



Thèse professionnelle

Spécialisation  
Conception et gestion des politiques de santé

Promotion 2012-2013

CATILLON MARYALINE

LES ENSEIGNEMENTS DE L'EXPERIENCE AMERICAINE  
EN MATIERE DE COORDINATION DES SOINS

Définition, évaluation, déterminants, incitations,  
conduite de projets sur le terrain.

LIEU DU STAGE

New York Presbyterian Hospital – Weill Cornell Medical Center

DIRECTEUR DU STAGE/MEMOIRE

Jean de KERVASDOUE

Cary REID

Soutenance : 11 décembre 2013

Membres du jury :

Jean de KERVASDOUE - Arnaud FONTANET - François PETITJEAN - Gilbert SAPORTA  
Olivier WEIL – Jérôme LARTIGAU – Jérôme SALOMON

**LES ENSEIGNEMENTS DE L'EXPERIENCE AMERICAINE  
EN MATIERE DE COORDINATION DES SOINS**

**Définition, évaluation, déterminants, incitations,  
conduite de projets sur le terrain.**

---

# Remerciements

---

- Jean de Kervasdoué, directeur du Mastère spécialisé, pour sa confiance et son soutien.
- Philippe Marin, directeur de la filière des directeurs d'hôpital, pour son investissement dans l'organisation d'un parcours personnalisé compatible avec le Mastère Spécialisé de Santé Publique de l'école Pasteur - CNAM.
- Cary Reid, mon maître de stage au Presbyterian Hospital Weill Cornell Medical College à New York, pour ses conseils, son investissement et sa disponibilité ainsi que toute l'équipe de la Division de gériatrie.
- Cécilia Boisserie, ma maître de stage à l'hôpital de Montreuil et Nicole Pruniaux, administratrice provisoire de l'établissement, pour nos échanges précieux tout au long de mon stage.
- Les professeurs et les experts du système de santé américain qui m'ont apporté leur éclairage et aidé dans ce projet et en particulier Jennifer Adams, Howard Berliner, Oliver Fein, Roger Kropf, Nate Link, Mack Lipkin, Nicole Lurie, Lucy MacPhail, Eric Manheimer, Alvin Mushlin, Victor Rodwin, Andrew Rubin, Lorraine Ryan, et Nirav Shah.
- Les acteurs du système de santé français qui m'ont fait bénéficier de leur expérience et de leurs analyses et en particulier Samuel Pratmarty à la DGOS, Emmanuel Corbillon, Vincent Mounic, et Michel Varroud-Vial à la HAS, Andrée Barreteau à l'ARS d'Ile-de-France, Guillaume Wasmer à la FHF d'Ile-de-France, Etienne Minvielle à l'Institut Gustave Roussy et Catherine Ollivet de l'association France Alzheimer.
- Merci à Laurence Hartmann et Alain Sommer, professeurs au CNAM, pour leur lecture attentive, leurs encouragements et leurs conseils.
- Merci enfin à tous les professionnels et patients rencontrés dans le cadre de ce travail et qui ont aimablement accepté de partager leur expérience, leurs difficultés, leurs attentes, leurs critiques et leurs idées.

---

# Résumé

---

**Introduction :** La coordination des soins est à la fois un enjeu de santé publique universel et un enjeu économique majeur mais sa définition ne fait pas consensus. Les stratégies pour l'améliorer sont multiples et leur impact est incertain. Dans ce contexte, cette étude vise à étudier les définitions, l'évaluation, les déterminants, les incitations et la conduite de projets sur le terrain en matière de coordination des soins aux Etats-Unis pour poser, dans une perspective comparative, quelques grandes questions sur les implications d'une approche française formulée en termes de « parcours ».

**Méthode :** La partie américaine de ce mémoire s'appuie sur des entretiens de cadrage, une revue de littérature et une enquête de terrain menée à New-York du 17 novembre 2012 au 11 janvier 2013 (45 interviews enregistrées et analysées qualitativement). La partie française s'appuie sur des entretiens, une étude de documents administratifs et de mémoires publiés récemment et sur les observations effectuées sur le terrain pendant mon stage à l'hôpital de Montreuil.

**Résultats :** L'étude de l'approche américaine de la coordination des soins révèle des choix politiques fondés sur une définition précise des différentes approches de la coordination, et une connaissance de la nature et de l'ampleur de la non-coordination au niveau national et local. Dans ce contexte, la réussite ou l'échec des projets mis en œuvre peut s'expliquer par les perspectives différentes de plusieurs groupes d'acteurs sur le processus et les difficultés à résoudre.

**Discussion :** L'une des difficultés pour agir sur la coordination des soins en France réside dans le fait que la définition du problème en termes de « parcours de santé », est polysémique sans être partagée entre les acteurs qui y sont impliqués. Les indicateurs de santé publique et les données économiques à l'origine des choix politiques effectués à l'étranger ne sont actuellement pas complètement disponibles en France.

**Conclusion :** En France, l'évaluation du coût de la non-coordination et des dispositifs de coordination est nécessaire. La définition des processus, la cartographie de la répartition des compétences et financements actuels entre les acteurs, ainsi que le choix des indicateurs économiques et qualitatifs de la coordination et des transitions de soins sont des chantiers qui restent à mener.

---

# Abstract

---

**Introduction:** Care coordination is both a universal public health issue and a major economic issue but its definition does not achieve consensus. Strategies for improvement of care coordination are numerous and their impact is uncertain. In this context, this study aims to examine the definitions, evaluation indicators, determinants, economic incentives and management of care coordination improvement project in the United States to study, in a comparative perspective, some key issues of the implications of a French approach formulated in terms of "patient's pathway".

**Methods:** The American part of this dissertation is based on a literature review and a survey conducted in New York from November 17<sup>th</sup> 2012 to January 11<sup>th</sup> 2013 (45 interviews were recorded and qualitatively analyzed). The French part is based on interviews, a review of administrative reports and on the job observations during an internship at Montreuil Hospital.

**Results:** The study of the American approach to care coordination reveals recent political choices based on a precise definition of possible different approaches to care coordination, and knowledge about the nature and extent of non-coordination at national and local level. In this context, the success or failure of projects implemented can be explained by the different perspectives of different groups of actors in the process and problems to solve.

**Discussion:** One of the difficulties in influencing the coordination of care in France lies in that the definition of the problem of "parcours de santé" has many meanings not shared between the actors who are involved. The public health indicators and economic data at the origin of policy choices made abroad are not currently fully available in France.

**Conclusion:** In France, the estimated cost of non-coordination and current care coordination projects is required. Process definition, mapping the distribution of powers between current funding and actors, as well as the choice of economic and qualitative indicators of coordination and transitions of care still remain to be done.

---

# Sommaire

---

1	L'approche américaine de la coordination des soins .....	16
1.1	Deux grands modèles : « coordination globale des soins » vs « amélioration des transitions de soins » .....	17
1.2	Evaluer le coût de la non-coordination et la qualité de la coordination par des indicateurs pertinents .....	21
1.3	Les déterminants de la coordination des soins .....	33
1.4	L'apport de la loi Obama : nouveaux modèles et incitations économiques .....	39
1.5	La transition hôpital – domicile aux Etats-Unis : questions soulevées par la conduite de projets sur le terrain .....	45
2	Quelques questions sur l'approche française de la coordination des soins .....	67
2.1	Comment définir la conception française de la coordination des soins ? .....	68
2.2	Comment la coordination des soins est-elle évaluée en France ? .....	72
2.3	Quels sont les déterminants de la coordination des soins en France ? .....	74
2.4	Quelles sont les options envisagées ou envisageables en France pour faire évoluer la coordination des soins ? .....	81
	Conclusion .....	83
	Bibliographie .....	I
	Liste des annexes .....	X

---

## Liste des sigles utilisés

---

ACO	Accountable Care Organization
AHA	American Hospital Association
AHRQ	Agency on Healthcare Research and Agency
AMA	American Medical Association
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
ARS	Agence Régionale de Santé
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CMS	Center for Medicaid and Medicare Services
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
FIR	Fonds d'Intervention Régional
HMO	Health Maintenance Organisation
MAIA	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer
MCO	Managed Care Organization
MDPH	Maisons départementales des personnes handicapées
NYU	New York University
OCDE	Organisation pour la Coopération et le Développement Economique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAERPA	Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie
PPACA	Patient Protection and Affordable Care Act
PPO	Preferred Provider Organization
PSO	Point of Service
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
T2A	Tarifcation à l'Activité
VNSNY	Visiting Nurse Service of New York
WCMC	Weill Cornell Medical College

---

# Introduction

---

La coordination des soins est un enjeu de santé publique universel, mais sa définition ne fait pas consensus. C'est une priorité sur les agendas politiques de nombreux pays de l'OCDE en raison de son impact sur la maîtrise des dépenses et sur l'amélioration de la qualité des soins, mais les stratégies pour l'améliorer sont multiples et leur impact est encore incertain<sup>1</sup>. C'est également un sujet au cœur de la réforme des systèmes de santé en France et aux Etats-Unis, mais la comparaison internationale pour tirer des enseignements des expérimentations de nouveaux modèles est un véritable challenge en raison des différences systémiques et culturelles entre nos deux pays. C'est enfin une question stratégique pour un futur directeur d'hôpital, car elle redéfinit la place de l'hôpital dans le système de santé. Cette place, qui reste à préciser en fonction des choix politiques qui seront faits et des incitations économiques qui seront mises en place pour les porter, sera un cadre d'exercice ouvert sur le territoire qui renouvellera les enjeux du métier de directeur d'hôpital.

## **Un enjeu de santé publique universel**

La nécessité d'améliorer la coordination des soins fait consensus. Selon un questionnaire adressé par l'OCDE<sup>2</sup> aux autorités nationales de santé, les responsables publics s'inquiètent de l'insuffisance de coordination des soins dans la quasi-totalité des 26 pays<sup>3</sup> qui ont participé à l'enquête. Les systèmes de santé recouvrent une réalité complexe dans laquelle la continuité de la prise en charge du patient et la coopération entre les acteurs ne vont plus de soi.

Les progrès de la médecine ont entraîné la multiplication des spécialités médicales, des professions de santé et des modes de prise en charge, et engendré une importante fragmentation des systèmes de santé. Les soins délivrés aux patients à l'hôpital, en ville

---

<sup>1</sup> OXLEY H., « Améliorer la performance des systèmes de santé par une meilleure coordination des soins », Conférence commune Commission européenne / OCDE, 17 septembre 2008.

<sup>2</sup> OCDE, 2010, « Optimiser les dépenses de santé », Etudes de l'OCDE sur les politiques de santé, p.147.

<sup>3</sup> Ibidem.



ou à domicile relèvent successivement de plusieurs types de structures qui opèrent dans le cadre de régimes budgétaires et réglementaires distincts.

L'intérêt accru pour la coordination provient également de la transition épidémiologique vers les affections chroniques. Les malades chroniques et les personnes âgées dépendantes, de plus en plus nombreux, requièrent en effet l'intervention harmonieuse de différents professionnels sur un temps long. Nos organisations, issues d'une époque où la médecine visait avant tout à soigner des maladies aiguës, ne sont pas conçues pour leur offrir une prise en charge appropriée.

Les défauts de coordination des soins constituent un problème de santé publique car ils se traduisent non seulement par des gaspillages de ressources, mais aussi par des prises en charge inappropriées qui ont un impact en termes de morbidité et de mortalité. Ils sont susceptibles d'entraîner des événements indésirables graves – tels que des interactions médicamenteuses – et des hospitalisations évitables, risquées pour les patients. Aux Etats-Unis, un patient de plus de 65 ans sur cinq est réhospitalisé dans les 30 jours qui suivent sa sortie de l'hôpital alors que selon le Center for Medicaid and Medicare Services (CMS), les trois quarts de ces hospitalisations auraient pu être évitées par une meilleure coordination des soins.

Ces deux évolutions des systèmes de santé : leur spécialisation croissante d'une part et l'évolution de la typologie des patients d'autre part, font de la question de la coordination des soins un enjeu de santé publique universel, à l'intersection de deux préoccupations majeures des politiques de santé : améliorer la qualité des soins et réduire les coûts.

### **Mais qu'entend-on par « coordination des soins » ?**

La « coordination des soins » est un concept de politique de santé devenu extrêmement populaire. Une recherche Google des termes « coordination des soins » fait apparaître 11 millions de résultats, son équivalent anglais « care coordination » en propose plus de 20 millions. Cependant, selon l'OCDE, « il n'existe pratiquement pas de données transnationales homogènes sur la coordination des soins »<sup>4</sup>. Il n'existe pas non plus, ni sur le plan international, ni en France, de définition consensuelle de la « coordination des soins ». Ce concept est souvent utilisé mais rarement défini. S'il est difficile d'améliorer la coordination des soins, ne serait-ce pas d'abord parce qu'on ne sait pas précisément de quoi on parle et sur quoi on veut agir ?

---

<sup>4</sup> Ibidem

Pour l'OCDE<sup>5</sup>, « la notion de « coordination des soins » fait référence aux *mesures à prendre* de manière à offrir des soins centrés sur le patient, plus cohérents à la fois dans le temps, à l'intérieur d'une même structure et à la transition d'une structure à une autre. Il s'agit de rendre les systèmes de santé plus attentifs aux besoins de chaque patient et de veiller à ce que chacun bénéficie des soins appropriés lors des épisodes aigus, mais aussi des soins visant à stabiliser son état de santé sur de plus longues périodes au sein de structures moins coûteuses ». La coordination des soins est ici davantage définie par ses objectifs que par son contenu, les « *mesures à prendre* » n'étant pas précisées. Un peu plus loin, le rapport indique d'ailleurs : « S'il existe bien une certaine forme de coordination dans la plupart des pays, il y aurait tout de même lieu d'améliorer les choses et il existe pour ce faire toute une panoplie d'instruments et de mesures. Mais le peu de données disponibles concernant leur impact entrave l'évaluation de leur rapport coût-efficacité ».

Cette absence de définition claire de la coordination des soins a été identifiée par des chercheurs américains<sup>6</sup> et suédois<sup>7</sup> qui ont réalisé deux revues systématiques de littérature dont les résultats ont été synthétisés dans un article publié en 2011<sup>8</sup>.

Les chercheurs américains ont identifié dans la littérature plus de 40 définitions de la coordination des soins, assez différentes les unes des autres, certaines paraissant trop spécifiques, d'autres pas assez. Ils en ont donc créé une nouvelle : « la coordination des soins est l'organisation réfléchie de la prise en charge d'un patient entre deux ou plusieurs participants (y compris le patient) qui sont impliqués dans ses soins pour faciliter la fourniture de soins de santé appropriés »<sup>9</sup>. C'est cette définition que nous retiendrons.

---

<sup>5</sup> Ibidem.

<sup>6</sup> MCDONALD K., SUNDARAM V., BRAVATA D. et al., 2007, « Care coordination », Agency for Healthcare Research and Quality (AHQR), rapport n°04(07)-0051-7.

<sup>7</sup> OVRETVEIT J, 2011, « Does Clinical Coordination Improve Quality and Save Money? », *The Health Foundation*.

<sup>8</sup> SOLBERG L., 2011, « Care coordination: what it is, what are its effects and can it be sustained? », HealthPartners Research Foundation, Oxford University Press.

<sup>9</sup> MCDONALD K. et al., 2007, cité par SOLBERG L., 2011, Ibidem. Traduction de l'auteur. « Care coordination is the deliberate organization of patient care activities between two or more participants (including the patient) involved in a patient's care to facilitate the appropriate delivery of health care services ».

Les indicateurs de la qualité de la coordination sont aussi multiples et variés que ses définitions. S'il existe plus d'une vingtaine d'approches différentes de la mesure de la coordination, aucune d'entre elles ne permet d'identifier clairement les éléments associés à des bénéfiques en termes de coûts ou de qualité<sup>10</sup>.

Avant de définir les approches française et américaine de la coordination des soins, ce travail étudiera donc leurs objectifs respectifs, les indicateurs utilisés ou envisagés pour en mesurer l'atteinte ainsi que les représentations des acteurs qui y sont impliqués.

### **Un sujet au cœur de la réforme des systèmes de santé en France et aux Etats-Unis**

Le système de santé américain est le plus cher parmi les pays de l'OCDE. Pourtant, sa performance est moyenne voire médiocre<sup>11 12 13</sup>. Les défauts de coordination du système de santé sont en partie responsables de cette situation<sup>14</sup>. En tant qu'instrument de maîtrise des coûts et d'amélioration de la qualité de la prise en charge, la coordination des soins est devenue une priorité politique qui s'est traduite par différentes mesures de la loi Obama<sup>15</sup>. Cette loi encourage un nouveau modèle de coordination : les « Affordable Care Organizations » (ACO). Elle met également en place des incitations économiques sous la forme de pénalités pour les hôpitaux dont le taux de réadmission dans les 30 jours est considéré comme trop élevé. Cette stratégie encourage une nouvelle conception de la coordination des soins orientée vers la gestion effective des « transitions de soins » par l'hôpital. Un premier bilan fait apparaître des succès incontestables, mais aussi des effets pervers et des difficultés à généraliser certains modèles de coordination. Cette approche opérationnelle a-t-elle néanmoins permis de faire émerger des définitions communes et une vision partagée des principaux problèmes à résoudre pour améliorer la coordination des soins ? Une enquête menée à New York dans le cadre de ce mémoire dans deux hôpitaux, deux EHPAD et deux agences de soins à domicile a montré qu'un processus en apparence aussi simple que la transition hôpital – domicile ne fait l'objet ni de définitions partagées entre les acteurs qui y sont impliqués, ni de représentations communes des

---

<sup>10</sup> MCDONALD K et al., 2007, cité par SOLBERG L, 2011, Ibidem.

<sup>11</sup> OMS, 2000, « Rapport sur la santé dans le monde. Pour un système de santé plus performant ».

<sup>12</sup> OCDE, Base de données sur la santé 2013.

<sup>13</sup> THE COMMONWEALTH FUND COMMISSION ON A HIGH PERFORMANCE HEALTH SYSTEM, 2011, « Why Not the Best? Results from the National Scorecard on U.S. Health System Performance », The Commonwealth Fund.

<sup>14</sup> INSTITUTE OF MEDICINE, 2001, « Crossing the Quality Chasm. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century », National Academy Press.

<sup>15</sup> « Patient Protection and Affordable Care Act » (PPACA), 2010.

principaux problèmes à résoudre. Les résultats de ce travail mené aux Etats-Unis peuvent-ils permettre de porter un nouveau regard sur les stratégies françaises d'amélioration de la coordination des soins ?

En France, la question de l'amélioration de la coordination des soins est, comme aux Etats-Unis, au cœur de l'actualité. Formulée en termes d'amélioration des « parcours de soins » ou des « parcours de santé », elle tient une large place dans le rapport Cordier<sup>16</sup> et dans la stratégie Nationale de Santé. Cependant, que recouvre exactement, au-delà du discours politique, l'approche française de la coordination des soins ? Quels sont les acteurs impliqués dans ces « parcours » et partagent-ils la même définition des problèmes à résoudre ? Comment envisage-t-on de mesurer la qualité des « parcours de soins » pour évaluer la réussite des nouveaux dispositifs mis en œuvre ? Les incitations économiques actuelles permettent-elles d'envisager la réussite de la stratégie française ou des évolutions sont-elles nécessaires ?

### **Des questions stratégiques pour un futur directeur d'hôpital**

La question de la coordination des soins rejoint celle de l'évolution du rôle de l'hôpital dans le système de santé et redéfinit le positionnement stratégique du directeur d'hôpital. Cette étude est l'occasion de réfléchir à l'un des grands défis de notre profession : comment positionner l'hôpital dans son environnement pour délivrer à la population des soins de qualité tout en maîtrisant les coûts ?

Ensuite, quel que soit son contexte spécifique d'exercice, le directeur d'hôpital fait des choix stratégiques qui ont un impact sur la santé publique dans un environnement complexe. En tant que manager de santé, quels enseignements pouvons-nous tirer du repositionnement des administrateurs hospitaliers américains après la mise en œuvre par la loi Obama de mesures traduisant une nouvelle conception de la coordination des soins ?

Enfin, si une nouvelle conception française de la coordination des soins doit émerger des réflexions en cours et proposer une nouvelle place à l'hôpital, ces évolutions ne se feront qu'avec l'investissement des personnels hospitaliers. Comment prendre en compte la coexistence de multiples cultures et représentations au sein des groupes professionnels à l'hôpital et en ville pour conduire des démarches de projet efficaces ?

---

<sup>16</sup> CORDIER A., CHENE G., DUHAMEL G. et al, 21 juin 2013, « Un projet global pour la stratégie nationale de santé. 19 recommandations du comité des « sages » ».

---

# Méthodologie

---

**Objectif : comparer les approches américaines et françaises de la coordination des soins pour éclairer les stratégies envisagées ou envisageables en France.**

Chaque partie comporte des sous-objectifs formulés sous la forme de questions d'étude et utilise des techniques spécifiques de recueil et d'analyse de données présentées ci-après.

## **1<sup>ère</sup> partie : La conception américaine de la coordination des soins**

- Comment définir la conception américaine de la coordination des soins ?
- Comment la coordination des soins est-elle évaluée aux Etats-Unis ?
- Quels sont les déterminants de la coordination des soins aux Etats-Unis ?
- Comment l'approche américaine de la coordination des soins a-t-elle évolué avec la loi Obama et quel premier bilan tirer de la mise en œuvre des nouveaux dispositifs et incitations économiques ?
- Comment ces évolutions se traduisent-elles sur le terrain et comment analyser la réussite ou l'échec des projets mis en œuvre ?

Des entretiens de cadrage avec des professeurs et des experts du système de santé américain ont permis d'identifier les principaux enjeux de l'évolution de la conception américaine de la coordination des soins et de définir des orientations pour des revues de littérature ciblées.

La partie 1.5 de ce mémoire s'appuie sur l'article publié à la suite de mon stage international<sup>17</sup>. Une enquête de terrain a été menée à New-York du 17 Novembre 2012 au 11 Janvier 2013 dans deux hôpitaux (Weill Cornell Medical Center – New York Presbyterian Hospital et Bellevue Hospital Center), deux structures proposant à la fois des soins de suite et de réadaptation et des hébergements pour personnes âgées

---

<sup>17</sup> CATILLON M., REID C., Novembre 2013, « Hospital to home care-transitions : Qualitative study of stakeholders' priorities and challenges », Association Américaine de Santé Publique, Boston, Prix de recherche : Retirement Research Foundation Masters' Student Research Award.

dépendantes (Hebrew Home at Riverdale et Isabella Nursing Home) et auprès de deux agences de soins à domicile (VNSNY et MJHS). La méthodologie de recherche a été élaborée en lien avec le Dr. Cary Reid, Directeur de la Recherche de la Division de Gériatrie du Weill Cornell Medical College. 45 interviews ont été conduites, 39 ont été enregistrées (6 interviews n'ont pas pu être enregistrées et des notes ont été prises au cours de l'entretien). Toutes les interviews ont été analysées qualitativement. L'analyse qualitative a concerné la définition des transitions hôpital - domicile ainsi que les principaux problèmes et priorités identifiés par les acteurs, présentés par thème.

## **2<sup>ème</sup> partie : Quelques questions sur l'approche française de la coordination des soins**

- Comment définir la conception française de la coordination des soins ?
- Comment la coordination des soins est-elle évaluée en France ?
- Quels sont les déterminants de la coordination des soins en France ?
- Quelles sont les options envisagées ou envisageables en termes de dispositifs et d'incitations économiques pour faire évoluer l'approche française de la coordination des soins ?
- Quels regards différents types d'acteurs portent-ils sur les évolutions en cours ?

