes comme un risque. Tous ne sont pas prêts à « partager » leurs patients.
- ▶ Le temps des professionnels étant limité, la plupart des professionnels de soins se concentrent sur des tâches spécifiques, et leur mode d'organisation ne permet pas de modifier les parcours de soins.
- ▶ Les médecins ne savent pas toujours identifier les ressources disponibles pour les patients ; il existe un grand besoin de formation « en intégration ».
- ▶ Si elles ne sont pas bien connectées, les différentes initiatives hospitalières et post-sortie de l'hôpital peuvent engendrer une sur-sollicitation du patient, et peuvent être contreproductives. Par exemple, le fait de voir une *Community matron*, une infirmière de pratique avancée, un kinésithérapeute et un travailleur social après la sortie peut être redondant si cela est mal coordonné.
- ▶ Les réunions (pluridisciplinaires) prennent du temps, et devoir assister à trop de réunions peut être chronophage et frustrant pour les professionnels de soins. Il est nécessaire de créer une relation de confiance dès le début du processus.
- ▶ Des personnels hospitaliers en sous-effectifs : éviter toutes les hospitalisations étant impossible, il est important pour les hôpitaux de disposer de suffisamment de ressources afin d'assurer les soins nécessaires dans de bonnes conditions et pouvoir prendre leur part dans le parcours de soins. Le manque de ressources dans les hôpitaux anglais, résultant des réductions de personnels ces dix dernières années, surtout en soins infirmiers, semble ajouter une pression excessive sur les professionnels de soins et empêcher une coordination optimale et une offre de soins adéquate aux patients. La préoccupation principale de l'infirmière en chef est d'avoir, chaque matin, suffisamment d'infirmières sous contrat pour assurer le service. Cette situation avait été particulièrement pointée du doigt durant les crises hivernales, lorsque de nombreuses personnes âgées attendaient (et mouraient) dans les couloirs des urgences.
- ▶ Des personnels intervenant en ville et à domicile en sous-effectifs : il est nécessaire de financer davantage le développement des services ambulatoires et à domicile.

## Leviers

- ▶ Des objectifs cliniques partagés. Que ce soit à Leeds ou à Whittington, les professionnels de soins se rejoignent autour d'une approche de soins et de santé globale centrée sur le patient et la population de leur territoire, acceptés et partagés par toutes et tous. L'approche holistique de soins et l'objectif de réduire les hospitalisations à répétition sont soutenues par les spécialistes, les infirmières en ambulatoire et à domicile, et les médecins généralistes. Cela encourage une culture de collaboration entre les professionnels.
- ▶ L'utilisation d'outils communs pour les diagnostics et la stratification des risques, et de protocoles communs pour la prise de décision. Par exemple, tous les professionnels des soins primaires utilisent le même index de fragilité pour évaluer les besoins des patients. Ils motivent leurs décisions d'orientation du patient et de prescription grâce à des protocoles de soins bien définis. La place/le rôle et les responsabilités de chaque professionnel de soins sont clairement identifiés dans ce parcours.
- ▶ Une conception simple des outils de décision. Les outils employés sont plutôt intuitifs en termes d'utilisation pour les différents professionnels de santé. Cet aspect est important pour assurer leur acceptation et leur utilisation fructueuse par les professionnels.
- ▶ Des niveaux élevés de *leadership* clinique. À Leeds et Whittington, le fonctionnement du service a pu évoluer grâce à l'implication de spécialistes reconnus dans leur domaine. Les financeurs (CCG) reconnaissent l'importance de ce *leadership* ; ils identifient et soutiennent financièrement des *leaders* médicaux à l'échelle locale (spécialistes, généralistes et infirmières) pour réaliser des activités liées à ce *leadership*.
- ▶ Un modèle innovant incluant les professionnels de santé qui exercent à l'hôpital, en ville et au domicile des patients. Dans le cas de Whittington, une fonction de consultant intégré crée un parcours professionnel pour les médecins souhaitant travailler dans plusieurs milieux a été essentielle. La constitution d'une équipe pluridisciplinaire a aussi nécessité la formation des membres de l'équipe à une série de compétences de base, dont l'entretien motivationnel.
- ▶ Des incitatifs financiers adéquats et « alignés ». Ces financements visent à encourager toutes les parties à se fixer des objectifs communs. Les financeurs garantissent qu'en améliorant des services ou des parcours de soins, les fournisseurs de soins (hôpitaux et cabinets de médecins généralistes) ne soient pas perdants. Les professionnels de santé sont également encouragés financièrement à développer la collaboration, ce qui implique un engagement supplémentaire en termes de temps et d'énergie. Les spécialistes et les généralistes sont rémunérés pour le temps qu'ils consacrent à la collaboration professionnelle.