Cette deuxième partie vise à approcher, dans une perspective comparative, la conception française de la coordination des soins et son évolution. Après avoir rappelé les limites de l'exercice, elle cherchera, si ce n'est à apporter des réponses à des problématiques éminemment complexes, du moins à poser quelques questions sur les grandes options envisagées ou envisageables en France.

Des entretiens ont été menés avec des acteurs impliqués dans la réflexion française sur la coordination des soins. Les personnes rencontrées comprennent à la fois des représentants institutionnels, des chercheurs, des représentants de sociétés privées engagées dans des projets de coordination des soins, des associations de patients, et des acteurs impliqués dans la coordination des soins sur le terrain.

La littérature publiée en France sur la coordination des soins est relativement limitée. Les sources écrites exploitées dans cette deuxième partie incluent des rapports administratifs,

des documents provenant du Ministère, des ARS, des Conseils généraux, de la HAS, de l'ANAP, ainsi que des mémoires et des articles de presse.

La participation à différentes réunions dans le cadre de mon stage hospitalier a permis de rencontrer différents acteurs de terrain pour compléter la recherche documentaire et les entretiens.

Après avoir étudié l'évolution de la conception américaine de la coordination des soins et son impact sur le terrain (I), cette étude posera, dans une perspective comparative, quelques grandes questions les implications d'une approche française de la coordination formulée en termes de « parcours » (II).

## 1 L'approche américaine de la coordination des soins

La loi Obama<sup>18</sup> utilise la notion de « coordination des soins » à plusieurs reprises, mais sans en définir le contenu. Selon une définition formulée en 2007<sup>19</sup> sur la base d'une revue systématique de la littérature et reprise en 2010 par l'Agence pour la Recherche et la Qualité des Soins (AHRQ), « la coordination des soins est l'organisation réfléchie de la prise en charge d'un patient entre deux ou plusieurs participants (y compris le patient) qui sont impliqués dans ses soins pour faciliter la fourniture de soins de santé appropriés »<sup>20</sup>. Cette définition ne précise cependant pas quels processus sont mis en œuvre pour coordonner les soins.

La Coalition Nationale pour la Coordination des Soins (N3C) a développé une autre définition qui décrit davantage le contenu de la coordination des soins : « une approche interdisciplinaire, centrée sur la personne et fondée sur une évaluation initiale pour intégrer de façon efficiente des soins médicaux et des services sociaux : les besoins et les préférences de l'individu sont évalués, un plan de soins est établi, les services sont gérés et suivis selon des processus « fondés sur des preuves » (evidence based) et impliquent souvent un leader désigné de la coordination des soins ».

Cette définition étant posée, deux approches américaines de la coordination des soins coexistent : une approche de long terme, la « coordination globale des soins » (« comprehensive care coordination ») et une approche de plus court terme focalisée sur les « transitions de soins » entre deux modes de prise en charge (« transitional care ») (1). Cependant, si certaines interventions mises en place dans le cadre de l'un ou l'autre de ces modèles se sont traduites par une amélioration de certains indicateurs de santé, l'évaluation de la qualité de la coordination reste complexe et controversée (2) et amène à poser la question des déterminants de la coordination des soins dans le système de santé américain (3). Dans ce contexte, la loi Obama encourage la « coordination globale » et met en place, en parallèle, une nouvelle incitation économique puissante à l'« amélioration des transitions de soins ». Le bilan, un an après de ces nouvelles mesures

---

<sup>18</sup> Patient Protection and Affordable Care Act, Ibidem.

<sup>19</sup> MCDONALD K. et al., 2007, cité par SOLBERG L., 2011, Ibidem.

<sup>20</sup> MCDONALD K. et al., 2007, cité par SOLBERG L., 2011, Ibidem. Traduction de l'auteur. « Care coordination is the deliberate organization of patient care activities between two or more participants (including the patient) involved in a patient's care to facilitate the appropriate delivery of health care services ».



est contrasté et difficile à évaluer (4). L'analyse des représentations des « transitions de soins » propose une clé de lecture de ces difficultés : les différents groupes d'acteurs qui y sont impliqués ne partagent pas la même vision du processus et des principales difficultés à résoudre pour améliorer la coordination des soins (5).

## **1.1 Deux grands modèles : « coordination globale des soins » vs « amélioration des transitions de soins »**

Ces deux modèles de coordination ont des points communs<sup>21</sup>. Ils visent des patients atteints de maladies chroniques, et leur objectif est de réduire le nombre d'hospitalisations évitables et de réadmissions. Conformément à la définition citée plus haut, ils partagent également des méthodes communes : fondés sur une évaluation initiale complète de la situation du patient, ils mettent en œuvre des plans de soins qui respectent des « bonnes pratiques cliniques » et des méthodes d'éducatives thérapeutiques dont la littérature a démontré l'efficacité. Ils organisent la coopération entre les services médicaux, sociaux et médico-sociaux à l'hôpital et en ville.

Ces deux modèles sont cependant différents pour quatre raisons<sup>22</sup> : l'identification des patients concernés, le lieu de démarrage de l'intervention, le type d'acteurs participant à l'intervention et la durée de l'intervention.

### **1.1.1 La « coordination globale des soins » (« comprehensive care coordination »)**

L'approche globale de la coordination des soins a fait l'objet d'une abondante littérature qui décrit différents modèles existants ainsi que leurs composantes communes. Une revue de littérature publiée en 2011 reprend l'ensemble des caractéristiques de ces modèles<sup>23</sup>.

---

<sup>21</sup> VOLLAND J., SCHRAEDER C., SHELTON P. et al., 2013, « The Transitional Care and Comprehensive Care Coordination Debate », in *Care Transitions in an Aging America*, *Journal of the American Society on Aging*, vol.36 (4), pp.13-19.

<sup>22</sup> Ibidem.

<sup>23</sup> SCHRAEDER C., SHELTON P., 2011, « Comprehensive care coordination for Chronically Ill Adults », West Sussex, John Wiley and Sons.

Cette approche identifie les patients atteints de maladies chroniques qui ont un risque accru de réhospitalisation dans les douze mois (car ils ont, par exemple, plusieurs comorbidités associées). En général, l'évaluation initiale a lieu au domicile du patient, en dehors de toute prise en charge aiguë.

Le patient est pris en charge par une équipe multidisciplinaire comprenant un coordonnateur des soins (souvent un infirmier), ainsi que des infirmiers, des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes, et des kinésithérapeutes.

Les interventions incluent une évaluation psychosociale globale (santé mentale et situation sociale), des contacts fréquents de l'équipe avec le patient aussi bien à domicile qu'en consultations ou à l'hôpital, un suivi par téléphone.

Les « bonnes pratiques » identifiées dans la littérature servent de base à l'organisation des soins. Le plan de soins, comprenant des objectifs et des actions spécifiques est développé en associant le patient, les aidants et le médecin traitant. La mise en place du traitement s'accompagne de mesures d'éducation thérapeutique.

Le coordonnateur de soins a la responsabilité d'assurer une bonne communication entre les différents fournisseurs de soins. Les transitions de soins entre les différents modes de prise en charge sont gérées dans le cadre de cette approche globale.

Plusieurs articles mettent en évidence la « réussite » de plusieurs exemples de mise en œuvre de ce type de modèles : GRACE<sup>24</sup> (« Geriatric Ressources for Assessment and Care for Elders »), « Care Management Plus »<sup>25</sup>, « Guided Care »<sup>26</sup> ou encore « Medicare Coordinated Care Demonstration »<sup>27</sup>.

---

<sup>24</sup> COUNSELL S. et al., 2009, « Cost analysis of the Geriatric Ressources for Assessment and Care of Elders Care Management Intervention », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol.57, pp.1420-1426.

<sup>25</sup> DORR D. et al., 2008, « The effect of Technology-Supported, Multi-disease Care Management on the Mortality and Hospitalization of Seniors », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 56, pp. 2195-2202.

<sup>26</sup> BOULT C. et al. 2011, « The effect of Guided Care Teams on the Use of Health Services: Results from a Cluster Randomized Controlled Trial », *Archives of Internal Medicine*, vol. 171, pp.460-466.

<sup>27</sup> BROWN R., 2009, « The Promise of Care Coordination: Models that Decrease Hospitalizations and Improve Outcomes for Medicare Beneficiaries with Chronic Illnesses », Princeton, Mathematica Policy Research.

### 1.1.2 L' « amélioration des transitions de soins » (« Transitional care »)

L'amélioration des « transitions de soins » (« care transitions ») comprend un ensemble d'interventions limitées dans le temps qui sont mises en place quand les patients passent d'un mode de prise en charge à un autre, entre différents lieux ou différents niveaux de soins. Cette approche s'intéresse à toutes les configurations qui impliquent un changement de mode de prise en charge. Cependant, la transition de soins qui focalise le plus l'attention des chercheurs et des professionnels de santé, et qui sera, à ce titre développée ici, est la transition hôpital – domicile.

Cette approche concerne tous les patients atteints de maladies chroniques, mais l'intensité des interventions mises en place peut prendre en compte leur niveau de risque de réhospitalisation.

La conception de l'intervention a lieu quand le patient est susceptible de passer d'un mode de prise en charge à un autre, en particulier lors du retour à domicile, avec ou sans soins à domicile, avec ou sans passage préalable par une structure de soins de suite et de réadaptation.

Une évaluation complète de la situation du patient est réalisée au cours de son séjour à l'hôpital. Tous les aspects de la prise en charge du patient sont pris en compte : les éléments cliniques, psycho-sociaux, nutritionnels ainsi que le traitement ou la rééducation. L'éducation thérapeutique occupe une place importante dans les interventions mises en place. Un suivi intensif est organisé après la sortie, sous la forme, par exemple, de rendez-vous de suivi dans les 48h ou de contact téléphonique.

La littérature offre trois exemples d'interventions de ce type qui ont permis d'améliorer la qualité de la prise en charge et réduire les coûts : la « Transitional Care Intervention »<sup>28</sup>, le « Transitional Care Model »<sup>29</sup> et le « Enhanced Discharge Planning Program »<sup>30</sup>.

---

<sup>28</sup> COLEMAN E. et al., 2006, « The Care Transition Intervention: Results of a Randomized Controlled Trial », Archives of Internal Medicine, vol.166, pp.1822-1828.

<sup>29</sup> NAYLOR M. et al., 2004, « Transitional Care of Older Adults Hospitalized with Heart Failure: A Randomized Controlled Trial », Journal of the American Geriatrics Society, vol.52, pp.675-684.

<sup>30</sup> PERRY A. et al., 2011, « Enhanced Discharge Planning Program at Rush University Medical Center », in SCHRAEDER C., SHELTON P., Ibidem.

### 1.1.3 La difficile évaluation et transposition de ces interventions

Certaines interventions menées dans le cadre de ces deux approches ont réussi à améliorer, pour les patients concernés, leurs indicateurs de santé, leur qualité de vie et leur satisfaction<sup>31</sup>.

Certaines ont également réussi à maîtriser les coûts, même si cet aspect fait encore l'objet de controverses<sup>32</sup>.

Cependant, les méthodes utilisées pour calculer le coût de ces projets et le retour sur investissement qui en résulte, ainsi que les indicateurs utilisés pour conclure à leur « réussite » ou à leur « échec » sont extrêmement variables dans la littérature. De plus, des modèles qui fonctionnent dans un certain contexte ne produisent pas nécessairement les mêmes effets lorsqu'ils sont transposés ailleurs. Enfin, la plupart des articles sont publiés à partir d'interventions « réussies », ce qui rend difficile l'isolement et la compréhension des facteurs de réussite.

Pour évaluer de façon plus fine l'impact des projets de coordination, pour comparer le coût de leur mise en œuvre et les économies qu'ils permettent de réaliser, il est donc nécessaire d'étudier deux questions : celle du coût de la non-coordination et celle du choix des indicateurs de la qualité de la coordination.

---

<sup>31</sup> VOLLAND J., SCHRAEDER C., SHELTON P. et al., Ibidem.

<sup>32</sup> VOLLAND J., SCHRAEDER C., SHELTON P. et al., Ibidem.

## 1.2 Evaluer le coût de la non-coordination et la qualité de la coordination par des indicateurs pertinents

La coordination des soins rejoint à la fois la question de la maîtrise des dépenses et celle de la qualité de la prise en charge. Les défauts de coordination ont un coût économique mais aussi qualitatif. Quelle est l'approche américaine du calcul de ces coûts et quels indicateurs ont été choisis pour évaluer la qualité de la coordination ?

### 1.2.1 Evaluer le coût économique de la non-coordination

A) Contexte : les dépenses de santé américaines sont les plus élevées de l'OCDE et sont majoritairement financées par des fonds publics

Aux Etats-Unis, les dépenses de santé ont crû rapidement depuis 1970 et s'élèvent actuellement à 17,7% du PIB, contre 12% en France, 10% au Royaume-Uni, 8,5 % au Japon et 9,6% pour la moyenne des pays de l'OCDE<sup>33</sup>. La dépense de santé par habitant est d'environ 8 000 dollars par an, contre 4 000 dollars par an en France, 3500 dollars par an au Royaume-Uni, 3 200 dollars par an pour la moyenne des pays de l'OCDE et 3 000 dollars par an au Japon<sup>34</sup>.

L'écart entre les Etats-Unis et les autres pays est en partie lié au revenu par habitant car les dépenses de santé ont tendance à augmenter avec le niveau de vie. Cependant, plusieurs autres facteurs structurels y participent. Le facteur principal étant la hausse des prix des biens et services de santé à un rythme plus élevé aux Etats-Unis.

De plus, contrairement à ce que pourrait laisser penser l'image d'un système américain très favorable aux assurances privées, 63% de ces dépenses sont *in fine* financées par des fonds publics (en prenant en compte Medicare, Medicaid, les autres programmes fédéraux, les autres programmes des États ou locaux, la couverture des employés du secteur public et les crédits d'impôts). Les deux programmes fédéraux Medicaid et Medicare représentent à eux seuls respectivement 15% et 20% de la dépense globale de santé<sup>35</sup>.

---

<sup>33</sup> OCDE, Panorama de la santé 2011.

<sup>34</sup> Données exprimées en parité de pouvoir d'achat, OCDE, Panorama de la santé, 2011

<sup>35</sup> Données 2010, Health Affairs, Janvier 2012

## B) Le coût économique de la non-coordination

Plusieurs approches peuvent permettre d'évaluer le coût de la non-coordination. Une première approche consiste à tenter d'isoler la part des dépenses liées à la non-coordination parmi les différents facteurs de coût. Une deuxième approche, plus opérationnelle, consiste à calculer le coût de la non-coordination à partir de l'identification de ses principales conséquences.

Une première approche du coût de la non-coordination tente d'identifier la part relative des différents facteurs responsables du coût élevé du système de santé américain : les prix, le nombre d'actes réalisés et la part de ces actes liés à des défauts de coordination.

Les prix de la santé sont plus élevés aux États-Unis que dans les autres pays. Selon l'OCDE, les honoraires des professionnels de santé américains sont plus élevés et les hôpitaux facturent leurs prestations en moyenne 40% plus cher que les hôpitaux des pays comparables. Le prix des médicaments est également supérieur de 50% aux prix pratiqués en France ou en Allemagne<sup>36</sup>. En dépit de la présence d'assurances privées, le système d'assurance santé américain n'est pas favorable à la baisse des prix car le marché des assurances connaît des distorsions qui ne permettent pas au jeu de la concurrence de faire baisser les prix. Il est notamment très concentré dans la plupart des États<sup>37</sup>.

Plusieurs incitations sont favorables à la multiplication des actes. Si, en moyenne, les patients consultent leur médecin moins souvent que dans les autres pays de l'OCDE (3,8 contre 6,8 fois par an), les examens et les soins prescrits à l'occasion d'une consultation sont plus nombreux et plus chers. Trois facteurs peuvent expliquer cette situation : la pratique de la médecine « défensive » par les médecins, qui cherchent à se prémunir contre le risque de procès, le paiement à l'acte (qui subsiste encore, en parallèle des systèmes de capitation mis en place notamment dans les Health Maintenance Organizations (HMO)), et la non-coordination du système de santé<sup>38</sup>.

---

<sup>36</sup> MCKINSEY GLOBAL INSTITUTE, 2008, « Accounting for the cost of US healthcare ».

<sup>37</sup> VASSELLE A., ALQUIER J., AUTAIN F. et al., 2010, « Rapport d'information n°361 fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat par une délégation chargée d'étudier la réforme du système de santé aux États-Unis », Enregistré à la présidence du Sénat le 24 mars 2010.

<sup>38</sup> VASSELLE A., ALQUIER J., AUTAIN F. et al., Ibidem.

30% des dépenses de santé américaines ne seraient pas médicalement justifiées et entraîneraient un gaspillage de 700 milliards de dollars par an<sup>39</sup>. La non-coordination du système de soins est responsable d'une partie de ces dépenses inutiles en entraînant la répétition des examens, un nombre important d'admissions aux urgences et des réhospitalisations évitables. Mais la part de la non-coordination dans ces dépenses inutiles est difficile à isoler.

Une deuxième approche évalue le coût de la non-coordination de façon plus précise à partir du coût cumulé des différentes conséquences qui en résultent. L'approche américaine se concentre sur l'évaluation du coût des hospitalisations évitables. En moyenne 20% des bénéficiaires de Medicare qui sortent de l'hôpital sont réadmis dans les 30 jours et 34% dans les 90 jours<sup>40</sup>. Selon la Medicare Payment Advisory Commission (MEDPAC), les réadmissions hospitalières dans les 30 jours ont entraîné 15 milliards de dollars de dépenses pour Medicare alors que les trois quarts d'entre elles seraient potentiellement évitables. Globalement, selon cette approche, la mauvaise coordination des soins aurait entraîné 25 à 45 milliards de dollars de dépenses en 2011 aux Etats-Unis<sup>41</sup>.

## **1.2.2 Evaluer la qualité de la coordination des soins**

A) Contexte : la performance du système de santé américain est moyenne.

La qualité du système de soins américain n'est pas à la hauteur des dépenses qui y sont consacrées. Les États-Unis se classent au 19ème rang des pays industrialisés en matière de mortalité évitable et au 37ème rang pour la mortalité infantile, à un niveau proche de la Slovaquie et de la Pologne, derrière Cuba et la Hongrie. Le taux de mortalité infantile aux États-Unis est le double de celui de la France et de l'Allemagne<sup>42</sup>. En matière d'espérance de vie, les États-Unis qui étaient classés 5ème en 1950 sont passés au 49ème rang en

---

39 KELLEY R., 2009, « Where can \$ 700 billion in waste be cut annually from the US healthcare system? », Thomson Reuters.

40 JENCKS S., WILLIAMS M., COLEMAN E., 2009, « Rehospitalizations among Patients in the Medicare Fee for Service Program », New England Journal of Medicine, vol. 360, pp.1418-1428.

41 BURTON R., 13 septembre 2012, « Improving Care Transitions », Health Affairs.

42 MCKINSEY GLOBAL INSTITUTE, 2008, « Accounting for the cost on US health care : a new look at why Americans spend more ».

2010<sup>43</sup>, et leur espérance de vie en bonne santé est inférieure de 5,7 ans à celle des Japonais.

Cependant, le choix des indicateurs pertinents et la méthodologie à utiliser pour étudier la performance des systèmes de santé ne font pas consensus. Certains travaux, comme ceux de l'OMS, privilégient la comparaison des déterminants sociaux de santé. D'autres, comme ceux de l'OCDE, utilisent des indicateurs qui évaluent l'impact du système de soins sur la santé<sup>44</sup>.

En dépit de l'utilisation de méthodologies et d'indicateurs différents, plusieurs études se rejoignent néanmoins pour conclure que la performance du système de santé américain est moyenne voire médiocre. C'est dans ce contexte que des travaux récents ont porté une attention particulière aux indicateurs de la coordination des soins.

#### B) Les indicateurs de la coordination des soins utilisés aux Etats-Unis

Plusieurs approches de l'évaluation de la coordination des soins coexistent aux Etats-Unis. Une première approche, très détaillée, de l'Agence pour la Recherche et la Qualité des Soins (AHRQ), propose une série d'instruments de mesure qui prennent en compte les perceptions des usagers, des fournisseurs de soins et des régulateurs pour évaluer la coordination des soins de façon précise dans un contexte spécifique. Une deuxième approche, plus globale, comme celle du Commonwealth Fund, vise à apprécier de façon générale la coordination des soins dans le système de santé américain à partir d'un petit nombre d'indicateurs considérés comme déterminants. Une troisième approche, celle utilisée par l'administration Obama pour mettre en place de nouveaux dispositifs de coordination et de nouvelles incitations économiques, consiste à choisir un indicateur clé de la coordination des soins (en l'occurrence, le taux de réadmissions potentiellement évitables) pour prendre des mesures censées avoir un effet direct sur cet indicateur. Ces trois modes d'évaluation de la coordination des soins sont exposés ci-après.

---

<sup>43</sup> MUENNIG P., GLIED S., Novembre 2010, « What changes in survival rates tell us about US Health Care », *Health Affairs*.

<sup>44</sup> RODWIN V., 10 mai 2010, « Systèmes de soins et santé des populations, à la recherche des indicateurs pertinents », LeMonde.fr.



a) *L'évaluation des processus de coordination par l'Agence pour la Recherche et la Qualité des soins (AHRQ) : un instrument au service de la conduite de projets*

La première approche est celle de AHRQ, qui a publié un Atlas des mesures de la coordination des soins<sup>45</sup> en prenant en compte trois perspectives : celle du patient, celle du professionnel de santé et celle du représentant du système de santé (régulateur ou payeur).

Cet atlas de 286 pages répertorie une soixantaine d'instruments de mesure, utilisant eux-mêmes plusieurs indicateurs pour les différentes dimensions de la coordination. Il contient également un guide permettant d'identifier, en tant que porteur ou évaluateur de projets de coordination, le (ou les) instrument(s) approprié(s).

Les instruments de mesure retenus dans l'atlas permettent d'évaluer les activités de coordination suivantes :

- Etablir ou négocier la responsabilité de la coordination des soins
- Communiquer
  - o Communication interpersonnelle
  - o Transfert de l'information
- Faciliter les transitions
  - o Entre les différents lieux de prise en charge
  - o Quand les besoins de coordination changent
- Evaluer les besoins du patient et ses objectifs
- Créer un plan de soins proactif
- Détecter les changements, les suivre et y répondre
- Aider le patient à être acteur de sa prise en charge
- Faire le lien avec les ressources disponibles en ville (pour l'ensemble des aspects sociaux et médico-sociaux)
- Mettre en cohérence les ressources avec les besoins du patient (et de la population)

Des outils d'évaluation ont également été définis pour certaines activités qui, sans être directement des activités de coordination, ont un impact sur la coordination :

---

<sup>45</sup> AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2011, « Care Coordination Measures Atlas », Rockville.

- Travail en équipe focalisé sur la coordination
- Maison de santé
- Organisation des soins
- Organisation du traitement (de la prescription à la prise)
- Système d'information permettant la coordination des soins

Cet atlas révèle une approche américaine de l'évaluation de la coordination des soins centrée sur des processus. Trois types d'acteurs : les patients, les professionnels de santé et les régulateurs ont cependant des perspectives différentes qui se traduisent par des critères d'évaluation spécifiques. Précieux pour envisager l'évaluation de projets mis en œuvre dans un contexte donné, cet atlas soulève cependant les questions de la complexité des processus en jeu et de la multiplicité des acteurs qui y sont impliqués. Des outils pour évaluer la qualité des processus de coordination des soins existent, mais cette évaluation n'en reste pas moins délicate.

*b) L'évaluation systémique du Commonwealth Fund : un moyen de comprendre l'impact de la coordination des soins sur la performance du système de santé.*

Une deuxième approche, plus générale, est celle du Commonwealth Fund, qui a publié en 2006, puis 2008 et 2011 un tableau de bord d'une quarantaine d'indicateurs<sup>46</sup> pour mieux comprendre l'écart de performance entre le système de santé américain et les autres systèmes de santé.

Ces tableaux de bord ont pour objectif de donner évaluation du système de santé dans cinq dimensions :

- Les indicateurs de santé
- La qualité des soins : soins appropriés, efficaces et coordination des soins

---

<sup>46</sup> SCHOEN C., DAVIS K., HOW S et al., 2006, « U.S. Health System Performance: A National Scorecard », The Commonwealth Fund.

THE COMMONWEALTH FUND COMMISSION ON A HIGH PERFORMANCE HEALTH SYSTEM, 2011, « Why Not the Best? Results from the National Scorecard on U.S. Health System Performance », The Commonwealth Fund.

THE COMMONWEALTH FUND COMMISSION ON A HIGH PERFORMANCE HEALTH SYSTEM, 2008, « Why Not the Best? Results from the National Scorecard on U.S. Health System Performance », The Commonwealth Fund.

- L'accessibilité financière des soins (couverture de la population par l'assurance maladie et reste à charge pour les patients)
- L'efficacité des soins (au sens d'absence de gaspillage)
- L'équité des soins (comparaison des indicateurs de santé dans différents groupes de la population : entre assurés et non assurés, hauts revenus et bas revenus, groupes ethniques)

Pour toutes les dimensions ci-dessus, sauf la coordination des soins, le tableau de bord national reprend les indicateurs développés par l'Institut de Médecine (IOM). La dimension de coordination des soins a été ajoutée par les chercheurs du Commonwealth Fund « en raison de son influence sur l'efficacité, la sécurité et l'efficacité des soins »<sup>47</sup>. Dans ce contexte, cinq indicateurs ont été choisis pour évaluer la performance du système de santé américain en termes de coordination des soins<sup>48</sup> :

1. La part des adultes de moins de 65 ans ayant accès à un médecin traitant
2. La part des enfants ayant accès à une « maison de santé »
3. La coordination des soins au moment de la sortie de l'hôpital est évaluée par la moyenne de trois indicateurs :
  - La part des patients hospitalisés ayant bénéficié d'un bilan comparatif des médicaments avant leur sortie de l'hôpital (prévention des interactions médicamenteuses entre le traitement précédant l'hospitalisation et le nouveau traitement mis en place au cours du séjour hospitalier).
  - La part des patients atteints d'une insuffisance cardiaque recevant des instructions de sortie écrites
  - La part des patients suivis dans les 30 jours après la sortie d'une hospitalisation pour motif psychiatrique
4. La part des patients résidant en établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) admis ou réadmis à l'hôpital.
5. La part des patients hospitalisés parmi les patients recevant des soins à domicile.

Le choix de ces indicateurs appelle plusieurs remarques.

Tout d'abord, les deux premiers indicateurs n'ont qu'un lien indirect avec l'effectivité de la coordination. Ce n'est pas parce qu'un adulte a accès à un médecin traitant ou parce qu'un enfant est pris en charge dans une maison de santé que leurs soins sont

---

<sup>47</sup> SCHOEN C., DAVIS K., HOW S et al., Ibidem.

<sup>48</sup> SCHOEN C., DAVIS K., HOW S et al., ibidem.

nécessairement coordonnés. Cependant, dans le cas contraire (en l'absence de médecin traitant ou de maison de santé), une prise en charge globale coordonnée est plus difficile à envisager.

Le troisième indicateur reflète une approche de la coordination en termes de « transitions de soins ». Les trois composantes de l'indicateur étant directement liées à l'organisation de la transition hôpital – domicile.

Les deux derniers indicateurs reflètent le lien établi entre bonne coordination et prévention des hospitalisations, notamment pour les patients en EHPAD ou les patients bénéficiant de soins à domicile.

Cette vision systémique se concentre sur un petit nombre d'indicateurs clés pour évaluer globalement la qualité de la coordination des soins afin de mieux comprendre son impact sur la performance du système de santé.

c) *L'évaluation de la coordination par le taux de réadmissions évitables : un choix au service de la mise en place de nouvelles incitations par la loi Obama*

Cette approche identifie un indicateur clé de la coordination des soins – le taux de réadmissions potentiellement évitables –, qui est à la fois une donnée économique et un indicateur de qualité, pour mettre en place une nouvelle incitation économique. La définition précise du taux de réadmissions potentiellement évitables et les raisons pour lesquelles il a été identifié comme un indicateur clé de la coordination des soins sont exposées ci-après.

**Plusieurs définitions des réadmissions évitables ont été formulées dans la littérature.**

Une première typologie distingue les réadmissions évitables, inévitables, programmées ou non-programmées<sup>49</sup>.

Certains auteurs considèrent qu'une réadmission est évitable si elle est cliniquement liée au premier séjour c'est à dire « si le motif de réadmission est semblable ou proche de la raison de l'admission initiale, si elle résulte d'une complication liée aux soins prodigués

---

<sup>49</sup> BISOGNANO M., Ibidem.

lors du premier séjour ou si elle vise à réopérer le patient pour le même problème »<sup>50</sup>. Dans les autres cas, la réadmission est considérée comme non cliniquement liée au premier séjour et donc non potentiellement évitable. La réadmission évitable est une « réadmission qui aurait pu être évitée par un ou plusieurs des éléments suivants : des soins de qualité pendant l'hospitalisation initiale, une organisation adéquate de la sortie du patient, un suivi correct du patient après sa sortie ou une plus grande coordination entre les professionnels de santé de l'hôpital et ceux de la ville »<sup>51</sup>.

D'autres considèrent simplement qu'une réadmission évitable est une « réadmission liée à un événement indésirable survenu lors de la première hospitalisation ou qui résulte d'une mauvaise coordination des soins après la sortie du patient de l'hôpital »<sup>52</sup>.

### **Le délai choisi pour le comptage des réadmissions est stratégique.**

Quand on parle de réadmissions, on sous-entend que la deuxième admission a lieu dans un délai suffisamment court entre la date de la sortie du patient à l'issue de son premier séjour et la date de sa nouvelle admission à l'hôpital pour pouvoir faire un lien entre ces deux séjours. Le choix du délai le plus pertinent ne va pas de soi. Avant la mise en place des pénalités pour réadmission sous 30 jours, différentes études avaient observé des taux de réadmission dans des délais différents allant, pour la plupart des études, de deux semaines à un an.

Le choix de ce délai est important car il a un impact significatif sur le nombre de réadmissions constatées. « Des intervalles de temps plus longs après la première admission diminuent la probabilité pour que la deuxième admission soit liée aux soins prodigués au patient pendant son premier séjour ou à l'organisation de la sortie du patient et augmentent l'importance relative de la qualité de la prise en charge en ambulatoire des maladies chroniques »<sup>53</sup>. Le taux de réadmission sous 30 jours est le plus couramment utilisé dans la littérature et a été utilisé pour la mise en place de pénalités financières par la loi Obama. Cependant, les hôpitaux auraient préféré le suivi de taux de réadmissions sous un délai plus court car « le personnel hospitalier contrôle les processus de soins

---

<sup>50</sup> GOLDFIELD N., MCCULLOUGH E., HUGHES J. et al., 2008, « Identifying Potentially Preventable Readmissions », Health Care Financing Review, vol.30, p.1.

<sup>51</sup> GOLDFIELD N., MCCULLOUGH E., HUGHES J. et al., ibidem.

<sup>52</sup> MINOTT J., 2008, « Reducing Hospital Readmissions », Academy Health.

<sup>53</sup> GOLDFIELD N., MCCULLOUGH E., HUGHES J. et al., 2008, « Identifying Potentially Preventable Readmissions », Health Care Financing Review, vol.30, p.1.

pendant l'hospitalisation et l'organisation de la sortie du patient, mais a beaucoup moins de contrôle sur la qualité de la prise en charge au delà de la période qui suit immédiatement la sortie du patient »<sup>54</sup>.

**Certaines maladies ou situations sont exclues du champ des réadmissions évitables.**

Les études font également des choix différents d'inclusion ou d'exclusion de certaines situations dans les réadmissions « évitables ». Certains auteurs excluent les réadmissions indépendantes de la qualité des soins prodigués, par exemple pour brûlures ou cancer, ainsi que les sorties contre avis médical et les réadmissions en néonatalogie, en obstétrique ou en ophtalmologie<sup>55</sup>.

**Tous les facteurs de réadmission ne sont pas liés à la qualité de la prise en charge.**

Les facteurs de réadmission mentionnés dans la littérature<sup>56 57 58 59</sup> sont classés et présentés dans le tableau suivant :

Facteurs liés au patient	Facteurs liés à la qualité de la prise en charge
Caractéristiques socio-économiques du patient	A l'hôpital
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. la catégorie socioprofessionnelle</li> <li>2. le niveau d'éducation</li> <li>3. le réseau social</li> <li>4. le statut marital, le fait de vivre seul, célibataire ou veuf</li> <li>5. l'âge du patient</li> <li>6. le sexe du patient (risque supérieur pour les patients de sexe masculin)</li> <li>7. les choix comportementaux du patient (respect du traitement, des instructions de sortie et des rendez-vous de suivi)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. des lacunes dans l'organisation de la sortie du patient, de son retour à domicile et de la transition des soins</li> <li>2. l'absence de programmation d'un rendez-vous de suivi après la sortie</li> <li>3. la durée de séjour</li> <li>4. la sortie prématurée</li> <li>5. des dysfonctionnements de communication</li> </ol>
Etat de santé du patient	Après la sortie

<sup>54</sup> GOLDFIELD N., Ibidem.

<sup>55</sup> GOLDFIELD N., Ibidem.

<sup>56</sup> HASAN M., Ibidem.

<sup>57</sup> MINOTT J, Ibidem.

<sup>58</sup> EPSTEIN A., Ibidem

<sup>59</sup> BISOGNANO M., Ibidem.

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. une ou plusieurs autres hospitalisations antérieures</li> <li>2. les rechutes inévitables</li> <li>3. un handicap chronique</li> <li>4. l'auto-évaluation d'un mauvais état de santé général</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. une prise en charge médicale insuffisante</li> <li>2. l'absence de soins de suite adaptés</li> <li>3. des délais dans la mise en place des soins nécessaires après la sortie</li> <li>4. des dysfonctionnements de communication</li> </ol>
---	---

Les facteurs de réadmission mentionnés dans la deuxième colonne du tableau sont directement liés à la qualité de la prise en charge et à la coordination des soins. Ce sont donc des facteurs sur lesquels les offreurs de soins sont en mesure d'agir par la mise en place de projets d'amélioration des transitions. Les facteurs liés au patient peuvent permettre d'anticiper le niveau de risque de réadmission des patients et de définir, en fonction de ce niveau, des interventions spécifiques pour les patients les plus vulnérables.

**Plusieurs raisons sont à l'origine du choix du taux de réadmissions potentiellement évitables comme indicateur clé de la qualité de la coordination des soins.**

La première raison est économique. Le taux de réadmission a augmenté au cours des dernières décennies<sup>60</sup>. Le taux moyen de réadmission sous 30 jours des patients couverts par Medicare a été estimé à 20% par le CMS. Les admissions répétées seraient responsables de 60% des dépenses hospitalières<sup>61</sup>. Pourtant, il a été estimé que 75% des réadmissions des patients couverts par Medicare, correspondant à 12 milliards de dollars de dépenses, seraient potentiellement évitables<sup>62 63</sup>.

La deuxième raison est qualitative. Le taux de réadmissions précoces est corrélé de façon significative à la qualité et à la coordination des soins<sup>64</sup>, ce qui justifie sa prise en compte parmi les indicateurs de qualité utilisés à l'hôpital<sup>65</sup>. Des dysfonctionnements des processus de soins, une mauvaise organisation de la prise en charge, et des problèmes

<sup>60</sup> HASAN M., 2001, « Readmission of patients to hospitals: still ill defined and poorly understood », Counterpoint, International Journal for Quality in Health Care, vol.13, pp.177-179.

<sup>61</sup> HASAN M., Ibidem.

<sup>62</sup> MINOTT J., 2008, Ibidem.

<sup>63</sup> BISOGNANO M., BOUTWELL A., 2000, « Improving Transitions to Reduce Readmissions », Frontiers of Health Services Management, vol.25, pp.3-10.

<sup>64</sup> GOLDFIELD N., MCCULLOUGH E., HUGHES J. et al., 2008, « Identifying Potentially Preventable Readmissions », Health Care Financing Review, vol.30, p.1.

<sup>65</sup> HALFON P., EGGLI Y., PRETTE-ROHRBACH I. et al., 2006, « Validation of the Potentially Avoidable Hospital Readmission Rate as a Routine Indicator of the Quality of Hospital Care », Medical Care, vol.44, pp.972-981.

de coordination sont responsables d'une part importante de ces réadmissions<sup>66</sup>. A case-mix comparables, le taux de réadmissions varie en fonction des hôpitaux et des zones géographiques<sup>67 68</sup>, ce qui est un autre élément en faveur du lien entre réadmission et organisation de la prise en charge.

**Le lien entre taux de réadmissions évitables et non-coordination n'est pas systématique.**

S'il permet effectivement d'identifier des ruptures dans la continuité des soins, le taux de réadmissions dépend cependant d'une combinaison de facteurs parmi lesquels on trouve aussi le non respect des instructions et du traitement de sortie par le patient, des facteurs socio-économiques ou des problèmes d'assurance. Les choix comportementaux des patients (comme le non respect du traitement ou du régime alimentaire) peuvent entraîner une réadmission évitable même quand la coordination des soins entre l'hôpital et la ville était bonne<sup>69</sup>.

Toutes les réadmissions ne sont pas évitables, même quand les soins sont délivrés de façon optimale et quand la prise en charge est coordonnée<sup>70</sup>. Enfin, si certaines réadmissions peuvent être liées à des dysfonctionnements, d'autres sont souhaitables et font partie du projet de soins. Des taux de réadmission plus élevés peuvent même refléter une meilleure prise en charge<sup>71</sup>.

Le choix du taux de réadmissions évitables comme indicateur de la qualité de la coordination des soins s'appuie sur une analyse de la littérature en matière de réadmissions, mais manifeste également un choix politique. Loin d'être évident, ce choix traduit la volonté d'affirmer la responsabilité des hôpitaux dans la qualité de la coordination des soins, et, en particulier, dans les transitions hôpital - domicile.

---

<sup>66</sup> BISOGNANO M., BOUTWELL A., 2000, « Improving Transitions to Reduce Readmissions », *Frontiers of Health Services Management*, vol.25, pp.3-10.

<sup>67</sup> GOLDFIELD N., MCCULLOUGH E., HUGHES J. et al., 2008, « Identifying Potentially Preventable Readmissions », *Health Care Financing Review*, vol.30, p.1.

<sup>68</sup> MINOTT J., 2008, « Reducing Hospital Readmissions », *Academy Health*.

<sup>69</sup> MINOTT J., 2008, « Reducing Hospital Readmissions », *Academy Health*.

<sup>70</sup> GOLDFIELD N., *Ibidem*.

<sup>71</sup> EPSTEIN A., 2009, « Revisiting Readmissions: Changing the Incentives for Shared Accountability », *New England Journal of Medicine*, vol.360, pp.1457-1459.



### 1.3 Les déterminants de la coordination des soins

Les déterminants de la coordination des soins sont multiples, à la fois systémiques, économiques et socio-politiques. Les déterminants systémiques sont liés à l'organisation et au fonctionnement du système de santé, produit d'une histoire, mais aussi résultat d'interactions entre un cadre juridique et des acteurs qui se l'approprient. Les déterminants économiques sont la résultante des incitations parfois contradictoires qui s'exercent sur les différents acteurs de la coordination par le mode de paiement des soins, le jeu du marché et les régulations mises en place. Les déterminants socio-politiques découlent des rapports de forces entre les groupes impliqués dans la coordination, notamment des patients / électeurs, des professionnels de santé / groupes de pression, des hôpitaux publics au service de la population mais responsables de leur équilibre financier, des hôpitaux privés / entreprises, des assurances / financeurs et des régulateurs / payeurs. Sans avoir la prétention d'apporter une vision exhaustive des déterminants de la coordination des soins dans le système de santé américain, cette partie vise à présenter simplement quelques éléments saillants qui permettent de comprendre les choix effectués par l'administration Obama en la matière.

#### 1.3.1 Un déterminant systémique : le rôle majeur des « Managed care organizations » (MCO).

Aux États-Unis, la coordination des soins repose essentiellement sur les assurances à travers le « Managed Care », qui désigne tout système intégrant à la fois le financement et la prestation de soins. « Modèle concurrent à celui de l'assurance maladie traditionnelle, le Managed Care peut se définir comme un mode spécifique de partenariat entre financeurs (assureurs) et fournisseurs de soins, fondé sur une contractualisation sélective. Ce partenariat est en théorie destiné à allouer les ressources de façon optimale entre les différents acteurs du système de santé. »<sup>72</sup>.

Les premières « Managed Care Organizations » (MCO) sont les « Health Maintenance Organizations » (HMO) qui apparaissent localement dès les années 1930. En 1973, la loi sur les HMO encourage leur développement pour maîtriser les coûts par une gestion plus rationnelle et la mise en concurrence des fournisseurs de soins. Les organismes de Managed Care prennent véritablement leur essor dans les années 1980, sous l'impulsion

---

<sup>72</sup> CHAMBARETAUD S., LEQUET-SLAMA D., 2002, « Managed care et concurrence aux États-Unis, évaluation d'un mode de régulation », Revue française des affaires sociales, vol. 1, pp.11-37.

des employeurs car ils sont, certes, un instrument de coordination des soins, mais aussi et surtout, de leur point de vue, un mode de régulation de l'offre et de la demande permettant de réduire les dépenses. Au début des années 2000, 70 % des Américains sont inscrits dans un plan de Managed Care<sup>73</sup>.

Les MCO sont fondées sur des mécanismes incitatifs qui ont un impact sur la coordination des soins. D'une part, les clients sont incités financièrement à recourir aux offreurs de soins qui sont membres du réseau. D'autre part, les médecins, sont incités, à travers leur mode de rémunération et la pratique de la contractualisation sélective, à respecter certaines pratiques cliniques et à limiter le volume des prescriptions. Ces réseaux ont développé des instruments pour suivre les dépenses par patient et par prestataire de soins. L'utilisation des soins est contrôlée. Les MCO exigent par exemple des autorisations pour certains traitements ou pour la prolongation d'un séjour hospitalier. Pour comprendre l'impact des MCO sur la coordination des soins, il convient d'abord de décrire leur fonctionnement.

**Les trois grands modèles de MCO sont fondés sur des incitations à un fonctionnement en réseau.**

Il existe trois grands modèles de Managed Care, les « Health Maintenance Organization » (HMO), les « Preferred Provider Organization » (PPO) et les « Point of Service » (POS). Ils partagent des caractéristiques communes qui en font des acteurs majeurs de la coordination des soins : un choix limité des praticiens, une filière d'accès aux soins secondaires, un conventionnement sélectif des médecins, des incitations financières pour les praticiens et une politique de gestion de la qualité des soins et de l'utilisation des services. Ils se différencient par des mécanismes incitatifs plus ou moins forts.

Les HMO proposent à leurs adhérents l'accès à un réseau de praticiens et d'hôpitaux pour un prix préalablement fixé et indépendant du recours effectif aux services. Sauf en cas d'urgence, l'assuré ne peut s'adresser qu'aux offreurs de soins du réseau. La consultation d'un médecin généraliste qui joue le rôle de « gatekeeper » est nécessaire avant toute consultation de spécialiste. La maîtrise des dépenses est assurée à travers des guides de références qui imposent aux médecins le respect de normes en matière d'examens et de prescriptions. Plusieurs modes de rémunération des professionnels de santé sont utilisés dans les HMO. Les médecins peuvent être salariés, recevoir un

---

<sup>73</sup> CHAMBARETAUD S., LEQUET-SLAMA D., *ibidem*.

paiement par capitation ou une enveloppe annuelle par patient au delà de laquelle ils doivent financer les soins sur leurs propres deniers.

Les PPO reposent sur des contrats entre assureurs et prestataires de soins. Les prestataires sont payés à l'acte mais s'engagent à pratiquer des tarifs négociés pour les clients du PPO. Les assurés sont incités à consulter les médecins affiliés au réseau car leur participation financière au paiement des soins est plus importante en dehors du réseau (40% au lieu de 10%). Les PPO sont des contrats généralement plus chers que les HMO mais offrent en contrepartie une plus grande liberté de choix. Les clients des PPO ne sont pas obligés de passer par un médecin de premier recours avant d'avoir accès à un spécialiste et peuvent, pour une participation financière plus élevée, consulter des médecins en dehors du réseau.

Les POS constituent un modèle mixte entre les HMO et les PPO. Les POS fonctionnent comme les HMO au sein du réseau. Leurs adhérents ont accès à un réseau de praticiens et d'hôpitaux pour un prix préalablement fixé et indépendant du recours effectif aux services, et le client doit également choisir un médecin de premier recours qu'il devra consulter avant toute consultation de spécialiste. Cependant, en dehors du réseau, les POS fonctionnent comme les PPO. Le client peut consulter des médecins qui n'appartiennent pas au réseau sous réserve d'une participation aux frais qui peut aller jusqu'à 40%.

### **L'effet des MCO sur les dépenses de santé, sur l'organisation du système de santé et sur la qualité des soins est contrasté.**

En 1997, Cutler et Sheiner ont démontré qu'une augmentation de 10% du nombre d'adhérents à une HMO entraîne une réduction de 5% du taux de croissance des dépenses globales de santé, par une diminution de 5,8% des dépenses hospitalières et une augmentation de 3,5% des dépenses de médecine de ville<sup>74</sup>. Les MCO ont donc une incidence sur le partage de la consommation de soins entre la médecine de premier recours et l'hôpital. « Il semble donc aujourd'hui que le ralentissement de la croissance des dépenses de santé aux États-Unis résulte, au moins en grande partie, de la capacité des MCO à rationaliser la production des biens et services médicaux en limitant les phénomènes de surcapacité, grâce à une utilisation plus intensive des équipements

---

<sup>74</sup> CUTLER D., SHEINER L., 1997, « Managed Care and the Growth of Medical Expenditures », in *Frontiers in Health Policy Research*, Alan M. Garber editor, pp.77-116.

existants, en orientant la demande de soins vers les services ambulatoires, en négociant les prix avec les professionnels de santé et en les incitant à ne pas multiplier les actes »<sup>75</sup>.

**Les MCO sont à l'origine de plusieurs modèles d'amélioration de la coordination des soins : le « disease management » (gestion de la maladie) et le « case management » (gestion de cas).**

Le « disease management » est une démarche de prise en charge globale des patients souffrant de pathologies graves et coûteuses nécessitant l'intervention de plusieurs spécialistes dans le cadre de protocoles de soins précis et évalués.

Le « case management » organise la continuité des soins pour les personnes âgées ou handicapées et les malades chroniques, qui nécessitent une prise en charge globale au delà d'un épisode aigu.

Ces deux modèles aujourd'hui largement repris dans les projets d'amélioration de la coordination des soins, sont issus des MCO qui ont depuis longtemps fait de la prévention et de la prise en charge coordonnée des instruments au service de la réduction des coûts. La logique est la suivante : plus la prise en charge est tardive, plus elle est fragmentée, et plus elle coûte cher.

**Les MCO peuvent cependant avoir des effets pervers car la maîtrise des coûts, qui reste leur objectif prioritaire, se fait parfois au détriment de la qualité des soins.**

Les MCO ont tendance à sélectionner les patients dont le niveau de risque est moindre et à dissuader les mauvais risques, par exemple en proposant des prises en charge de moindre qualité pour les soins les plus lourds et des restrictions dans l'accès aux professionnels de santé<sup>76</sup>. Les fournisseurs de soins participant à des HMO ont aussi dénoncé des tarifs inadaptés (trop bas) et un niveau de risque financier trop élevé.