- ▶ Direction de l'hôpital. Le fait que les hôpitaux disposent d'une autonomie financière et de gestion (à l'instar des hôpitaux à but non lucratif) leur donne de la flexibilité dans leur utilisation des ressources, et facilite l'innovation. Le NHS fixe des objectifs de qualité et de résultats au niveau national, mais les hôpitaux décident de comment utiliser leurs ressources pour réaliser ces objectifs. Dans les deux études de cas, la direction de l'hôpital a été très favorable à l'innovation et a encouragé les équipes impliquées. Les services ont pu conserver les économies faites grâce à l'innovation et ainsi financer les nouveaux besoins en ressources humaines.
- ▶ Le niveau de compétence des professionnels pivots formés à la prise de décision. Les infirmières de pratique avancée peuvent exercer selon toute l'étendue de leurs compétences, ce qui passe notamment par la possibilité de prescrire certains médicaments. Le haut niveau de qualification clinique des *Community matrons* leur confère une position forte dans les parcours de soins de leurs patients. Elles jouent un rôle essentiel dans la coordination entre les différents prestataires de soins et de services sociaux, par leur capacité de « sécuriser » les soins aux patients en favorisant notamment la communication directe et une relation de confiance mutuelle avec les spécialistes.

## 4. RÉFÉRENCES

---

- Bastin A.J., Starling L., Ahmed R., Dinham A., Hill N., Stern M., Restrict L.J.** (2010). “High Prevalence of Undiagnosed and Severe Chronic Obstructive Pulmonary Disease at First Hospital Admission with Acute Exacerbation”. *Chronic Respiratory Disease*, vol 7, no 2, pp 91–97.
- British Lung Foundation** (2014). “What is COPD?” British Lung Foundation website. Available at: [www.blf.org.uk/Page/what-is-COPD](http://www.blf.org.uk/Page/what-is-COPD)
- Cornwell J., Restrict L., Baker L.G.** (2016). “Whittington Health Respiratory Service”, in *Patient Engagement - Catalyzing Improvement and Innovation in Healthcare*, Chapter 5, December 2016: 63-70.
- Cylus J. et al.** (2015). “The United Kingdom”. Health System in Transition European Observatory on health systems and policies [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/302001/UK-HiT.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/302001/UK-HiT.pdf)
- Department of Health** (2012). “An Outcomes Strategy for COPD and Asthma: NHS Companion” Document, 2012. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/216531/dh\\_134001.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216531/dh_134001.pdf)
- Heightman M., Restrict L., Stern M.** (2015). “Developign the First UK Integrated Respiratory Registrar Role in an inner-city Integrated Care Organization”. *Clinical Medicine*, Vol 15, no.3 s29
- Lunn S., Restrict L., Stern M.** (2017). “Managing Respiratory Disease: the Role of a Psychologist within the Multidisciplinary Team”. *Chronic Respiratory Disease*, vol.14(1), 45-53.
- NHS** (2017). “Next Steps on the NHS Five-Years Forward view”. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/03/NEXT-STEPS-ON-THE-NHS-FIVE-YEAR-FORWARD-VIEW.pdf>
- NHS Leeds** (2018). *Annual Report*. <https://www.leedsandyorkpft.nhs.uk/corporate/wp-content/uploads/sites/10/2019/06/1-Annual-Report-and-Accounts-201819.pdf>
- Robertson R., Sanola L., Honeyman M., Brooke V., Kothari S.** (2014). *Specialists in out of Hospital Settings: Findings from Six Case Studies. Whittington Respiratory Service case study*. London: The King’s Fund. Available at: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/specialists-out-hospital-settings>



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

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

Des équipes pionnières de soins intégrés en gériatrie  
et en pneumologie

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-entremecine-specialisee-et-soins-primaires-experiences-dans-cinq-pays.html](http://www.irdes.fr/recherche/2020/qes-248-decloisonner-les-prises-en-charge-entremecine-specialisee-et-soins-primaires-experiences-dans-cinq-pays.html)

Cette étude de cas décrit l'organisation et le fonctionnement de deux modèles pionniers d'équipes de soins intégrés en gériatrie et en pneumologie en Angleterre, dans lesquels les spécialistes à l'hôpital travaillent en étroite collaboration avec les professionnels de soins primaires et de soins de longue durée, et proposent des services en dehors de l'hôpital.

1-3a

Études de cas

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

IRDES

ISBN : 978-2-87812-550-4  
© juillet 2021