Les MCO ont également été accusées de maîtriser les dépenses en proposant des soins de moindre qualité et en incitant les médecins à privilégier le refus de soins plutôt que les

---

<sup>75</sup> CHAMBARETAUD S., LEQUET-SLAMA D., *ibidem*.

<sup>76</sup> FRANK R., GLAZER J., MCGUIRE T., 2000, « Measuring adverse selection in managed health care », *Journal of Health Economics*, pp.829–854.

soins appropriés<sup>77</sup>. Le gouvernement fédéral et les États ont pris des dispositions pour protéger les patients contre ces dérives. Une loi a par exemple été votée en 1996 pour interdire la sortie d'une parturiente de l'hôpital le jour de son accouchement.

Les Managed Care Organizations sont un élément structurant de l'approche américaine de la coordination des soins. A l'origine des premiers réseaux de soins et des modèles de « disease management » et de « case management », elles ont cependant montré leurs limites en termes de qualité des soins. Portées par des assurances, elles visent avant tout à réduire les coûts, ce qui induit des effets pervers. La loi Obama encourage un nouveau modèle, les « Accountable Care Organizations » (ACO), qui ne sont pas portées par des assurances, mais sont des regroupements de fournisseurs de soins. Ce nouveau modèle, (qui sera exposé dans la partie 1.4 de ce mémoire) s'inspire de certains aspects des modèles MCO tout en visant à surmonter leurs limites.

### **1.3.2 L'impact du mode de paiement des hôpitaux sur la coordination des soins**

Du paiement à la journée à la tarification à l'activité, et du paiement à la performance à la mise en place de forfaits et de pénalités, le mode de financement des hôpitaux a un impact sur la coordination des soins.

Le paiement des hôpitaux à la journée a un effet inflationniste sur la durée de séjour. En 1983, ce mode de paiement est remplacé par un paiement forfaitaire pour chaque admission en fonction du « Groupe Homogène de Diagnostic » (« Diagnosis Related Group » (DRG)) auquel est rattaché le patient. L'objectif de cette réforme est d'encourager la réduction de la durée de séjour. Cependant, elle encourage également la sortie prématurée des patients – car le paiement devient forfaitaire et n'augmente plus proportionnellement à la durée du séjour – ainsi que les admissions multiples qui permettent de recevoir des paiements séparés.

Le système de tarification à l'activité fondé sur les DRG a un effet inflationniste sur les réadmissions. Chaque admission, même résultant d'une mauvaise prise en charge au

---

<sup>77</sup> FELDMAN D., NOVACK D., GRACEY E., 1998, « Effects of Managed Care on Physician-Patient Relationships, Quality of Care, and the Ethical Practice of Medicine: A Physician Survey », *Archives of Internal Medicine*, vol.158, pp.1626-1632.

cours du premier séjour, se traduit en effet pour l'hôpital par un nouveau paiement<sup>78</sup>. Cette réforme a donc un effet pervers sur la coordination des soins.

La mise en place du paiement à la performance (P4P) établit un lien entre paiement et qualité des soins<sup>79 80 81</sup>. Le « P4P » récompense les offreurs de soins en fonction du respect de certains processus ou normes de qualité, ce qui permet, en partie, de lutter contre les effets pervers de la tarification à l'activité sur les réadmissions et de prévenir une part des réadmissions évitables. Mais, à l'origine, ces incitations restent marginales et centrées sur le respect de processus plutôt que sur l'atteinte de résultats.

En 2005, pour limiter les dépenses croissantes de Medicaid et Medicare tout en encourageant la qualité des soins, le Deficit Reduction Act (DRA) a supprimé toute possibilité de payer l'hôpital en sus pour certaines complications, notamment celles liées à des maladies nosocomiales. Le DRA entraîne un changement de perspective : le paiement à la performance dépend désormais des résultats des soins plutôt que du respect de processus de soins et met en place des pénalités financières en cas de mauvais résultats<sup>82</sup>.

En 2007, la « Medicare Payment Advisory Commission » (MedPAC), estime que les réadmissions coûtent à Medicare 15 milliards de dollars par an<sup>83</sup> et que le paiement à la performance ne crée pas, à lui seul, une incitation suffisante à la coordination des soins. MedPAC propose alors la réduction du paiement des hôpitaux en fonction de leur taux de réadmissions évitables<sup>84</sup>. C'est dans cette logique que l'administration Obama prévoit, en 2010 des pénalités financières qui diminueront le paiement des hôpitaux dont le taux de

---

<sup>78</sup> EPSTEIN A., 2009, « Revisiting Readmissions: Changing the Incentives for Shared Accountability », *New England Journal of Medicine*, vol.360, pp.1457-1459.

<sup>79</sup> GOLDFIELD N., MCCULLOUGH E., HUGHES J. et al., 2008, « Identifying Potentially Preventable Readmissions », *Health Care Financing Review*, vol.30, p.1.

<sup>80</sup> AVERILL R., MCCULLOUGH E., HUGHES J. et al., 2009, « Redesigning the Medicare Inpatient PPS to Reduce Payment to Hospitals with High Readmission Rates », *Health Care Financing Review*, vol.30, pp.1-15.

<sup>81</sup> EPSTEIN A., 2009, « Revisiting Readmissions: Changing the Incentives for Shared Accountability », *New England Journal of Medicine*, vol.360, pp.1457-1459.

<sup>82</sup> AVERILL R., MCCULLOUGH E., HUGHES J. et al., 2009, *Ibidem*.

<sup>83</sup> MEDICARE PAYMENT ADVISORY COMMISSION, 2007, « Payment Policy for Inpatient Readmissions : Promoting Greater Efficiency in Medicare », *Report to Congress*.

<sup>84</sup> *Ibidem*

réadmissions est jugé excessif. L'effet de ces pénalités, qui ont commencé à s'appliquer à partir d'octobre 2012, est exposé dans la partie 1.4.2 de ce mémoire.

## **1.4 L'apport de la loi Obama : nouveaux modèles et incitations économiques**

La loi Obama renouvelle l'approche américaine de la coordination des soins avec deux dispositifs : un nouveau modèle de « coordination globale des soins » qui répond aux limites d'une coordination essentiellement fondée sur les MCO (1) et la mise en place de pénalités pour réadmissions sous 30 jours qui affirment la responsabilité de l'hôpital dans l'amélioration des « transitions de soins » (2).

### **1.4.1 Un nouveau modèle de coordination globale des soins : les « Accountable Care Organizations » (ACO)**

Les « Accountable Care Organizations » (ou « Organismes de soins responsables ») constituent un nouveau modèle d'organisation des fournisseurs de soins. Décrit en 2006<sup>85</sup>, ce modèle incite différentes catégories de fournisseurs de soins (hôpitaux, fournisseurs de soins de premier recours, spécialistes...) à se coordonner entre eux. Ce modèle est innovant par rapport aux modèles préexistants car il conjugue deux types d'incitations : une incitation à la qualité sous la forme d'une part de paiement à la performance et une incitation à la maîtrise des coûts par la possibilité de partager entre les fournisseurs de soins les économies réalisées dans le cadre d'une prise en charge mieux coordonnée.

Les ACO se distinguent tout d'abord des maisons de santé<sup>86</sup> (« Patient Centered Medical Homes ») (PCMH). Les maisons de santé renforcent le rôle de la médecine de premier recours dans la coordination des soins. Elles peuvent être considérées comme complémentaires des ACO. Les deux modèles ont pour objectif de fournir des soins de meilleure qualité au moyen de ressources telles que le dossier patient informatisé ou

---

<sup>85</sup> FISHER E., STAIGER D., BYNUM J. et al., 2006, « Creating Accountable Care Organizations: The Extended Hospital Medical Staff », *Health Affairs*.

<sup>86</sup> AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION, 2010, « Synthesis Report: Accountable Care Organizations ».

l'éducation thérapeutique. Cependant, à la différence des ACO, les PCMH ne proposent pas d'incitations explicites aux fournisseurs de soins pour qu'ils réduisent les coûts et améliorent la qualité. De plus, les PCMH font reposer la responsabilité de la coordination des soins sur les médecins généralistes, ce qui peut s'avérer en pratique difficile dans la mesure où ils ne disposent pas forcément des moyens nécessaires pour remplir cette mission ou n'ont pas forcément instauré avec les autres fournisseurs de soins impliqués dans la prise en charge de leurs patients les relations qui leur permettraient de mener à bien cette mission.

Les ACO sont censées apporter des solutions à certaines limites des maisons de santé en mettant en place des incitations financières cohérentes avec l'objectif de coordination. De plus, le modèle ACO n'impose pas qu'un type particulier de fournisseur de soins soit responsable de la coordination mais donne les caractéristiques que doit avoir une organisation ou un fournisseur pour pouvoir jouer le rôle d'administrateur de l'ACO. Contrairement au modèle de la PCMH, toute la gamme des modes de rémunération des fournisseurs de soins sont possibles, du paiement à l'acte traditionnel jusqu'au paiement intégral à la capitation. Mais ces modèles ne sont pas concurrents, au contraire. La préexistence d'une PCMH peut aider les fournisseurs de soins à mettre en place plus facilement une ACO.

Les ACO ont été conçues pour apporter des réponses à certaines limites des MCO. Contrairement aux HMO, qui sont des assurances qui contractent avec des fournisseurs de soins, les ACO sont explicitement des fournisseurs de soins responsables de la prise en charge des patients. De plus, le mode de rémunération et le niveau de risque financier pris par les fournisseurs de soins diffèrent. Les HMO fonctionnent généralement avec un paiement par capitation alors que les ACO sont compatibles avec différents modes de paiement. L'une des approches utilisées par les ACO, et qui a été retenue dans le cadre de l'« Affordable Care Act » pour Medicare et en vigueur depuis janvier 2012 est la mise en place de « plans d'économies partagées ». Les fournisseurs de soins sont payés à l'acte mais peuvent partager les économies réalisées par la réduction des coûts à condition de respecter certains standards de qualité. D'autres modèles d'ACO utilisent des paiements groupés (« bundled payments »), négociés entre les fournisseurs de soins et les organismes payeurs pour un épisode de soins ou par capitation, comme dans les HMO.

Une ACO a donc deux objectifs principaux : la coordination de l'action des fournisseurs de soins afin de mieux prendre en charge les patients à moindre coût et la distribution des économies entre les fournisseurs participant. Pour pouvoir se constituer, l'ACO doit avoir



certaines compétences identifiées par la littérature (Health Reform (2010), Shortell & Casalino (2010), McClellan & Fisher (2009 et 2010), Miller (2009), MedPAC (2009)) :

- a. Un leadership
- b. Une culture du travail en équipe
- c. Des relations avec les autres fournisseurs de soins
- d. Des systèmes d'information permettant d'organiser la coordination de la prise en charge des patients entre les différents fournisseurs de soins
- e. Une infrastructure permettant de suivre, de gérer et de faire remonter les indicateurs de qualité
- f. La capacité de gérer le risque financier
- g. La capacité de recevoir et de distribuer les paiements correspondant aux économies réalisées
- h. Des ressources pour l'éducation thérapeutique des patients et la mise en place des aides dont ils peuvent avoir besoin.

En théorie, l'ACO est donc une structure qui permet de proposer aux patients une prise en charge coordonnée et de haute qualité tout en réduisant les coûts.

**Un bilan plutôt positif ressort de la mise en place des premières ACO mais leur généralisation semble difficile.**

En juillet 2013, CMS a rendu le premier rapport relatif aux résultats obtenus par les 32 initiatives pionnières menées dans le cadre de l' « Affordable Care Act » après un an de fonctionnement. Les résultats de ce rapport sont prometteurs. Les 32 ACO ont permis d'améliorer la qualité des soins fournis et ont obtenu des taux de satisfaction élevés de la part des patients. 25 des 32 ACO ont réussi à faire baisser le taux de réadmission des patients à l'hôpital. 13 ACO ont réussi à réaliser des économies (87 millions de dollars au total en 2012) et ont partagé ces économies avec Medicare (qui a économisé ainsi 33 millions de dollars). Seulement 2 des ACO ont coûté plus cher à Medicare et ont dû couvrir 4 millions de dollars de pertes.

Cependant, la généralisation des ACO se heurte à plusieurs obstacles liés notamment à l'absence fréquente d'infrastructures adaptées, à la non généralisation de systèmes d'informations permettant la coordination de la prise en charge entre différents fournisseurs de soins, à des freins culturels de la part des médecins et à l'inertie du système encore soumis à des incitations contre productives.

Dans un article du Wall Street Journal du 18 février 2013 intitulé « The coming failure of Affordable Care », trois professeurs d'Université à Harvard prédisent l'échec des ACO :

« Le concept des ACO est fondé sur des hypothèses irréalistes concernant le comportement individuel et économique des médecins, des patients et des autres acteurs. Les fournisseurs de soins dépensent des centaines de millions de dollars pour mettre en place les technologies et les infrastructures nécessaires au fonctionnement des ACO. Cependant, le pays ne verra sans doute pas se réaliser les améliorations tant attendues en matière de coûts, de qualité et d'accès aux soins ».

Le bilan des premières ACO mises en place est néanmoins plutôt positif, mais plusieurs obstacles s'opposent à leur généralisation à court terme. La loi Obama a mis en place une incitation complémentaire, s'appliquant à tous les hôpitaux, membres ou non d'une ACO. Cette incitation constitue un outil puissant au service de l'accélération du développement du modèle ACO.

#### **1.4.2 Les pénalités pour réadmissions sous 30 jours affirment la responsabilité de l'hôpital dans la coordination des soins, mais leurs effets sont contrastés.**

La loi Obama a prévu un « Programme de Réduction des Réadmissions à l'Hôpital » (« Hospital Readmission Reduction Program »)<sup>87</sup> qui se traduit par la mise en place de pénalités envers les hôpitaux pour lesquels le taux de réadmissions évitables atteint des valeurs considérées comme excessives. Le mode de calcul précis de ces pénalités a été rendu public par le CMS le 1<sup>er</sup> août 2012 et elles ont commencé à s'appliquer le 1<sup>er</sup> octobre 2012.

Si leur impact financier a attiré l'attention des hôpitaux sur la coordination des soins, leurs effets sont néanmoins contrastés. Certains hôpitaux ont réussi à mettre en place des projets d'amélioration des transitions de soins et à faire baisser leur taux de réadmissions évitables. Cependant, depuis leur entrée en vigueur, des effets pervers et des limites ont également été dénoncés dans la littérature et des chercheurs ont déjà proposé des adaptations pour améliorer ce dispositif.

---

<sup>87</sup> Patient Protection and Affordable Care Act, 2010, Section 3025.

Le mode de calcul des pénalités pour réadmissions sous 30 jours en fait un enjeu financier important pour les hôpitaux. En 2013, ces pénalités vont concerner 2217 hôpitaux américains et le CMS a prévu d'économiser 280 millions de dollars.

Les règles suivantes ont été posées par le CMS pour le calcul des pénalités (pour les formules de calcul, cf. annexe 2) :

- Ces pénalités sont calculées en fonction d'un ratio de réadmissions en excès calculé pour trois pathologies : l'infarctus, l'insuffisance cardiaque et la pneumonie.
- La réadmission peut avoir lieu dans le même hôpital ou dans un hôpital différent.
- Une méthodologie d'ajustement du risque a été définie pour tenir compte des facteurs cliniques, des caractéristiques démographiques de la population prise en charge, des comorbidités et de la vulnérabilité des patients.

Les pénalités pour réadmissions visent à faire diminuer le nombre de réadmissions évitables en réduisant la pression à la réduction de la durée moyenne de séjour (DMS) et en augmentant le retour sur investissement relatif lié à la mise en place de projets d'amélioration de la qualité de la prise en charge.

Plusieurs effets pervers de ces pénalités ont été constatés depuis leur mise en place en octobre 2012. Les hôpitaux qui prennent en charge des populations défavorisée et des patients polypathologiques sont davantage pénalisés<sup>88</sup>. Les déterminants sociaux et le case-mix ne sont pas suffisamment pris en compte dans le facteur d'ajustement.

Le lien entre réadmission et mauvaise coordination des soins ou mauvaise prise en charge, à l'origine de ces pénalités, n'est pas systématique. Cependant, des éléments permettent de penser qu'il existe bien un lien entre réadmissions et qualité de la prise en charge et de la coordination. A population prise en charge comparable, par exemple, le taux de réadmission varie d'un hôpital à l'autre et d'une zone géographique à l'autre.

Un taux supérieur de réadmissions traduit néanmoins parfois une meilleure prise en charge<sup>89</sup>. Un exemple simple permet d'illustrer le fait que l'utilisation du taux de

---

<sup>88</sup> JOYNT K., JHA A., 2013, « Characteristics of hospitals receiving penalties under the Hospital Readmission Reduction program », *Journal of the American Medical Association*, vol.309, pp. 355-363.

<sup>89</sup> SHAH M., STOEV I., SANFORD D., et al., 2013, « Are readmission rates on a neurosurgical service indicators of quality of care? », *Journal of Neurosurgery*.

réadmission de façon isolée peut conduire à des aberrations. Si tous les patients décèdent chez eux juste après leur sortie de l'hôpital, le taux de réadmissions est nul.

La mise en place de ces pénalités présuppose que les hôpitaux ont la capacité de mener des projets permettant de faire diminuer le taux de réadmissions. Cependant, si différents modèles mentionnés dans la littérature ont réussi à faire diminuer significativement le taux de réadmissions dans l'hôpital où ils ont été mis en place, une revue systématique comparant toutes les interventions a conclu qu'aucune d'entre elles n'a un impact significatif sur le taux de réadmission<sup>90</sup>.

Le calcul du retour sur investissement, dans le cadre de la mise en place d'un projet visant à réduire le taux de réadmission est complexe. En effet, le coût du projet est facile à calculer et dépend des interventions prévues dans le cadre du projet. Cependant, l'impact du projet sur le taux de réadmission à 30 jours est incertain.

Des équipes de chercheurs ont déjà proposé des évolutions des pénalités et en particulier des coefficients d'ajustement permettant de mieux prendre en compte les facteurs de risques de réadmissions indépendants de la qualité de la prise en charge pour lutter contre les effets pervers et obtenir les effets voulus<sup>91</sup>.

---

<sup>90</sup> HANSEN L., YOUNG R., HINAMI K. et al., 2011, « Interventions to Reduce 30-Day Rehospitalization : A Systematic Review », *Annals of internal Medicine*, vol.155, pp.520-528.

<sup>91</sup> JOYNT K., JHA A., 2013, « Characteristics of hospitals receiving penalties under the Hospital Readmission Reduction program », *Journal of the American Medical Association*, vol.309, pp. 355-363.

## 1.5 La transition hôpital – domicile aux Etats-Unis : questions soulevées par la conduite de projets sur le terrain

La mise en place de pénalités pour réadmissions a focalisé l'attention des hôpitaux et des acteurs de terrain sur un processus clé dans la coordination des soins : la transition hôpital-domicile.

Deux études<sup>92</sup> ont recensé les bonnes pratiques en matière de transitions hôpital-domicile qui permettraient de réduire les réadmissions. Le tableau ci-après reprend le « modèle idéal de transition hôpital-domicile » de Bisognano et Boutwell, retenu par le CMS<sup>93</sup>.

<p><b>1. Améliorer l'évaluation des besoins du patient dès son admission</b></p> <p>a. Inclure les aidants familiaux et les professionnels de santé intervenant après la sortie (infirmières à domicile, médecins traitants, ...) comme de véritables partenaires dans l'évaluation des besoins, l'organisation de la sortie, et l'anticipation des besoins lors du retour à domicile.</p> <p>b. Prendre en compte le traitement antérieur du patient lors de son admission</p> <p>c. Mettre en place un plan de soins standardisé fondé sur les résultats de l'évaluation initiale</p>	<p><b>3. Améliorer la communication sur la transition de soins au bénéfice du patient et de sa famille</b></p> <p>a. Veiller à ce que le traitement de sortie prenne en compte à la fois le traitement que le patient avait avant son hospitalisation et les nouveaux besoins liés à l'épisode aigu qui a conduit à son hospitalisation</p> <p>b. Fournir en temps réel les informations importantes au médecin traitant, à l'agence de soins à domicile et à tous les autres professionnels de santé qui accompagnent le patient après sa sortie à domicile ou en soins de suite.</p>
<p><b>2. Améliorer les modalités de l'éducation thérapeutique</b></p> <p>a. Identifier les « apprenants » au moment de l'admission (le patient, les aidants familiaux, l'aide à domicile)</p> <p>b. Concevoir un processus d'éducation thérapeutique qui améliore la compréhension par le patient et ses aidants de leur rôle dans le plan de soins</p> <p>c. Évaluer quotidiennement à l'hôpital puis durant les appels téléphoniques de suivi la compréhension par patient et ses aidants des instructions de sortie et leur capacité à suivre le plan de soins</p>	<p><b>4. Mettre en place un suivi du patient après sa sortie</b></p> <p>a. Pour les patients à haut risque : avant leur sortie, programmer un rendez-vous de suivi dans les 48h après la sortie, à domicile ou en consultations.</p> <p>b. Pour les patients à risque modéré : avant leur sortie, programmer un appel téléphonique de suivi dans les 48h.</p>

<sup>92</sup> GOLDFIELD et al. (2008), BISOGNANO et BOUTWELL (2008).

<sup>93</sup> Traduction de l'auteur. BISOGNANO, BOUTWELL, 2008, « Improving Transitions to Reduce Readmissions », *Frontiers of Health Services Management*, vol.25, pp.3-10.

Cependant, les projets conduits sur le terrain pour mettre en œuvre ces bonnes pratiques ont des résultats contrastés. Une revue systématique de la littérature publiée en 2011 a même conclu « qu'il est impossible d'associer de façon significative un type d'intervention avec une diminution du taux de réadmission »<sup>94</sup>. Une enquête de terrain, réalisée dans le cadre de ce mémoire, et décrite ci-après, propose des pistes de réflexion pour mieux comprendre les raisons de la réussite ou de l'échec des projets d'amélioration de la coordination des soins.

A l'hôpital, des administrateurs, des médecins, des infirmières et des travailleurs sociaux ; en ville, des médecins généralistes, des aidants, des agences de soins à domicile et diverses organisations sociales ou médico-sociales ; entre l'hôpital et la ville différents services de soins de suite et de réadaptation (SSR)... L'implication d'une multitude d'acteurs dans les transitions hôpital-domicile crée des interactions complexes et des risques pour les patients<sup>95</sup>. Des transitions mal gérées entraînent notamment des erreurs médicales coûteuses et l'engorgement des urgences<sup>96</sup>.

Un patient sur cinq subit un événement indésirable dans les 3 semaines qui suivent sa sortie de l'hôpital. 60% de ces événements indésirables sont liés au traitement et auraient pu être évités<sup>97</sup>. En moyenne 20% des bénéficiaires de Medicare sont réadmis à l'hôpital dans les 30 jours qui suivent leur sortie et 34% dans les 90 jours<sup>98</sup>. Selon MedPAC, les réadmissions hospitalières dans les 30 jours entraînent environ 15 milliards de dollars de dépenses par an pour Medicare. La mauvaise coordination des soins, incluant la mauvaise gestion des transitions aurait généré 25 à 45 milliards de dollars de dépenses évitables en 2011 aux Etats-Unis<sup>99</sup>.

En dépit de centaines d'articles et de revues sur l'amélioration des transitions, il n'y a pas encore de consensus sur les meilleures pratiques ayant un impact à la fois significatif et

---

<sup>94</sup> HANSEN L. et al., 2011, Ibidem.

<sup>95</sup> NAYLOR M., KEATING S., 2008, « Transitional care: moving patients from one care setting to another », The American Journal of Nursing, vol. 108, pp.58-63.

<sup>96</sup> SNOW V., BECK D., BUDNITZ T. et al., 2009, « Transitions of Care Consensus Policy Statement », Journal of Hospital Medicine, vol. 4, pp.364-370.

<sup>97</sup> FORESTER A., MURFF H., PETERSON J. et al, 2003, « The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital », Annals of internal Medicine, vol. 138 (3), pp.161-7.

<sup>98</sup> JENCKS S., WILLIAMS M., COLEMAN E., 2009, « Rehospitalizations among Patients in the Medicare Fee for Service Program », New England Journal of Medicine, vol. 360, pp.1418-1428.

<sup>99</sup> BURTON R., 13 septembre 2012, « Improving Care Transitions », Health Affairs.

efficace<sup>100 101 102 103 104</sup>. La littérature offre de nombreux exemples d'interventions qui ont un impact sur un aspect précis du processus de transition hôpital-domicile. Dans ce contexte, il a semblé utile de comprendre ce que les différents acteurs définissent comme « transitions hôpital-domicile » et quels problèmes leur semblent prioritaires.

A notre connaissance, cette étude est la première analyse des perspectives des différents acteurs impliqués dans le processus de transition hôpital-domicile.

L'évolution des incitations économiques<sup>105</sup>, l'amélioration des technologies de l'information, et le succès de certains projets locaux peu coûteux permettant de réduire le taux de réadmissions<sup>106</sup> entraînent l'apparition de nombreux projets d'amélioration des transitions hôpital – domicile. Mais les différents groupes de professionnels impliqués dans ces projets partagent-ils la même définition du processus ? Sont-ils d'accord sur les principaux problèmes à résoudre ? Comment l'amélioration des transitions hôpital-domicile est-elle envisagée par différents groupes d'acteurs et différentes institutions ?

---

100 COLEMAN E., BERESON R., 2004, « Lost in Transition : Challenges and Opportunities for Improving the Quality of Transitional Care », *Annals of Internal Medicine*, vol. 141(7), pp.533-536.

101 HANSEN L., YOUNG R., HINAMI K. et al., 2011, « Interventions to Reduce 30-Day Rehospitalization : A Systematic Review », *Annals of internal Medicine*, vol.155, pp.520-528.

102 MURTAUGH C., LITKE A., 2002, « Transitions in post acute and long term care settings: Patterns of Use and Outcomes for a National Cohort of Elders », *Medical Care*, vol.40, pp.227-236.

103 KIPRILANI S., LEFEVRE F., PHILLIPS C. et al., 2007, « Deficits in Communication and Information Transfer between Hospital-Based and Primary Care Physicians: Implications for Patient Safety and Continuity of Care », *Journal of the American Medical Association*, vol. 297(8), p.831.

104 KIPRALANI S., JACKSON A., SCHNIPPER J. et al., 2007, « Promoting effective transitions of care at hospital discharge: a review of key issues for hospitalists », *Journal of Hospital Medicine*, vol. 2, pp.314-323.

105 KANE R., JOHNSON P., TOWN R. et al., 2004, « Economic Incentives for Preventive Care », *Agency for Healthcare Research and Quality*.

106 COLEMAN E., PARRY C., CHALMERS S. et al., 2006, « The Care Transition Intervention. Results of a Randomized Controlled Trial », *Archives of Internal Medicine*, Vol.166, pp.1822-1828.

### **1.5.1 Méthode de l'étude**

Cette étude exploratoire a pour objectif d'identifier les différentes approches du processus de transition hôpital – domicile et les problèmes prioritaires pour les différents groupes d'acteurs qui y sont impliqués. A cette fin, plusieurs groupes d'acteurs ont été identifiés : les directeurs et administrateurs, les médecins, les infirmières, les travailleurs sociaux et les patients. Aucune liste ou source publique officielle ne permettant de localiser les acteurs impliqués dans des projets d'amélioration des transitions hôpital-domicile n'a été identifiée. En conséquence, les membres des différents groupes ont été localisés en utilisant un échantillon en boule de neige à partir de médecins impliqués dans les transitions hôpital – domicile au Weill Cornell Medical Center – New York Presbyterian Hospital et à Bellevue Hospital Center. L'échantillon a été construit de façon à assurer la représentation de chaque groupe.

L'objectif de l'étude est de comprendre comment les différents groupes d'acteurs définissent les transitions hôpital-domicile, comment leurs perceptions des problèmes convergent ou diffèrent et d'explorer les implications de ces résultats pour la recherche et les politiques publiques. Des interviews semi-structurées utilisant 10 questions types ont été enregistrées, transcrites puis qualitativement analysées par thème et différences entre les groupes. Des citations typiques ont été relevées.

Le guide d'entretien semi-directif comporte les questions suivantes : 1. Comment définissez-vous les transitions hôpital - domicile ? 2. Dans les transitions hôpital - domicile quelles sont les principales caractéristiques de l'hôpital ? 3. Quelles sont les principales caractéristiques du domicile ? 4. Quelles sont les principales différences entre l'hôpital et le domicile ? 5. Que se passe-t-il pendant la transition ? 6. Quels sont les trois difficultés les plus importantes pour la qualité des transitions hôpital - domicile ? 7. Y a-t-il d'autres difficultés ? 8. Quelles sont vos priorités pour améliorer les transitions hôpital – domicile ? 9. Quels sont vos projets actuels pour améliorer les transitions hôpital - domicile ? 10. Que devrait-on faire d'autre pour améliorer les transitions hôpital - domicile ?



### **1.5.2 Résultats : différentes visions du processus de transition hôpital-domicile et des priorités pour l'améliorer**

Les thèmes sont présentés par groupe professionnel (administrateurs, médecins, infirmières et travailleurs sociaux) et par type d'organisation (hôpitaux, SSR, agence de soins à domicile, patients et aidants).

Différentes représentations de la principale différence entre l'hôpital et le domicile entraînent une définition spécifique du processus de transition hôpital-domicile par groupe d'acteurs.

Des catégories de priorités ont émergé de l'analyse des réponses des différents groupes professionnels : problèmes systémiques, communicationnels, organisationnels, socio-économiques, ou encore manque de connaissances scientifiques sur le sujet ou d'investissement des professionnels dans le processus.

Au titre des problèmes systémiques, les différents groupes mentionnent des incitations économiques, des règles et régulations, des problèmes d'assurance, et le fonctionnement fragmenté du système de santé. Ils évoquent des problèmes de communication entre les différentes structures de soins (hôpital, ville, EHPAD, SSR, agences de soins à domicile), mais aussi au sein d'une même structure, entre les membres de l'équipe en charge du patient et avec le patient lui-même et les aidants. En matière d'organisation, ils évoquent le manque de temps pour assurer des transitions de qualité, le management d'équipe et le processus de sortie du patient. Ils mentionnent également des problèmes liés au patient, à son environnement socio-économique et à ses aidants.

A) Les différents groupes d'acteurs ne partagent pas la même vision du processus de transition hôpital-domicile.

La définition des transitions hôpital-domicile varie en fonction de ce que les différents acteurs perçoivent comme la principale différence entre l'hôpital et le domicile : le mode de prise en charge financière des soins, la structure de soins (hôpital / ville), le traitement, ou les questions socio-économiques. Ils hiérarchisent différemment l'importance de ces changements dans la définition du processus.

- a) *Les administrateurs se focalisent sur le changement de mode de financement des soins du patient.*

Le changement de mode de financement des soins du patient est l'un des 3 principaux éléments de la définition de la transition hôpital-domicile pour 100% des administrateurs (qui le classent en 1er) et 100% des travailleurs sociaux qui le classent en 2ème. 31% des médecins et 14% des infirmières ont mentionné ce changement parmi les trois plus importants.

Les deux autres principaux changements mentionnés par 87% des administrateurs sont ceux liés à l'environnement psycho-socio-économique du patient et aux personnes (professionnels ou aidants) responsables de sa prise en charge.

- b) *Les médecins se focalisent sur le changement dans la prise en charge médicale entre le médecin hospitalier et le médecin généraliste.*

Le changement de médecin (hospitalier / généraliste) est considéré comme un élément constitutif de la définition des transitions hôpital-domicile par la majorité des personnes de tous les groupes professionnels : 100% des médecins (qui le classent en 1er), 100% des infirmières (qui le classent en 2ème), 75% des travailleurs sociaux (qui le classent en 3ème) et 75% des administrateurs (qui ne le classent pas parmi les 3 changements les plus importants).

Les médecins justifient l'importance qu'ils accordent au changement entre le médecin hospitalier et le médecin généraliste par les risques qui y sont associés en matière d'erreurs médicales liées aux problèmes de communication. Par exemple, le médecin généraliste ne reçoit pas systématiquement le compte-rendu d'hospitalisation.

Quand les systèmes d'informations ne sont pas interconnectés (ce qui est souvent le cas), le médecin généraliste peut ne pas savoir que son patient a été hospitalisé. En conséquence, les patients n'ont pas systématiquement de rendez-vous de suivi avec leur médecin après la sortie de l'hôpital.

- c) *La définition de la transition hôpital-domicile par les infirmières fait apparaître le changement de traitement comme déterminant.*

Dans la définition du processus, le changement de traitement est mentionné par la majorité des professionnels : 100% des infirmières (qui le classent en 1er) et des médecins (qui le classent en 2ème), 75% des administrateurs et des travailleurs sociaux (qui ne le classent pas parmi les trois changements les plus importants). Les infirmières et les médecins accordent de l'importance à ce changement pour plusieurs raisons. Quand le patient est admis à l'hôpital, il arrive fréquemment que son traitement change sans que les médecins disposent d'une information complète et fiable sur le traitement en cours. Un nouveau traitement est prescrit pendant l'hospitalisation, parfois en raison de préférences locales et non de différences thérapeutiques. En dépit des recommandations de bonnes pratiques, il est rare qu'un pharmacien soit systématiquement impliqué dans le processus de sortie du patient. L'équipe en charge de la sortie du patient lui délivre des informations souvent complexes dans un temps limité. Le médecin généraliste ou l'infirmière à domicile ne reçoivent pas systématiquement le compte-rendu d'hospitalisation et/ou les prescriptions. L'hôpital renvoie souvent le patient à domicile sans fixer de rendez-vous de suivi avec le médecin généraliste. Parfois, le traitement prescrit n'est pas remboursé et le patient n'est pas en mesure de se le procurer.

*d) La définition des transitions hôpital-domicile par les travailleurs sociaux se concentre sur les problèmes économiques et psycho-sociaux des patients*

Les modalités de gestion des problèmes économiques ou psycho-sociaux des patients apparaissent comme un élément constitutif de la transition pour 100% des travailleurs sociaux (qui le classent en 1<sup>er</sup>). Ce changement est aussi mentionné par 88% des administrateurs et 71% des infirmières (qui le classent 3ème). Il est évoqué par 69% des médecins, mais pas parmi les trois changements les plus importants.

Les travailleurs sociaux préparent un projet de prise en charge pour le patient en amont de sa sortie, mais des problèmes économiques et/ou psycho-sociaux s'avèrent souvent incompatibles avec ce plan de soin construit hors contexte. Les déterminants sociaux de santé tels que les conditions de logement, la pauvreté, l'absence d'aidants ou les addictions passent temporairement au second plan pendant l'hospitalisation. Il est alors difficile d'en effectuer une évaluation et de prendre les mesures appropriées, la majorité des informations sur ces sujets étant détenues par le patient lui-même.

*e) Pour les professionnels des centres de soins de suite et de réadaptation (SSR) l'évolution du statut fonctionnel du patient et le groupe professionnel qui en*

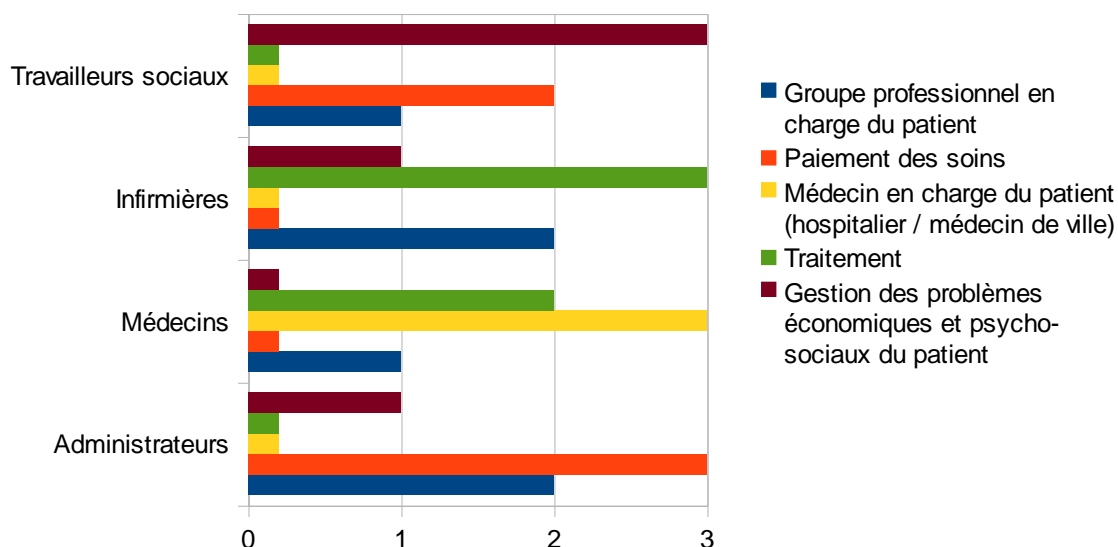
*assure la prise en charge sont les deux éléments majeurs du processus de transition hôpital-domicile.*

Les centres de SSR peuvent jouer un rôle dans les transitions hôpital-domicile. Dans ce cas, la transition comporte deux étapes : hôpital-SSR et SSR-domicile. Pour ces deux étapes les principaux changements évoqués par les professionnels sont l'évolution du statut fonctionnel du patient et le groupe responsable de la prise en charge. La transition SSR-domicile est dangereuse car le patient quitte un cadre de soins dans lequel une équipe médicale est disponible en permanence. Les aidants à domicile n'ont pas toujours la formation nécessaire pour gérer des besoins de soins complexes.

f) *La plupart des patients ne comprennent pas pourquoi la question de la définition de la transition hôpital-domicile se pose.*

86% des patients répondent que la transition hôpital-domicile, « c'est juste rentrer à la maison ». Les patients considèrent majoritairement que cette transition correspond au retour à la vie normale et à la situation précédant l'hospitalisation. Cette vision ne prend pas en compte les changements intervenus depuis l'événement qui a entraîné leur admission à l'hôpital et pendant l'hospitalisation.

**La définition de la transition hôpital-domicile par groupe professionnel est résumée dans le graphique ci-dessous.**



B) Les différents groupes d'acteurs ne partagent pas la même vision des principales difficultés à résoudre pour améliorer la qualité des transitions hôpital-domicile.

a) *Les administrateurs se concentrent sur les problèmes systémiques.*

Les administrateurs mentionnent prioritairement des problèmes relatifs au système de santé, avec trois exemples : l'absence de coordination entre le médecin généraliste et l'hôpital, la difficulté pour le patient d'accéder à un rendez-vous avec un spécialiste dans un délai correct après son hospitalisation, et le fait que l'hôpital ne soit pas clairement désigné comme le responsable de l'organisation des transitions hôpital-domicile.

87% des administrateurs mentionnent des incitations économiques défavorables à des transitions hôpital-domicile de qualité. Premièrement, les transitions sont un problème transversal mais il n'y a pas de budget transversal pour les financer. Deuxièmement, il y a toujours une forte pression économique à la réduction de la durée de séjour. Troisièmement, les incitations économiques sur les hôpitaux et sur les médecins hospitaliers sont parfois contradictoires. Si les hôpitaux sont pénalisés pour les réadmissions, les médecins hospitaliers ne le sont pas, ils ne partagent donc pas forcément les mêmes priorités.

75% des administrateurs mentionnent des problèmes d'assurance. Plusieurs situations sont fréquentes. Le patient n'a pas les moyens de financer les soins à domicile dont il aurait besoin parce que les assurances financent un panier de soins limité. Le patient ne peut se procurer les médicaments qui lui sont prescrits car ils ne sont pas remboursés par son assurance. Le patient ne peut pas voir le spécialiste à qui il est adressé car ce dernier ne travaille pas avec son assurance.

62% des administrateurs mentionnent la complexité de la mesure de la qualité des transitions. On peut mesurer le taux de réadmission, mais il est difficile d'établir un lien entre projet d'amélioration des transitions et diminution du taux de réadmission.

b) *La perception des médecins met en avant les problèmes de communication.*

100% des médecins mentionnent des problèmes de communication entre les différents éléments du système de santé (hôpital, SSR, médecins généralistes, agences de soins à domicile...). 84% des médecins évoquent des problèmes de communication avec les

patients. 76% des médecins évoquent des problèmes de communication dans l'équipe. 53% des médecins évoquent également un manque de formation en matière de transitions.

100% des médecins mentionnent des problèmes de communication entre les différentes composantes du système de santé, avec de nombreux exemples. Les systèmes d'information sont souvent indépendants. Les compte-rendus d'hospitalisation ne sont pas systématiquement envoyés par voie électronique. Les dossiers patients informatisés de l'hôpital ne sont accessibles qu'aux médecins généralistes affiliés à l'hôpital. Parfois, le médecin généraliste ne sait pas que son patient a été hospitalisé, que son traitement a changé et qu'il doit être suivi. Des erreurs médicales et des interactions médicamenteuses peuvent alors survenir. L'évaluation de l'évolution de l'état du patient par le médecin de l'agence de soins à domicile est délicate car il n'a pas forcément d'informations en provenance de l'hôpital et /ou du médecin traitant.

84% des médecins mentionnent des problèmes de communication avec les patients et/ou leurs aidants. Le degré de compréhension par les patients des informations relatives à leur santé dépend de leur niveau d'éducation et de leur capacité à absorber d'importantes quantités d'informations rapidement. La mesure de la compréhension par les patients du projet de soins mis en place après leur sortie de l'hôpital est délicate. L'éducation thérapeutique n'est pas suffisamment individualisée pour prendre en compte les modalités d'apprentissage de chacun. Il n'existe pas de ressources spécifiques, en particulier pour les patients ayant des troubles cognitifs. Parfois, les patients ne sont pas en mesure de discuter avec l'équipe médicale et ils n'ont pas de famille ou d'amis susceptibles de recevoir l'information indispensable à la mise en place du projet de soins. De plus, même quand ils ont une aide à domicile, cette personne est rarement impliquée dans les conversations avec l'équipe. Un problème de communication spécifique se pose pour la transition hôpital - soins palliatifs à domicile. L'éducation thérapeutique des patients et des aidants dans ce domaine doit être renforcée pour prévenir les réhospitalisations évitables.

76% des médecins évoquent des problèmes de communication dans l'équipe. De nombreuses personnes sont impliquées dans les transitions, sans qu'un responsable ne soit clairement identifié. La communication entre les médecins et les infirmières à propos des transitions est difficile. Elle reflète des conflits pour le leadership entre différents groupes professionnels.

61% des médecins évoquent des difficultés d'organisation. Le processus de sortie prend beaucoup de temps. Les médecins « seniors » ont rarement la possibilité d'être présents

au moment de la sortie des patients, ce sont donc souvent des internes qui s'en occupent. Or ces derniers manquent d'expérience pour anticiper l'ensemble des difficultés qui pourront survenir après la sortie du patient.

53% des médecins mentionnent aussi le manque de formation et d'informations scientifiques sur le processus de transition et les dispositifs permettant son amélioration. L'hôpital ne dispose pas de base de données globale sur les transitions hôpital-domicile. Quand un patient quitte l'hôpital, le contact est rompu jusqu'à son éventuelle réadmission. Il est donc difficile pour l'hôpital d'améliorer un processus qui se déroule en partie en dehors de ses murs et sur lequel il ne dispose plus d'informations. L'hôpital ne reçoit un retour sur les problèmes survenus après la sortie que lorsque les problèmes sont graves au point d'entraîner la réadmission du patient.

c) *Les infirmières se concentrent sur les problèmes organisationnels : le manque de temps, le processus de sortie, et le management d'équipe.*

85% des infirmières mentionnent des problèmes d'organisation, 57% un problème d'investissement professionnel dans les transitions.

La gestion des transitions est chronophage. Les médecins et les infirmières ont beaucoup d'autres choses à gérer simultanément, telles que les admissions ou les soins aux patients hospitalisés. Le management d'équipe identifie rarement un responsable des transitions. La participation d'un pharmacien n'est pas systématique. Même quand une équipe interdisciplinaire existe elle ne se met pas forcément d'accord sur le traitement de sortie et les recommandations avant que chaque membre de l'équipe parle au patient. Les professionnels des différents groupes prennent des décisions qui ne sont pas nécessairement partagées. Les aidants ne sont pas toujours impliqués dans les décisions de l'équipe.

Le déroulement de la sortie dépend des disponibilités de la famille, des autres activités des médecins, des infirmières et des travailleurs sociaux. Selon une étude, chaque professionnel consacre environ deux minutes au patient, mais pas simultanément. Le patient reçoit donc des informations contradictoires ou une quantité telle d'informations délivrées par différentes personnes qu'il peut avoir du mal à les synthétiser.

57% des infirmières mentionnent le faible investissement des professionnels de santé dans les transitions. La mission des hospitaliers est de faire sortir les patients de l'hôpital

le plus vite possible. Les médecins s'intéressent davantage à la prise en charge du patient dans la phase aiguë qu'aux transitions. Beaucoup de médecins ne sont pas formés à l'importance des transitions en termes de morbidité et de mortalité.

d) *Les travailleurs sociaux se focalisent sur les problèmes psycho-sociaux, les questions d'assurance et la communication entre les structures de soins.*

Les travailleurs sociaux mentionnent des difficultés de transitions liées au logement, à la pauvreté, à l'isolement social, aux addictions, à l'accès aux médicaments, ainsi que des problèmes psychiatriques et des questions d'assurance. Les assureurs ne couvrent pas beaucoup de soins à domicile même si le patient est très malade ou dépendant et que sa famille n'est pas en mesure de lui prodiguer les soins dont il aurait besoin. De nombreux patients ne sont pas en mesure de financer une aide complémentaire. Deux patients qui ont exactement les mêmes besoins peuvent obtenir des montants de soins différents en fonction de leur assurance.

Les travailleurs sociaux mentionnent des problèmes de communication entre structures de soins, et en particulier la négociation du plan de soins entre l'hôpital et l'agence de soins à domicile. L'évaluation des besoins par le travailleur social de l'hôpital et par l'agence de soins à domicile peut être différente. L'hôpital peut demander à ce que le patient reçoive certains soins et l'agence peut en décider autrement sur la base des critères établis par Medicare.

75% des travailleurs sociaux mentionnent des problèmes liés aux aidants. Beaucoup de familles sont éclatées géographiquement. De plus en plus de femmes travaillent. Certains patients sont très isolés. L'aide à domicile manque souvent de formation dans le domaine de la santé en général et des transitions en particulier. Beaucoup d'aidants sont démunis face aux problèmes de santé qui peuvent survenir à domicile. La réadmission n'est pas toujours la meilleure solution, mais les alternatives sont méconnues.

50% des travailleurs sociaux mentionnent le manque d'investissement des médecins dans les transitions et le manque de savoir scientifique à ce sujet. Les médecins ne sont pas formés pour anticiper la vie du patient à la maison (environnement, rééducation, régime alimentaire, soins à domicile...). Les médecins et les infirmières qui font des visites à domicile ne savent pas toujours quelles adaptations du logement pourraient être réalisées et ne connaissent pas toujours les droits du patient en la matière. Ils manquent également de formation en ergonomie. Or, quand un patient vit dans un logement qui n'est pas



adapté à ses besoins, des événements indésirables peuvent survenir et entraîner une réadmission.

e) *Les professionnels de soins de suite et de réadaptation (SSR) se focalisent sur les questions de communication et d'organisation.*

100% des professionnels de SSR évoquent des problèmes de communication entre les structures de soins et des problèmes de communication avec les patients. Les SSR n'ont pas suffisamment d'informations avant d'accepter un patient pour savoir si le niveau de soins qu'ils peuvent fournir est compatible avec l'état de santé du patient.

75% des professionnels des SSR évoquent des problèmes d'organisation. Les patients arrivent parfois trop tôt et trop malades pour une prise en charge en SSR. La demande de compétences cliniques en SSR est croissante, mais il est difficile pour les SSR de recruter des professionnels qualifiés et compétents car ce secteur n'est pas le plus attractif pour les infirmières. Les patients qui arrivent de l'hôpital arrivent souvent après 16h ou le vendredi soir.

f) *Les professionnels des agences de soins à domicile se concentrent sur la communication entre structures de soins, les problèmes d'assurance et la réglementation.*

100% des professionnels des agences de soins à domicile mentionnent des problèmes de communication entre structures de soins. 75% d'entre eux évoquent des problèmes systémiques liés à la réglementation ou aux questions d'assurance ainsi que des difficultés de communication avec l'hôpital et le médecin généraliste. Les systèmes d'informations ne sont pas connectés et les professionnels de santé, à l'hôpital ou en ville, sont difficilement joignables.

Sur le plan systémique, les professionnels des agences de soins à domicile évoquent une réglementation complexe et trop de contraintes administratives, le plan de soins du patient est rigide et difficile à adapter.

Ils déplorent également des problèmes d'assurance. Le montant de soins à domicile financé est insuffisant pour certains patients.

*g) Les patients se focalisent sur les problèmes de communication et d'organisation.*

83% des patients mentionnent des problèmes de communication à propos du projet de soins, du traitement ou des comportements à adopter. Il leur est difficile d'anticiper l'ensemble des difficultés auxquelles ils pourraient être confrontés à domicile pour demander l'aide correspondante. Certains patients mentionnent également des conflits avec leurs aidants et/ou les professionnels de santé à propos des choix relatifs à leur prise en charge.

66% des patients mentionnent des problèmes d'organisation. Le processus de sortie est long et complexe. Les démarches administratives sont nombreuses. Il y a trop de papiers à remplir, trop d'informations délivrées par des personnes différentes, dans des langages différents, à des moments différents. Il n'y a pas de porte parole de l'ensemble de l'équipe médicale. Les aidants ne sont pas toujours présents quand les professionnels de santé donnent les instructions de sortie et lorsqu'ils le sont, ils ne se sentent pas toujours capables de traiter toutes les informations qui leur sont délivrées.

*h) Les différentes visions des principales difficultés à résoudre pour améliorer la qualité des transitions hôpital-domicile sont reportées dans le tableau ci-après.*

Représentation des principales difficultés posées par le processus de transition hôpital-domicile par groupe d'acteurs

		Administrateurs	Médecins	Infirmières	Travailleurs sociaux	Professionnels de SSR	Professionnels de soins à domicile	Patients
Problèmes systémiques	Organisation du système de santé	X						
	Incitation économiques et encadrement juridique	X					X	
	Prise en charge des soins par l'assurance santé	X			X			
Problèmes de communication (aspects humains et techniques)	Communication entre différentes structures de soins		X		X	X	X	
	Communication au sein d'une structure de soins		X					X
	Communication avec le patient et les aidants		X	X		X		X
Problèmes organisationnels	Manque de temps consacré aux transitions		X	X				
	Management d'équipe		X	X				
	Processus de sortie du patient		X	X		X		X
Problèmes économiques et psycho-sociaux	Problèmes psycho-sociaux				X			
	Problèmes liés aux aidants (absence d'aidants, difficultés matérielles, manque de formation)				X			
Formation et conduite de projets en matière de transitions de soins	Manque de données scientifiques sur les transitions, difficile évaluation de leur qualité	X	X					
	Manque de formation des professionnels		X		X			
	Manque d'investissement de la part des professionnels		X	X	X			X

## C) Discussion

Cette étude exploratoire analyse 45 interviews avec des médecins, des infirmières, des travailleurs sociaux, des administrateurs, des professionnels de SSR et d'agences de soins à domicile ainsi que des patients. Ces différents groupes d'acteurs se rejoignent sur certaines difficultés posées par les transitions. Cependant, ils ne partagent pas la même définition du processus, et n'identifient pas les mêmes priorités. Bien que caractéristique de la fragmentation de la médecine actuelle, une telle divergence de vue fait de la résolution des problèmes un challenge particulièrement complexe. Des thèmes communs ont toutefois émergé. Dans tous les groupes, des problèmes systémiques, communicationnels, organisationnels, ou psycho-sociaux sont évoqués. Cependant, la perception des principaux obstacles à des transitions réussies varie fortement d'un groupe d'acteurs à l'autre. Les administrateurs soulignent les difficultés systémiques, les médecins les problèmes de communication, les infirmières les questions d'organisation, et les travailleurs sociaux les problèmes liés au patient et à son environnement.

Les administrateurs hospitaliers ne sont pas incités à investir dans l'amélioration des transitions car, d'un point de vue financier, la responsabilité de la transition n'est pas identifiée et le bénéficiaire du retour sur investissement non plus. Les administrateurs hospitaliers prennent également en compte les intérêts contradictoires entre les différents groupes professionnels et l'absence de certitude quant à la réussite des programmes d'amélioration des transitions. Conscients des conséquences de transitions mal gérées en termes de santé publique, ils ne sont cependant pas incités à investir dans des projets d'amélioration des transitions. La mise en place des pénalités pour réadmission modifie cette situation.

Les médecins hospitaliers dénoncent des problèmes de communication entre les structures de soins, au sein d'une même structure ou avec le patient. La question du leadership médical et la responsabilité de l'éducation du patient sont au cœur de leur représentation.

Les infirmières considèrent les problèmes d'organisation et en particulier le processus de sortie comme des obstacles difficiles à surmonter en raison du manque d'investissement des autres groupes d'acteurs dans ce processus pluriprofessionnel.

Les travailleurs sociaux identifient les problèmes psycho-sociaux des patients comme l'un des principaux défis car le montant de soins ou d'aide à domicile financé par Medicare n'est pas suffisant pour garantir de bonnes transitions.

**Le point commun de ces différentes perceptions est que le principal problème perçu par chaque groupe dépend en partie de facteurs sur lesquels il n'a pas de prise.**

Les projets d'amélioration des transitions hôpital-domicile sont à la mode, encouragés par les hôpitaux inquiets de la mise en place des pénalités pour réadmission sous 30 jours<sup>107</sup>. Mais le but de ces interventions et les conditions de leur succès ne sont pas faciles à déterminer. Les approches sont multiples. Il existe des projets centrés sur les patients ayant des taux de réadmissions élevés<sup>108</sup>, des projets centrés sur certaines maladies comme l'insuffisance cardiaque<sup>109</sup>, la fixation de rendez-vous médicaux systématiques juste après la sortie, des visites de suivi à domicile, l'utilisation de la télémédecine, des formations d'équipes multi-professionnelles à la communication, des formations pour les étudiants en médecine<sup>110</sup>, des interventions pour réduire les risques d'interactions médicamenteuses au cours des transitions<sup>111</sup>, la mise en place de dossiers patients partagés, l'utilisation de formulaires universels de transfert, des programmes sociaux de livraison des repas à domicile, des solutions de transports sanitaires pour permettre aux patients de se rendre à leurs rendez-vous de suivi, des projets de recherche pour améliorer la communication sur le retour à domicile pour soins palliatifs, la mise en place

---

<sup>107</sup> RAU J., 26 novembre 2012, « Hospitals Face Pressure to Avert Readmissions », The New York Times.

<sup>108</sup> GAWANDE A., 24 janvier 2011, « The Hot spotters. Can we lower medical costs by giving the neediest patients the better care? », The New Yorker.

<sup>109</sup> MCALISTER F., LAWSON F., TEO K., 2001, « A Systematic Review of Randomized Trials of Disease Management Programs in Heart Failure », The American journal of Medicine, Vol.110, pp.378-384.

<sup>110</sup> LOFASO V., CAPELLO C., RAMSAROOP S., et al., 2009, « Fast Forward Rounds : An Effective Method for Teaching Medical Students to Transition Patients Safely Across Care Settings », Journal of the American Geriatrics Society.

<sup>111</sup> RAMSAROOP S., HENDERSON C., SIEGLER E. et al., 2008, « Pitfalls of a of a medication reconciliation system : Understanding medication discrepancies during the transition from hospital to home », Division of Geriatrics, Weill Cornell Medical College, New-York, 2008.

de coordinateurs de transitions, la réalisation systématique d'évaluations individuelles dès l'entrée à l'hôpital, des programmes de formation des aidants<sup>112</sup>...

De nombreuses ressources sur l'amélioration des transitions existent. Des articles<sup>113 114</sup> et des sites Internet<sup>115</sup> fournissent des outils et des exemples d'interventions réussies, des standards nationaux américains ont été publiés par la Joint Commission on Accreditation of Hospitals<sup>116</sup>. Le fondement scientifique de tels programmes n'est cependant pas évident. Un ensemble d'indicateurs est mesuré et mentionné dans les articles relatifs aux projets d'amélioration des transitions comme le taux de réadmission sous 30 jours, le nombre moyen d'admissions annuelles par patient, le nombre de retour aux urgences, la qualité de vie, la mesure de l'évolution du statut fonctionnel, le bilan comparatif des médicaments (avant / après hospitalisation), le niveau et la qualité de l'investissement dans les soins des aidants familiaux, la satisfaction de l'équipe au cours du processus. Mais la plupart des projets d'amélioration des transitions sont conduits sans évaluation systématique de leur efficacité, et moins encore de leur efficience.

La multiplicité actuelle des approches est moins souvent liée à l'analyse scientifique du contexte local qu'aux représentations du chef de projet en matière de transitions qui sont, comme le montre cette étude, liées à son groupe professionnel.

Tous les groupes d'acteurs, à l'exception des patients, pensent que des projets d'amélioration des transitions peuvent effectivement avoir un impact sur la qualité de celles-ci. Mais certains entretiens ont souligné le fait que les projets mis en place dans les hôpitaux, les SSR ou les agences de soins à domicile ne sont pas suffisants. Des transitions réussies reposent aussi sur la disponibilité et la qualité de la médecine de ville.

---

112 LEVINE C., HALPER D., RUTBERG J., et al., 2013, « Engaging Family Caregivers as Partners in Transitions », Special Report, United Hospital Fund.

113 COLEMAN E., BOULT C., 2007, « Improving the Quality of Transitional Care for Persons with Complex Care Needs », American Geriatrics Society Position Statement, in Assisted Living Consult.

114 COLEMAN E., WILLIAMS M., 2007, « Executing High-Quality Care Transitions : A Call to Do It Right », Journal of Hospital Medicine, vol. 2, pp.291-296.

115 National Transition Of Care Coalition (NTOCC) : <http://www.ntocc.org/>

Next step in care : <http://www.nextstepincare.org/>

Right at home : <http://www.rightathome.net/care/care-transitions/>

The care transitions program (Coleman) : <http://www.caretransitions.org/>

116 The Joint Commission, Transition of Care Portal : <http://www.jointcommission.org/toc.aspx>

La moindre utilisation de l'hôpital génère des économies à l'échelle du système de santé. Elle requiert cependant des investissements de départ difficiles à réaliser tant que l'identification du bénéficiaire du retour sur investissement n'est pas claire.

#### D) Limites de l'étude

Cette étude exploratoire est fondée sur un échantillon limité issu de deux hôpitaux, deux SSR, et deux agences de soins à domicile. La définition et la perception des problèmes par les différents groupes d'acteurs pourraient être différentes dans un autre contexte. Cependant, ces résultats permettent d'émettre des hypothèses pour de futures études sur la définition des transitions et leur perception par différents groupes d'acteurs.

Une méta-analyse ou une revue systématique de l'ensemble des expérimentations mises en œuvre serait nécessaire pour comprendre les caractéristiques des projets efficaces et définir des standards de bonnes pratiques fondées sur des preuves scientifiques en matière de transitions.

### **1.5.3 Que retenir de cette étude pour pouvoir mettre en place des projets efficaces d'amélioration de la qualité des transitions ?**

Ces résultats ont des implications fondamentales en santé publique.

Pour mieux connaître l'impact potentiel de projets d'amélioration des transitions dans un contexte donné, il est tout d'abord nécessaire d'évaluer localement le nombre de réadmissions et de comprendre leurs causes.

Des procédures de communication entre les structures de soins, mais aussi au sein de chaque organisation devraient être établies pour identifier les informations à partager (par qui, à quel moment et par quel moyen).

Des formations pourraient améliorer la communication entre les professionnels de santé. Aucun des groupes n'a mentionné comme une barrière le fait que les autres groupes n'aient pas la même perspective sur la définition des transitions et des problèmes qu'elles posent. Tous présupposaient que les transitions étaient pensées de la même façon dans les autres groupes. Des méthodes interactives devraient également être développées pour intégrer les patients et les aidants comme de véritables partenaires dans l'équipe.

Plus globalement, pour éviter des transitions parfois inutiles et souvent dangereuses, le développement de la prévention est nécessaire. Des soins à domicile peuvent être envisagés de façon préventive à l'hospitalisation, ce qui est encore peu développé.

Le rôle des acteurs de santé publique est donc non seulement de reconnaître l'importance de l'amélioration de la qualité des transitions, mais aussi de développer les approches préventives.

### **Conclusion de l'étude**

Les transitions hôpital – domicile constituent un domaine clé pour améliorer les effets du système de soins sur la santé publique. Cependant, les acteurs qui y sont impliqués ne partagent ni la même définition du processus, ni la même perception des principaux problèmes à résoudre pour le rendre plus sûr et plus efficace. Leur capacité à construire ensemble des projets d'amélioration de la qualité en est limitée. En effet, au delà des perceptions particulières de chaque groupe, l'amélioration du processus passe à la fois par des réponses à des dysfonctionnements systémiques, à des problèmes de communication, à des questions d'organisation et à des difficultés psycho-sociales des patients. De multiples projets d'amélioration des transitions, concentrées sur une ou plusieurs de ces dimensions, ont été mis en œuvre. De futures recherches devraient recenser et évaluer l'ensemble de ces interventions afin de permettre la construction d'un guide opérationnel de bonnes pratiques.

L'amélioration de la coordination des soins constitue une thématique de recherche bien connue aux États-Unis depuis de nombreuses années. La mise en place récente de pénalités pour réadmissions consacre une approche essentiellement opérationnelle de la coordination des soins en termes d'amélioration des transitions dont l'hôpital est désigné comme responsable. En raison de la lourdeur des enjeux financiers pour les hôpitaux et en dépit de ses limites, cette conception a eu comme impact immédiat d'entraîner la mise en œuvre de nombreux projets et expérimentations locales.

La mesure de l'impact de ces projets sur le taux de réadmissions et l'évaluation de la qualité des transitions restent cependant délicates. Si certains projets semblent effectivement permettre de réduire le taux de réadmissions, d'autres pourtant similaires mais menés dans une autre structure n'y parviennent pas.



Ce constat amène à s'interroger sur le processus de transitions : de quoi parle-t-on vraiment ? Quelles sont les caractéristiques des transitions de soins ? Quelles sont les difficultés à résoudre prioritairement et qui constituent des « problèmes de santé publique » ? Quels autres indicateurs prendre en compte à côté du taux de réadmissions pour évaluer la qualité des transitions ?

Même lorsqu'ils interviennent au sein de la même équipe, différents groupes professionnels ne partagent ni les mêmes définitions ni les mêmes priorités en matière d'amélioration du processus de transition hôpital – domicile, alors même que ce processus peut sembler simple.

L'identification des principales causes de réadmissions et l'établissement d'un diagnostic local partagé sur la qualité des transitions hôpital – domicile devrait donc constituer un préalable à la mise en œuvre de tout projet d'amélioration des transitions.

## **2 Quelques questions sur l'approche française de la coordination des soins**

Le système de santé français est très différent du système de santé américain. Néanmoins, il est confronté, comme la plupart des pays de l'OCDE, à des défis comparables en matière de coordination des soins. La comparaison internationale ne vise pas à « découvrir » des solutions transposables dans le contexte français. Sujet éminemment complexe, la coordination des soins se traduit de façon spécifique dans des systèmes différents en fonction des déterminants locaux du problème.

La comparaison internationale offre cependant des perspectives opérationnelles. Elle permet tout d'abord d'écarter les modèles théoriques déjà mis en œuvre et dont la littérature a démontré l'échec pour des raisons indépendantes du contexte local. Elle peut également constituer, après une comparaison des diagnostics locaux, une source d'inspiration pour des expérimentations. Enfin et surtout, elle propose outils et méthodes, pour définir la coordination des soins, évaluer le coût de la non coordination et la qualité de la coordination ou modéliser des dispositifs et des incitations. Sans apporter de réponses, la comparaison internationale soulève des questions et propose des pistes de réflexion et des thèmes de recherche à visée opérationnelle.

Certains modèles de coordination des soins mis en œuvre aux Etats-Unis sont bien connus en France. Plusieurs documents publiés par le Ministère, la Haute Autorité de Santé (HAS), l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) ou la commission des affaires sociales du Sénat mentionnent des modèles d'amélioration des transitions de soins comme ceux de Coleman ou Naylor. L'objet de cette deuxième partie n'est pas de répertorier l'ensemble des modèles théoriques américains qui inspirent ou pourraient inspirer des expérimentations françaises. Sans prétendre apporter des réponses, il s'agit simplement, dans le cadre de ce mémoire, de soulever quelques grandes questions sur l'approche française de la coordination des soins et son évolution récente.

## 2.1 Comment définir la conception française de la coordination des soins ?

Le diagnostic de la fragmentation du système de santé français fait consensus. Selon l'ANAP, « le constat de départ est partagé par tous : les organisations mises en place pour structurer l'offre et assurer une meilleure coordination des prestations (réseaux, coopérations, filières) ne suffisent pas à délivrer un service « intégré » lisible pour l'utilisateur. Les professionnels agissent en silos et le territoire manque de pilotage transversal adapté aux enjeux »<sup>117</sup>.

Face à cette situation, le Ministère de la santé propose une définition large de la coordination des soins : « la coordination des soins se définit comme une action conjointe des professionnels de santé et des structures de soins en vue d'organiser la meilleure prise en charge des patients en situation complexe, en termes d'orientation dans le système, de programmation des étapes diagnostiques et thérapeutiques et d'organisation du suivi. Elle s'intègre dans la coordination du parcours de santé et a pour objectif de faire bénéficier le patient de « la bonne réponse (médicale, médico-sociale, sociale), au bon endroit, au bon moment »<sup>118</sup>.

En France l'approche de la coordination des soins est en effet souvent formulée en termes de « parcours de soins » et de « parcours de santé ». Cette évolution a été réaffirmée par la Ministre de la santé dans la Stratégie Nationale de Santé rendue publique le 23 septembre 2013.

Comment définir aujourd'hui l'approche française de la coordination des soins ? A-t-elle le même sens pour tous les acteurs qui y sont impliqués ? Existe-t-il des modèles qui décrivent ces « parcours » ? Quelles sont les implications de cette approche sur le plan opérationnel ?

---

<sup>117</sup> ANAP, 2012, « Le parcours de santé des personnes âgées sur un territoire ».

<sup>118</sup> MINISTERE CHARGE DE LA SANTE, DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS, Octobre 2012, « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? »

- A) Une approche en termes de « parcours » : « parcours de soins », « parcours de santé » et même « parcours de vie »

La formulation d'une approche de la coordination des soins<sup>119</sup> en termes de « parcours » est une spécificité française. L'utilisation de ce vocabulaire, loin d'être anodine, a des implications sur la conduite de la stratégie d'amélioration de la coordination des soins. En effet, il ne s'agit pas simplement d'agir sur un indicateur de qualité identifié comme pertinent (tel que le taux de réadmissions ou le nombre de passages aux urgences) mais d'améliorer le processus de prise en charge dans sa globalité. Cette approche est à la fois ambitieuse et complexe. Les différents acteurs qui y sont impliqués ont-ils la même vision des « parcours » ? Ces processus ont-ils été modélisés ?

Selon une définition de l'ARS d'Ile-de-France, un parcours se définit comme « la trajectoire globale des patients et usagers dans leur territoire de santé, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix. Il nécessite l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social. Il intègre les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement. Si le parcours d'une personne donnée est unique, à l'échelle d'une population on peut repérer et organiser des typologies de parcours a priori pour calibrer et anticiper les ressources nécessaires ».

Il s'agit bien ici de modéliser des parcours. Cependant, les résultats à atteindre au moyen d'une meilleure coordination ne sont pas ici véritablement explicités. S'agit-il par exemple de faire diminuer le taux de réadmissions ? Ou d'augmenter le taux de satisfaction des patients ? D'éviter un certain nombre de passages aux urgences ?

Plusieurs approches de la coordination des soins ou de la prise en charge, formulées en termes de parcours, coexistent dans les documents administratifs produits au niveau national ou local. On distingue le « parcours de soins »<sup>120</sup>, le « parcours de santé »<sup>121</sup> <sup>122</sup>

---

<sup>119</sup> « Soins » étant entendu au sens large de « prise en charge » à la fois médicale, médico-sociale et sociale.

<sup>120</sup> HAUTE AUTORITE DE SANTE,

<sup>121</sup> MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, « Stratégie Nationale de Santé, feuille de route », 23 septembre 2013.

<sup>122</sup> AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE, 2012, « Les parcours de santé des personnes âgées sur un territoire ».

et le « parcours de vie »<sup>123</sup>. Le « parcours de soins » reflète le parcours de la personne dans le système sanitaire, le « parcours de santé » inclut le « parcours de soins » ainsi que la prévention primaire et l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile, le « parcours de vie » prend en compte le parcours de santé ainsi que l'ensemble des éléments constitutifs de l'environnement du patient.

Ces premières définitions appellent plusieurs remarques. Tout d'abord elles laissent une grande marge d'appréciation aux pilotes et aux acteurs de la coordination pour définir qui fait quoi ? où ? quand ? comment ? et pourquoi ? Tous les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux sont potentiellement concernés. L'action peut avoir lieu à domicile, en ville ou à l'hôpital. La délimitation temporelle n'est pas précisée, de la prévention aux suites d'une maladie. Les moyens à mettre en œuvre pour améliorer la coordination ne sont pas identifiés. L'objectif est celui d'une « meilleure prise en charge » à « moindre coût ». Or la « meilleure prise en charge » dépend du choix des indicateurs de qualité sur lesquels l'intervention vise à agir et le « moindre coût » dépend de l'évaluation du coût de la prise en charge actuelle, de la part de ce coût liée à une mauvaise coordination et du rapport coût-efficacité des dispositifs mis en place pour améliorer la coordination.

Différentes réponses à ces questions par les acteurs impliqués dans le pilotage et la conception de la coordination des soins au niveau national (notamment, le Ministère, l'Assurance maladie, la HAS et l'ANAP) et local (notamment les ARS et les Conseils généraux) engendrent une multitude d'approches de l'amélioration des parcours de soins et des parcours de santé.

B) Existe-t-il des modèles qui décrivent les « parcours » en termes de processus ?

Des parcours ont été modélisés en France par la HAS, pour certaines pathologies et par l'ANAP pour certains types de patients, et notamment les personnes âgées.

Des parcours de soins ont été modélisés par la HAS pour certaines maladies chroniques (cf. Annexe 3). En revanche, il n'existe pas encore de modélisation du « parcours de soins » indépendante de la référence à une pathologie précise. La modélisation par pathologie effectuée par la HAS reflète pour l'instant, conformément aux

---

<sup>123</sup> SEINE SAINT DENIS, 2013, « Schéma départemental en faveur des personnes âgées 2013-2017 ».

missions principales de la HAS, une approche centrée davantage sur les bonnes pratiques professionnelles individuelles que sur l'articulation des soins.

L'ANAP mène depuis 2011 un projet visant à modéliser les parcours de santé des personnes âgées sur des territoires en appui de tous les professionnels de la ville, de l'hôpital et des structures médico-sociales. L'exemple de la modélisation des parcours des personnes âgées est présenté en annexe 4. L'objectif de l'ANAP est de proposer une nouvelle organisation du parcours de santé des personnes âgées pour diminuer le mésusage des urgences.

C) Quelles sont les implications d'une approche en termes de « parcours » sur le plan opérationnel ?

Le parcours est un processus qui peut être modélisé. Cependant, en amont de cette modélisation, se pose la question de l'objectif de l'amélioration de la coordination des soins. En effet, il est possible de modéliser des parcours par pathologie, par type de patient, par type de structures impliquées dans le parcours. La modélisation, pour avoir un impact opérationnel doit donc venir en appui d'un projet de santé public fondé sur l'identification préalable de priorités. Ces priorités qui peuvent être liées à la maîtrise des coûts ou à l'amélioration de la prise en charge et peuvent être identifiées de différentes façons en fonction des méthodes d'évaluation utilisées.

Il existe donc bien des définitions et des modélisations des « parcours » en France, mais les objectifs prioritaires de la mise en place de ces parcours restent à préciser en fonction d'une meilleure évaluation du coût de la non-coordination et du choix des indicateurs pertinents en matière de coordination de la prise en charge.

## 2.2 Comment la coordination des soins est-elle évaluée en France ?

A) Connaît-on le coût de la non-coordination ?

Il n'existe pas en France d'évaluation globale du coût de la non coordination. Cependant, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) « estime que c'est autour de l'amélioration de la qualité des « parcours » de soins, en portant prioritairement l'attention aux situations complexes pour lesquelles il y a le plus d'évidences de non-qualité, que – sans renoncer, évidemment, aux exigences prioritaires de bonnes pratiques et d'efficacité pour chaque étape particulière – se situe aujourd'hui un de gisements décisifs de qualité soignante et d'efficacité économique de notre système de santé, concept pour lequel on utilise souvent le terme d'efficacité ».<sup>124</sup>

Le coût des hospitalisations évitables peut être utilisé pour évaluer une partie du coût de la non coordination d'un système de santé mais, à la différence des pays anglo-saxons, le taux de réadmissions évitables n'est pas un indicateur de qualité utilisé en France<sup>125</sup>. Une étude réalisée en 2007<sup>126</sup> par des chercheurs américains évalue néanmoins le nombre d'hospitalisations évitables en France à 400 000<sup>127</sup> par an (soit 7/1000), correspondant à deux millions de journées d'hospitalisations.

D'autres éléments laissent penser que les hospitalisations évitables dues à des problèmes d'organisation de la prise en charge sont effectivement nombreuses, notamment pour les patients âgés. Selon les données de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), 33% des personnes âgées de 75 ans ou plus ont été hospitalisées pendant l'année 2010 et 44% de ces hospitalisations ont eu lieu en urgence. Selon les mêmes données 14% des personnes âgées de plus de 75 ans ou plus ont été hospitalisées au moins deux fois dans l'année 2010. Le nombre moyen de

---

<sup>124</sup> HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE, « Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM », Avis adopté à l'unanimité lors de la séance du 22 mars 2012.

<sup>125</sup> DELY C., 2013, « Les réadmissions évitables des « pneumopathies communautaires » : utilité et fiabilité d'un indicateur de la qualité du parcours de soins du patient ».

<sup>126</sup> GUSMANO M., WEIZS D., ANDREWS T., RODWIN V., 2007, « Réduire les hospitalizations évitables : une politique pour rentabiliser les dépenses de soins de santé », International Longevity Center.

<sup>127</sup> Hospitalisations évitables des adultes de plus de 20 ans.

jours d'hospitalisation parmi les patients hospitalisés de plus de 75 ans est de 12 jours contre 7 jours pour les patients de 60 à 74 ans<sup>128</sup>.

Les données actuellement disponibles permettent de penser que la non coordination coûte cher. L'évaluation précise de ce coût reste à faire.

B) Connaît-on le coût et le rapport coût-efficacité des dispositifs de coordination existants ?

Pour pouvoir calculer le coût de l'ensemble des dispositifs de coordination existants, il faudrait déjà pouvoir les identifier de façon exhaustive, ce qui est difficile compte tenu de la multiplicité et de la diversité des acteurs de la coordination : les réseaux, les filières, les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), les Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH), les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), les Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA)...

Pour ce qui est des réseaux de santé, principal dispositif de coordination des soins en France, le Ministère évalue leur coût à 167 millions d'euros annuels en 2011. L'annexe 1 de la circulaire du 2 mars 2007<sup>129</sup> présente la méthodologie de leur évaluation médico-économique, qui est essentiellement centrée sur des processus et des données d'activité. Elle ne permet pas de mesurer l'impact sur le « parcours des patients » des dispositifs existants. Il existe également un Indice synthétique de qualité (ISQ), principal indicateur disponible sur les réseaux, mais qui retrace simplement les procédures de qualité et de sécurité mises en place.

La cartographie des dispositifs de coordination et l'évaluation globale de leur coût dans un premier temps, puis de leur rapport coût efficacité dans un deuxième temps permettrait de réaliser une évaluation globale du coût des dispositifs de coordination en France. Si l'évaluation du coût des dispositifs peut se faire directement, celle du rapport coût – efficacité suppose au préalable le choix des indicateurs de qualité pertinents en matière de coordination des soins. Or ces indicateurs ne font pas consensus.

---

<sup>128</sup> HAUTE AUTORITE DE SANTE, Avril 2013, « Note méthodologique et synthèse bibliographique. Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées ».

<sup>129</sup> Circulaire DHOS/O3/CNAM n° 2007-88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM.



C) Quels sont les indicateurs de qualité de la coordination des soins utilisés en France ?

En France, le taux de réadmission n'est pas considéré comme un indicateur de la qualité de la coordination des soins. De plus, en dehors de quelques exceptions comme le délai d'envoi du compte rendu d'hospitalisation dans le cadre du projet « Incitation financière à l'amélioration de la qualité » (IFAQ), les indicateurs de qualité de la coordination des soins ne sont pas définis de façon partagée.

Une réflexion est cependant menée à la HAS pour introduire des critères de qualité liés à la coordination des soins dans le cadre de la prochaine certification. Par ailleurs, une nouvelle méthode, celle du « patient traceur », permet de partir du parcours d'un patient pour évaluer la qualité de la prise en charge. Si elle est pour l'instant développée dans le cadre de la prise en charge à l'hôpital, cette méthode peut également être envisagée pour évaluer la qualité de la coordination des soins, y compris en ambulatoire.

### **2.3 Quels sont les déterminants de la coordination des soins en France ?**

Les déterminants de la coordination des soins en France sont multiples et ce mémoire ne vise pas à en faire un exposé exhaustif, mais, simplement, à évoquer ceux qui sont au cœur des choix politiques à effectuer en matière de dispositifs et d'incitations économiques. Sur le plan systémique, le pilotage de la coordination est fragmenté, le cadre juridique a progressivement superposé des dispositifs, les réseaux, principal dispositif français de coordination, ont un bilan contrasté, et les métiers de la coordination sont multiples et cloisonnés. Sur le plan économique, les financements de la coordination des soins sont en silos et plusieurs incitations sont défavorables. Des expérimentations pour l'amélioration des parcours de santé ont été menées, mais leur bilan n'est pas encore réalisé.

### **2.3.1 Le pilotage, l'expertise et les compétences en matière de coordination sont fragmentés**

Le cadre juridique a créé successivement différents dispositifs de coordination et entraîné une intrication des compétences entre une multiplicité d'acteurs.

Les grandes orientations en matière de coordination des soins sont définies, sur le plan national, par le Ministère et l'Assurance Maladie. En ce qui concerne l'expertise, les compétences sont réparties entre la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP).

Le pilotage régional est éclaté entre les Agences Régionales de Santé et les Conseils généraux entre lesquels sont distribuées les compétences sanitaires, sociales et médico-sociales. La cartographie du pilotage de la coordination des soins reste à faire. Sur le terrain, des instances de coordination visent à « coordonner les coordonnateurs ».

A titre d'exemple on peut citer les Commissions de Coordination Gériatriques qui réunissent les différents acteurs impliqués dans la coordination des parcours de santé des personnes âgées sur le territoire. Ces commissions regroupent notamment des représentants de l'ARS, du conseil général, des réseaux, des MAIA, des CLIC, des SAMSAH, des hôpitaux, des professionnels de santé libéraux et des associations de patients. L'existence de ces instances qui visent à « coordonner les coordonnateurs » traduit la complexité du système actuel de coordination des soins. Les acteurs eux-mêmes, qui sont des professionnels de la coordination, ont parfois des difficultés pour identifier les rôles respectifs de chacun et doivent se répartir les compétences pour éviter les doublons ou les zones vides. Cet enchevêtrement des compétences de coordination entre plusieurs types d'acteurs qui s'adressent à différents types de populations entraîne des difficultés pour les patients qui ne répondent pas à tous les critères permettant d'entrer dans l'un de ces dispositifs de coordination.

### **2.3.2 Le bilan des réseaux étant contrasté, le Ministère envisage la réorientation de leurs missions vers « l'appui à la coordination »**

Les réseaux de santé existent depuis le début du XXème siècle, sous la forme d'initiatives locales pour la prise en charge coordonnée de patients nécessitant l'intervention de plusieurs professionnels de santé. Leur reconnaissance juridique est issue des

« ordonnances Juppé » de 1996<sup>130 131</sup> qui encouragent la constitution de réseaux pour « assurer une meilleure organisation du système de santé et améliorer l'orientation du patient » et introduisent des « réseaux de soins expérimentaux permettant la prise en charge globale des patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques ».

Les réseaux de santé ont ensuite été inscrits dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé avec « pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins.»<sup>132</sup>.

En 2011, 716 réseaux sont financés en France pour un montant de 167 millions d'euros par le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins – FIQCS (devenu le Fonds d'Intervention Régional – FIR en 2012), et représentent environ 2500 professionnels (en équivalents temps plein)<sup>133</sup>.

Dans un guide publié en 2012, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) dresse un bilan contrasté des réseaux et prévoit leur évolution « vers une fonction d'appui à la coordination ».

Si les réseaux constituent un dispositif de coordination identifié, ils sont cependant spécialisés par pathologie ou par population. Leurs activités sont donc très hétérogènes et leur spécialisation engendre de nouveaux silos dans un paysage sanitaire, social et médico-social déjà très fragmenté.

De plus, la question de l'évaluation des réseaux est délicate. La circulaire du 2 mars 2007 relative aux orientations en matière de réseaux de santé préconise « de ne financer ou de ne continuer à financer que les réseaux de santé qui apportent une réelle valeur ajoutée aux patients et aux professionnels, démontrée par des évaluations ». L'annexe 1 à cette circulaire propose une méthodologie pour évaluer, selon des critères définis en fonction

---

<sup>130</sup> Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996, portant sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée, article L.712-3-2 du code de la santé publique.

<sup>131</sup> Ordonnance no 96-945 du 24 avril 1996, article L.162-31-1 du code de la sécurité sociale.

<sup>132</sup> <http://www.sante.gouv.fr/les-reseaux-de-sante.html>

<sup>133</sup> MINISTERE CHARGE DE LA SANTE, DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS, Octobre 2012, « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? »

des objectifs que le réseau s'est lui-même fixés : « l'organisation et le fonctionnement du réseau », « la participation et l'intégration des acteurs », et « la prise en charge du patient et l'impact sur les pratiques professionnelles ». Les deux premiers éléments concernent uniquement des évaluations de processus, qui ne permettent de garantir ni l'amélioration de la qualité, ni la diminution des coûts de prise en charge grâce à l'intervention du réseau (la prise en charge peut même revenir globalement plus cher que sans réseau car le fonctionnement du réseau nécessite des investissements initiaux et génère des coûts de personnel). Pour le troisième élément, qui seul pourrait permettre d'approcher la valeur ajoutée du réseau en matière d'amélioration de la prise en charge et de maîtrise des coûts, le guide publié par le Ministère en 2012<sup>134</sup> évoque « le manque d'outils à disposition pour mesurer l'impact sur les parcours des patients d'une intervention des réseaux de santé ».

Les réseaux coûtent cher, leur activité est hétérogène et leur valeur ajoutée difficile à apprécier. Dans ce contexte, le Ministère préconise l'évolution des réseaux de santé vers une fonction « d'appui à la coordination ». L'activité des réseaux existants n'est pas supprimée mais « recentrée sur les activités de coordination » en appui aux offreurs de soins du territoire et, notamment, aux médecins traitants dont le rôle de pilote de la coordination est réaffirmé par la Stratégie Nationale de Santé.

La capacité du médecin traitant à organiser le parcours de santé du patient n'est cependant pas prouvée dans le contexte actuel. Des obstacles techniques (tels que la non interopérabilité des systèmes d'informations) et organisationnels rendent l'exercice de son leadership compliqué

### **2.3.3 Les métiers de la coordination sont multiples et cloisonnés**

Une multitude de métiers interviennent dans la coordination des soins. Une étude européenne<sup>135</sup> récente identifie par exemple, 23 professions concernées par la prise en charge et l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Selon

---

<sup>134</sup> MINISTERE CHARGE DE LA SANTE, DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS, Octobre 2012, « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? »

<sup>135</sup> FONDATION MEDERIC ALZHEIMER, Septembre 2013, « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : spécificités de 23 métiers en première ligne ».

cette étude « la diversité et le nombre important de métiers impliqués rendent compte de la complexité du parcours pour les malades et leur famille ».

Les professionnels expliquent la carence de coordination par le cloisonnement des secteurs d'activités, par des logiques différentes de formation, d'objectifs et de financement mais aussi par une méconnaissance de l'existence de certains métiers par les professions prescriptives et par des impératifs juridiques cloisonnants (secret médical, secret social)<sup>136</sup>.

#### **2.3.4 Les financements de la coordination des soins sont en silos et les incitations économiques défavorables**

La cartographie des financements de la coordination des soins reste à réaliser. Elle est pour l'instant très complexe. Les financements pour les activités sanitaires, sociales et médico-sociales fonctionnent en silos, malgré des évolutions récentes en faveur d'une plus grande fongibilité. L'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a institué un fonds d'intervention régional (FIR) ayant pour objectif de décloisonner les circuits financiers entre le sanitaire et le médico-social vise à financer des expérimentations qui peuvent déroger complètement au mode de tarification et de facturation actuelle. Des expérimentations sont en cours, elles n'ont pas encore été évaluées.

La tarification à l'activité (T2A) sous sa forme actuelle entraîne une pression à la réduction de la durée moyenne de séjour qui peut nuire à la qualité de la prise en charge et de la coordination. Le Ministère envisage des pistes de travail pour mieux prendre en compte les parcours dans le cadre de la réforme de la T2A<sup>137</sup> :

- Assouplir les règles de fongibilité et inciter à l'amélioration de l'efficacité des opérations de fongibilité
- Intégrer la logique de parcours de soins dans le modèle de financement sous la forme d'expérimentations dans un premier temps (MCO / SSR par exemple)
- Ajuster si nécessaire les règles de prise en charge des transports sanitaires pour garantir la fluidité des parcours des patients
- Faire évoluer la politique tarifaire de la prise en charge de l'insuffisance rénale

---

<sup>136</sup> Ibidem.

<sup>137</sup> DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS, 2013, « Réforme de la T2A », Conférence ADH Ile-de-France.

- Faire évoluer le modèle de financement des soins palliatifs

### 2.3.5 Des expérimentations pour l'amélioration des parcours de santé sont en cours

Les expérimentations réalisées pour améliorer les parcours des personnes âgées s'appuient sur les préconisations du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) dans ses rapports de 2011 et 2012. Elles sont encadrées par l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 (expérimentations « Article 70 ») et par l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 (expérimentations sur les Parcours de Santé des Personnes Agées et Risque de Perte d'Autonomie « PAERPA »).

Les principes des expérimentations mises en œuvre sont les suivants<sup>138</sup> :

- le dispositif doit concerner l'ensemble de la population et l'ensemble des acteurs de la prise en charge ;
- l'approche doit s'appuyer sur les acteurs existants ;
- l'organisation doit être industrialisable ;
- le financement doit favoriser la continuité du trajet de santé ;
- l'évaluation médico-économique doit être réalisée sur le long terme.

Les projets « article 70 » ont été analysés par la HAS<sup>139</sup> sur la base de deux revues de littérature américaines<sup>140</sup> au moyen de la grille d'analyse suivante :

<b>Activités essentielles à la prise en charge</b>
• Repérer et évaluer les patients
• Elaborer un plan personnalisé de soins
• Identifier les intervenants, spécifier leur rôle
• Communiquer vers les patients et les intervenants
• Mettre en œuvre un plan de soins, suivre et adapter les soins selon l'évolution
<b>Stratégies nécessaires à la coordination des parcours de soins</b>
• Organiser la gouvernance territoriale

<sup>138</sup> MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, Janvier 2013, « Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA ».

<sup>139</sup> HAUTE AUTORITE DE SANTE, Décembre 2012, « Rapport d'analyse des projets article 70 ».

<sup>140</sup> SHOJANIA KG 2007 et MC DONALD KM 2010.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser le système d'information</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gérer et atténuer les problèmes d'interface</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'appuyer sur des « outils » : protocoles pluriprofessionnels, grilles formalisées, guidelines...</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déployer des actions de soutien à l'autonomie et à l'éducation des patients</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser l'accès aux services à la personne dans les domaines sociaux et de l'aide</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutenir l'organisation du premier recours en équipes pluriprofessionnelles</li> </ul>

Un comité national de pilotage a ensuite été mis en place pour définir les grandes orientations relatives aux expérimentations PAERPA à mener selon quatre axes<sup>141</sup> :

- le recueil et l'exploitation de données cliniques et sociales par les professionnels de premier recours
- la coopération et la coordination entre professionnels de santé, professionnels du secteur social autour du parcours de personnes âgées hors hospitalisation
- l'optimisation des modalités de recours à l'hôpital des personnes âgées et la facilitation des sorties d'hospitalisation
- la définition d'objectifs et de modalités d'évaluation des projets pilotes

Les projets pilotes « PAERPA » peuvent s'appuyer<sup>142</sup> :

- sur des dérogations aux dispositions législatives prévues dans les codes de la sécurité sociale et de l'action sociale et des familles concernant les modalités de rémunérations et tarification des offreurs de soins, ainsi que le périmètre habituel de prise en charge de l'assurance maladie. Ces dispositions visent à éviter tous les facteurs de rupture liés aux modes de financement et de tarification.
- sur des dérogations au cadre juridique actuel nécessaires pour favoriser le partage d'information entre les professionnels du champ de la santé et du secteur social, partie prenante du parcours de santé ;
- sur un financement impactant l'ONDAM.

Sur le plan économique, le cahier des charges PAERPA prévoit les dispositions suivantes :

- Si certaines organisations ou prestations innovantes nécessitent des ressources nouvelles, le modèle économique des nouvelles organisations mises en place doit être soutenable : l'ensemble des dépenses doit être largement gagée par les économies générées sur la consommation de soins<sup>143</sup>.

---

<sup>141</sup> MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, Janvier 2013, « Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA ».

<sup>142</sup> Ibidem

<sup>143</sup> Ibidem

- Les fonds mobilisés doivent pouvoir être utilisés pour l'accompagnement et le soutien de la personne quelle que soit le professionnel ou la structure impliqués. Le Fonds d'Intervention Régional (FIR), souple et fongible localement, est l'instrument financier utilisé pour lancer le financement des projets pilotes.
- Les évaluations ultérieures, ainsi que la modélisation statistique et économique des parcours permise par la phase pilote permettra à terme d'en tirer les conséquences sur les modalités macro-économiques de financement (structuration de l'ONDAM etc.)

Ces expérimentations n'ont pas encore été évaluées et elles permettront peut-être d'identifier des leviers d'amélioration de la prise en charge et de maîtrise des coûts. Cependant, la méthodologie d'évaluation prévue en annexe 2 du cahier des charges appelle une interrogation. De nombreuses données sont recensées en tant qu'« indicateurs de processus », « indicateurs de consommation de soins », « indicateurs de pratique clinique et de qualité des soins », « indicateurs financiers » et « indicateurs de satisfaction et d'évaluation de l'expérience du patient et des professionnels ». Cependant, la multiplicité des indicateurs collectés, en l'absence de la définition d'un objectif de santé publique clair lié à l'amélioration des parcours de santé des personnes âgées, risque d'aboutir à la même difficulté que celle posée par l'évaluation du rapport coût-efficacité des réseaux.

L'observation de ces expérimentations, dans une approche comparative avec l'expérience américaine, suscite une interrogation : étant donné que le taux de réadmission évitable ne fait pas partie des indicateurs de qualité de la prise en charge utilisés en France, quel est le principal indicateur sur lequel ces expérimentations entendent avoir un impact ? S'agit-il, par exemple, du nombre d'hospitalisations des personnes âgées ? du nombre de passage aux urgences des personnes âgées ? ou d'un autre indicateur constitutif à la fois d'une donnée économique et qualitative ? En fonction de l'indicateur principal qui sera choisi, quels sont les coefficients d'ajustement à prendre en compte pour tenir compte de la variabilité du risque en fonction de déterminants cliniques ou sociaux que l'indicateur, utilisé brut, ne reflète pas ?

## **2.4 Quelles sont les options envisagées ou envisageables en France pour faire évoluer la coordination des soins ?**

Si la Stratégie Nationale de Santé a fixé l'objectif d'améliorer les parcours de santé, les moyens à mettre en œuvre pour y parvenir restent à préciser.



La modélisation des « parcours de santé » par la HAS se poursuit et permettra d'identifier les problèmes de santé publique à résoudre avant de mettre en place des projets d'amélioration de la coordination, des incitations économiques ou de nouveaux dispositifs.

La construction des outils et indicateurs permettant d'approcher le coût de la non-coordination en France est en cours. La connaissance de ce coût permettra de définir un montant maximum pour investir dans des projets expérimentaux de coordination des soins choisis parmi ceux dont la littérature a montré l'efficacité.

La Haute Autorité de Santé mène également une réflexion sur les indicateurs de qualité de la coordination des soins qui pourraient être inclus dans la prochaine certification des hôpitaux et prendra en compte les travaux récents publiés sur ces questions à l'étranger.

La simplification du cadre juridique est envisagée et pourrait clarifier les responsabilités du pilotage de la coordination au niveau national et local mais également les champs d'expertise en matière de coordination. La répartition des compétences et des ressources entre les différents acteurs actuellement impliqués dans le pilotage est extrêmement délicate car elle doit faire évoluer l'existant sans accentuer la fragmentation du système par la création de nouveaux silos.

En matière d'incitations économiques, le recensement des dispositifs de coordination existant et l'évaluation de leur rapport coût-efficacité permettra d'apprécier l'opportunité d'une réallocation des ressources liées à la coordination des coordinateurs vers la coordination de la prise en charge à l'échelle la plus appropriée.

La réflexion sur la mise en place d'un « paiement au parcours » dans le cadre de l'évolution de la T2A pourra mettre en cohérence les incitations économiques avec l'objectif d'une implication de l'ensemble des acteurs dans l'amélioration de la coordination des soins.

---

## Conclusion

---

### **Des enseignements en matière de conception et gestion des politiques de santé**

L'étude de l'approche américaine de la coordination des soins révèle, au-delà des difficultés de mise en œuvre concrète des projets sur le terrain, des choix politiques fondés sur une définition précise des différentes approches de la coordination, et une connaissance de la nature et de l'ampleur de la non-coordination au niveau national et local.

Même dans ce contexte, la réussite ou l'échec des projets mis en œuvre peut s'expliquer par les perspectives différentes de plusieurs groupes d'acteurs sur le processus et les priorités à résoudre.

L'une des difficultés pour agir sur la coordination des soins en France réside dans le fait que la définition du problème en termes de « parcours de santé », est polysémique sans être partagée entre les acteurs qui y sont impliqués. De plus, en dehors des travaux menés par la HAS dans le cadre d'une approche par pathologie ou par public, ou par l'ANAP pour accompagner les expérimentations en cours, il n'existe pas en France de programme global d'étude ou de recherche sur la coordination des soins tels que ceux menés au niveau national par le Commonwealth Fund et la Dartmouth University aux Etats-Unis ou par l'organisation Leadinghealthcare pour le Ministère de la santé suédois.

Les indicateurs de santé publique et les données économiques à l'origine des choix politiques effectués à l'étranger pour faire évoluer les dispositifs et les incitations économiques ne sont actuellement pas complètement disponibles en France. Dans ce contexte, l'évaluation du coût de la non-coordination et des dispositifs actuellement mis en place semble nécessaire et requière la réalisation d'études spécifiques dans le cadre de protocoles de recherche construits. La définition des processus, la cartographie de la répartition des compétences et financements actuels entre les acteurs, ainsi que le choix des indicateurs économiques et qualitatifs de la coordination et des transitions de soins sont des chantiers qui restent à mener.

## **Des enseignements en tant que futur directeur d'hôpital**

La question de la coordination des soins rejoint celle de l'évolution du rôle de l'hôpital dans le système de santé et redéfinit le positionnement stratégique du directeur d'hôpital. Acteur local de la coordination des soins, il peut développer des partenariats dans le cadre de conventionnements avec les structures sociales et médico-sociales de son territoire et avec les professionnels de santé de ville pour participer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge.

Ensuite, quel que soit son contexte spécifique d'exercice, le directeur d'hôpital fait des choix stratégiques qui ont un impact sur la santé publique dans un environnement complexe. En tant que manager de santé, le repositionnement rapide des administrateurs hospitaliers américains après la mise en œuvre par la loi Obama est intéressant à observer. Il témoigne de la combinaison, chez certains d'entre eux, d'une véritable culture de santé publique alliée à une excellente maîtrise des stratégies financières. Dans ce contexte, l'évolution du cursus d'élève directeur d'hôpital à l'EHESP, qui propose un tronc commun solide en administration hospitalière, tout en offrant une ouverture internationale et la possibilité de doubles diplômes en santé publique doit être soulignée. Cette double compétence en gestion et en santé publique constitue un véritable atout face aux défis professionnels posés par l'évolution des systèmes de santé.

Enfin, en tant que futur directeur d'hôpital, l'un des enseignements majeurs que je retire de ce travail est l'importance de la compréhension des multiples cultures et représentations qui coexistent à l'hôpital pour élaborer des diagnostics partagés permettant de conduire des démarches de projet réussies.

---

# Bibliographie

---

## Articles

AVERILL R., MCCULLOUGH E., HUGHES J.S. et al., 2009, « Redesigning the Medicare Inpatient PPS to Reduce Payment to Hospitals with High Readmission Rates », *Health Care Financing Review*, vol.30, pp.1-15.

BAIRD KANAAN S., « Homeward Bound: Nine Patient-Centered Programs Cut Readmissions », *California Healthcare Foundation*, 2009.

BENBASSAT J., TARAGIN M., 2000, « Hospital Readmissions as a Measure of Quality of Health Care », *Archives of Internal Medicine*, vol.160, pp.1074-1081.

BISOGNANO M., BOUTWELL A., 2000, « Improving Transitions to Reduce Readmissions », *Frontiers of Health Services Management*, vol.25, pp.3-10.

BOLING P., 2009, « Care Transitions and Home Health Care », Department of Medicine, Virginia Commonwealth University, [geriatric.theclinics.com](http://geriatric.theclinics.com).

BOULT C. et al. 2011, « The effect of Guided Care Teams on the Use of Health Services: Results from a Cluster Randomized Controlled Trial », *Archives of Internal Medicine*, vol. 171, pp.460-466.

BROWN R., 2009, « The Promise of Care Coordination: Models that Decrease Hospitalizations and Improve Outcomes for Medicare Beneficiaries with Chronic Illnesses », Princeton, Mathematica Policy Research.

BURTON R., 13 septembre 2012, « Improving Care Transitions », *Health Affairs*.

CATILLON M., REID C., Novembre 2013, « Hospital to home care-transitions : Qualitative study of stakeholders' priorities and challenges », Association Américaine de Santé Publique, Boston, Prix de recherche : Retirement Research Foundation Masters' Student Research Award.

CHAMBARETAUD S., LEQUET-SLAMA D., 2002, « Managed care et concurrence aux États-Unis, évaluation d'un mode de régulation », *Revue française des affaires sociales*, vol. 1, pp. 11-37.

CLARK C., 2009, « Facilities Get Creative to Reduce Hospital Readmissions », *Health Leaders Media*.

COLEMAN E., BERESON R., 2004, « Lost in Transition : Challenges and Opportunities for Improving the Quality of Transitional Care », *Annals of Internal Medicine*, vol. 141(7), pp.533-536.

COLEMAN E., BOULT C., 2007, « Improving the Quality of Transitional Care for Persons with Complex Care Needs », American Geriatrics Society Position Statement, in Assisted Living Consult.

COLEMAN E., PARRY C., CHALMERS S. et al., 2006, « The Care Transition Intervention. Results of a Randomized Controlled Trial », *Archives of Internal Medicine*, Vol.166, pp.1822-1828.

COLEMAN E., WILLIAMS M., 2007, « Executing High-Quality Care Transitions : A Call to Do It Right », *Journal of Hospital Medicine*, vol. 2, pp.291-296.

CUTLER D., SHEINER L., 1997, « Managed Care and the Growth of Medical Expenditures », in *Frontiers in Health Policy Research*, Alan M. Garber editor, pp.77-116.

THE COMMONWEALTH FUND COMMISSION ON A HIGH PERFORMANCE HEALTH SYSTEM, 2011, « Why Not the Best? Results from the National Scorecard on U.S. Health System Performance », *The Commonwealth Fund*.

THE COMMONWEALTH FUND COMMISSION ON A HIGH PERFORMANCE HEALTH SYSTEM, 2008, « Why Not the Best? Results from the National Scorecard on U.S. Health System Performance », *The Commonwealth Fund*.

COUNSELL S. et al., 2009, « Cost analysis of the Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders Care Management Intervention », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol.57, pp.1420-1426.

DELY C., 2013, « Les réadmissions évitables des « pneumopathies communautaires » : utilité et fiabilité d'un indicateur de la qualité du parcours de soins du patient ».

DORR D. et al., 2008, « The effect of Technology-Supported, Multi-disease Care Management on the Mortality and Hospitalization of Seniors », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 56, pp. 2195-2202.

ENDERLIN C., MCLESKEY N., ROOKER J. et al., 2013, « Review of current conceptual models and frameworks to guide transitions of care in older adults », *Geriatric nursing*, vol.34, pp.47-52.

EPSTEIN A., 2009, « Revisiting Readmissions: Changing the Incentives for Shared Accountability », *New England Journal of Medicine*, vol.360, pp.1457-1459.

FELDMAN D., NOVACK D., GRACEY E., 1998, « Effects of Managed Care on Physician-Patient Relationships, Quality of Care, and the Ethical Practice of Medicine: A Physician Survey », *Archives of Internal Medicine*, vol.158, pp.1626-1632.

FISHER E., STAIGER D., BYNUM J. et al., 2006, « Creating Accountable Care Organizations: The Extended Hospital Medical Staff », *Health Affairs*.

FORESTER A., MURFF H., PETERSON J. et al, 2003, « The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital », *Annals of internal Medicine*, vol. 138 (3), pp.161-167.

FRANK R., GLAZER J., MCGUIRE T., 2000, « Measuring adverse selection in managed health care », *Journal of Health Economics*, pp.829–854.

GAWANDE A., 24 janvier 2011, « The Hot spotters. Can we lower medical costs by giving the neediest patients the better care? », *The New Yorker*.

GOLDFIELD N., MCCULLOUGH E., HUGHES J. et al., 2008, « Identifying Potentially Preventable Readmissions », *Health Care Financing Review*, vol.30, p.1.

GUSMANO M., WEIZS D., ANDREWS T., RODWIN V., 2007, « Réduire les hospitalisations évitables : une politique pour rentabiliser les dépenses de soins de santé », International Longevity Center.

HALFON P., EGGLI Y., PRETRE-ROHRBACH I. et al., 2006, « Validation of the Potentially Avoidable Hospital Readmission Rate as a Routine Indicator of the Quality of Hospital Care », *Medical Care*, vol.44, pp.972-981.

Health Affairs, Janvier 2012 ; vol.31, pp.208-219.

HANSEN L., YOUNG R., HINAMI K. et al., 2011, « Interventions to Reduce 30-Day Rehospitalization : A Systematic Review », *Annals of internal Medicine*, vol.155, pp.520-528.

HASAN M., 2001, « Readmission of patients to hospitals: still ill defined and poorly understood », Counterpoint, *International Journal for Quality in Health Care*, vol.13, pp.177-179.

JENCKS S., WILLIAMS M., COLEMAN E., 2009, « Rehospitalizations among Patients in the Medicare Fee for Service Program », *New England Journal of Medicine*, vol. 360, pp.1418-1428.

JOYNT K., JHA A., 2013, « Characteristics of hospitals receiving penalties under the Hospital Readmission Reduction program », *Journal of the American Medical Association*, vol.309, pp. 355-363.

KANE R., JOHNSON P., TOWN R. et al., 2004, « Economic Incentives for Preventive Care », Agency for Healthcare Research and Quality.

KELLEY R., 2009, « Where can \$ 700 billion in waste be cut annually from the US healthcare system? », Thomson Reuters.

KIPRALANI S., JACKSON A., SCHNIPPER J. et al., 2007, « Promoting effective transitions of care at hospital discharge: a review of key issues for hospitalists », *Journal of Hospital Medicine*, vol. 2, pp.314-323.

KIPRILANI S., LEFEVRE F., PHILLIPS C. et al., 2007, « Deficits in Communication and Information Transfer between Hospital-Based and Primary Care Physicians: Implications for Patient Safety and Continuity of Care », *Journal of the American Medical Association*, vol. 297(8), p.831.

LEVINE C., HALPER D., RUTBERG J., et al., 2013, « Engaging Family Caregivers as Partners in Transitions », Special Report, United Hospital Fund.

LOFASO V., CAPELLO C., RAMSAROOP S., et al., 2009, « Fast Forward Rounds : An Effective Method for Teaching Medical Students to Transition Patients Safely Across Care Settings », *Journal of the American Geriatrics Society*.

MCALISTER F., LAWSON F., TEO K., 2001, « A Systematic Review of Randomized Trials of Disease Management Programs in Heart Failure », *The American journal of Medicine*, Vol.110, pp.378-384.

MCDONALD K., SUNDARAM V., BRAVATA D. et al., 2007, « Care coordination », *Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies*, Agency for Healthcare Research and Quality (AHQR), rapport n°04(07)-0051-7.

MCKINSEY GLOBAL INSTITUTE, 2008, « Accounting for the cost on US health care : a new look at why Americans spend more ».

MINOTT J., 2008, « Reducing Hospital Readmissions », *Academy Health*.

MUENNIG P., GLIED S., Novembre 2010, « What changes in survival rates tell us about US Health Care », *Health Affairs*.

MURTAUGH C., LITKE A., 2002, « Transitions in post acute and long term care settings: Patterns of Use and Outcomes for a National Cohort of Elders », *Medical Care*, vol.40, pp.227-236.

NAYLOR M., KEATING S., 2008, « Transitional care: moving patients from one care setting to another », *The American Journal of Nursing*, vol. 108, pp.58-63.

NOLTE E., MCKEE C., 2012, « In Amenable Mortality—Deaths Avoidable Through Health Care—Progress in the US Lags That of Three European Countries », *Health Affairs*.

OVRETVEIT J., 2011, « Does Clinical Coordination Improve Quality and Save Money? », *The Health Foundation*.

RAMSAROOP S., HENDERSON C., SIEGLER E. et al., 2008, « Pitfalls of a medication reconciliation system : Understanding medication discrepancies during the



transition from hospital to home », Division of Geriatrics, Weill Cornell Medical College, New-York, 2008.

RAU J., 26 novembre 2012, « Hospitals Face Pressure to Avert Readmissions », *The New York Times*.

RODWIN V., 10 mai 2010, « Systèmes de soins et santé des populations, à la recherche des indicateurs pertinents », LeMonde.fr.

SHAH M., STOEV I., SANFORD D., et al., 2013, « Are readmission rates on a neurosurgical service indicators of quality of care? », *Journal of Neurosurgery*.

SNOW V., BECK D., BUDNITZ T. et al., 2009, « Transitions of Care Consensus Policy Statement », *Journal of Hospital Medicine*, vol. 4, pp.364-370.

SOLBERG L., 2011, « Care coordination: what it is, what are its effects and can it be sustained? », HealthPartners Research Foundation, Oxford University Press.

SCHOEN C., DAVIS K., HOW S et al., 2006, « U.S. Health System Performance: A National Scorecard », The Commonwealth Fund.

SCHRAEDER C., SHELTON P., 2011, « Comprehensive care coordination for Chronically Ill Adults », West Sussex, John Wiley & Sons.

STEFFENS L., JAEGER S., HERRMANN S. et al. (2009), « Hospital Readmission : The Move Toward Pay for Performance », *The Journal of Nursing Administration*, vol.65, pp.462-464.

VOLLAND J., SCHRAEDER C SHELTON P. et al., 2013, « The Transitional Care and Comprehensive Care Coordination Debate », in *Care Transitions in an Aging America*, *Journal of the American Society on Aging*, vol.36 (4), pp.13-19.

### **Rapports et documents administratifs**

AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE, 2012, « Les parcours de santé des personnes âgées sur un territoire ».

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2011, « Care Coordination Measures Atlas », Rockville.

AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION, 2010, « Synthesis Report: Accountable Care Organizations ».

FONDATION MEDERIC ALZHEIMER, Septembre 2013, « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : spécificités de 23 métiers en première ligne ».

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE, « Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM », Avis adopté à l'unanimité lors de la séance du 22 mars 2012.

HAUTE AUTORITE DE SANTE, Mai 2012, « Parcours de soins, questions/ réponses ».

HAUTE AUTORITE DE SANTE, Décembre 2012, « Rapport d'analyse des projets article 70 ».

HAUTE AUTORITE DE SANTE, Avril 2013, « Note méthodologique et synthèse bibliographique. Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées ».

INSTITUTE OF MEDICINE, 2001, « Crossing the Quality Chasm. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century », *National Academy Press*.

MEDICARE PAYMENT ADVISORY COMMISSION, 2007, « Payment Policy for Inpatient Readmissions : Promoting Greater Efficiency in Medicare », *Report to Congress*.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, Janvier 2013, « Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA ».

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, 23 septembre 2013, « Stratégie Nationale de Santé, feuille de route ».

OCDE, 2010, « Optimiser les dépenses de santé », *Études de l'OCDE sur les politiques de santé*.

OMS, 2000, « Rapport sur la santé dans le monde. Pour un système de santé plus performant ».

SEINE SAINT DENIS, 2013, « Schéma départemental en faveur des personnes âgées 2013-2017 ».

VASSELLE A., ALQUIER J., AUTAIN F. et al., 2010, « Rapport d'information n°361 fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat par une délégation chargée d'étudier la réforme du système de santé aux Etats-Unis », Enregistré à la présidence du Sénat le 24 mars 2010.

VINAS J., LARCHER P., DURIEZ M., 1998, « Réseaux de santé et filières de soins, le patient au cœur des préoccupations », Actualité et dossier en santé publique, Haut Conseil de la Santé publique.

### **Mémoires, études et cours**

BLOCH M., HENAUT L., SARDAS J. et al, 2011, « La coordination dans le champ sanitaire et médico-social, Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles », *Etude réalisée pour la fondation Bennetot par le Centre de Gestion Scientifique de Mines-ParisTech.*

PEIGNE S., 2012, « Déploiement des parcours de la population française dans une stratégie nationale de santé », *Mémoire de Mastère spécialisé, Ecole CNAM – Pasteur.*

SALAZAR M., 2010, « Factors Related to Potentially Preventable Readmissions within New York's Medicare Patient Population », *Mémoire de Master d'Administration Publique, Graduate School of Binghamton University.*

SOMMER A., 3 mai 2003, « La nécessité d'une analyse par processus dans les établissements de soins », Cours AS Institute.

### **Textes législatifs et réglementaires**

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012.

Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013.

Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law 111-148, 111th Congress, 23 mars 2010.

Circulaire DHOS/O3/CNAM n° 2007-88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM.

### **Conférences**

DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS, 2013, « Réforme de la T2A », *Conférence ADH Ile-de-France*.

OXLEY H., « Améliorer la performance des systèmes de santé par une meilleure coordination des soins », *Conférence commune Commission européenne / OCDE*, 17 septembre 2008.

### **Sites Internet**

AHRQ: <http://www.ahrq.gov/>

The Care Transitions Program (Coleman) : <http://www.caretransitions.org/>

Health Affairs : <http://www.healthaffairs.org/>

The Joint Commission, Transition of Care Portal :

<http://www.jointcommission.org/toc.aspx>

National Transition Of Care Coalition (NTOCC) : <http://www.ntocc.org/>

Next step in care : <http://www.nextstepincare.org/>

Right at home : <http://www.rightathome.net/care/care-transitions/>

US Department of Health and Human Services (HHS) : <http://www.hhs.gov/>

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées dans le cadre de l'enquête de terrain menée à New-York

Annexe 2 : Formules de calcul des pénalités pour réadmissions

Annexe 3 : Les parcours de soins modélisés par la HAS pour la bronchite chronique, l'insuffisance cardiaque, la maladie rénale chronique et la maladie de Parkinson.

Annexe 4 : Modélisation des parcours de santé des personnes âgées par l'ANAP

## Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées dans le cadre de l'enquête de terrain à New-York

Nom	Prénom	Fonction
Adams	Jennifer	Professeur de médecine à la New York University, spécialiste du management d'équipe.
Adelman	Ronald	Professeur de médecine, Co-directeur de la division de gériatrie, Presbyterian Hospital.
Anderson	Mary	Administrateur de la Division de gériatrie, Presbyterian Hospital, Weill Cornell Medical College.
Ballin	Mary	Infirmière, Presbyterian Hospital, Weill Cornell Medical College.
Beck	Claudia	Infirmière chef de projets, Agence de soins à domicile VNSNY.
Berliner	Howard	Professeur de politique de santé, spécialiste de l'organisation et du financement des systèmes de santé, NYU Steinhardt.
Breen-Scopinich	Kathleen	Infirmière, Presbyterian Hospital, Weill Cornell Medical College.
Crescenzi	Lani	Assistante sociale, Hebrew Home at Riverdale.
Fein	Olliver	Professeur de médecine et professeur de santé publique, Weill Cornell Medical College.
Fernandez	Seina	Infirmière, Agence de soins à domicile MJHS.
Finkelstein	Emily	Médecin, Division de gériatrie, Presbyterian Hospital, Weill Cornell Medical College.
Harnett	Ellen	Administrateur d'EHPAD et de centre de soins de suite et de réadaptation, Isabella Nursing Home, New York.
Hottensen	Dory	Chef du service social, Division de gériatrie, Presbyterian Hospital, Weill Cornell Medical College.
Iobst	Sara	Médecin, chef de projet de coordination des soins, Division de médecine, New-York Presbyterian Hospital, Weill Cornell Medical Center.
Kelser	Mary-Elizabeth	Administrateur de la Division de Médecine, Presbyterian Hospital, WCMC
Kropf	Roger	Professor
Lachs	Marck	Professeur de médecine, Co-directeur de la division de gériatrie, Presbyterian Hospital.
Link	Nate	Directeur d'hôpital, Hôpital Public de Bellevue, New York
Lipkin	Mack	Professeur de médecine à la New York University, professeur de santé publique et spécialiste de la communication médicale.
Lofaso	Veronica	Professeur associé de médecine, Division de gériatrie,

		Presbyterian Hospital, Weill Cornell Medical College.
Luib	Patrick	Infirmier chef de projets, Agence de soins à domicile VNSNY.
Lurie	Nicole	Secrétaire d'état à la gestion des crises (Assistant Secretary for preparedness and response), Ministère de la santé (Health and Human Services)
MacPhail	Lucy	Professor associé en politiques de santé et management, New-York University.
Manheimer	Eric	Professeur de médecine à la New York University, Ancien directeur de l'hôpital Bellevue.
Mole	Deirdre	Infirmière, Presbyterian Hospital, Weill Cornell Medical College.
Montesano	Kristen	Assistante sociale, Division de gériatrie, Presbyterian Hospital, Weill Cornell Medical College.
Mushlin	Alvin	Professeur en médecine, titulaire de la chaire de santé publique de l'Université Cornell.
Ouchida	Karin	Médecin, Division de gériatrie, Presbyterian Hospital, Weill Cornell Medical College.
Palombo	Marlena	Assistante sociale, Irving Sherwood Wright Center for Aging, Weill Cornell Medical Center.
Raik	Barrie	Médecin, Division de gériatrie, Presbyterian Hospital, Weill Cornell Medical College.
Ramsaroop	Sharda	Professeur associé de médecine, chef de projet de recherche sur les transitions de soins, Presbyterian Hospital, Weill Cornell Medical College.
Reid	Cary	Médecin, Directeur de la recherche, Division de gériatrie, Presbyterian Hospital, WCMC. (Mon maître de stage international).
Rubin	Andrew	Directeur des affaires cliniques , NYU Langone Medical Center
Ryan	Lorraine	Vice Présidente de l'association des hôpitaux de New York
Saric	Muhammed	Médecin, New York University Langone Medical Center.
Seigler	Eugenia	Médecin, Division de gériatrie, Presbyterian Hospital, Weill Cornell Medical College.
Shah	Nirav	Commissaire à la santé de l'état de New York
Sobolewski	Sally	Infirmière coordinatrice, Agence de soins à domicile VNSNY.
Teresi	Jeanne	Administrateur et directeur de la division de recherche de la Hebrew Home at Riverdale.

## Annexe 2 : Formules de calcul des pénalités pour réadmission (CMS, Readmission Reduction Program)

### Formulas to Calculate the Readmission Adjustment Factor

Excess readmission ratio = risk-adjusted predicted readmissions/risk-adjusted expected readmissions

Aggregate payments for excess readmissions = [sum of base operating DRG payments for AMI x (excess readmission ratio for AMI-1)] + [sum of base operating DRG payments for HF x (excess readmission ratio for HF-1)] + [sum of base operating DRG payments for PN x (excess readmission ratio for PN-1)]

\*Note, if a hospital's excess readmission ratio for a condition is less than/equal to 1, then there are no aggregate payments for excess readmissions for that condition included in this calculation.

Aggregate payments for all discharges = sum of base operating DRG payments for all discharges

Ratio = 1 - (Aggregate payments for excess readmissions/ Aggregate payments for all discharges)

Readmissions Adjustment Factor =

For FY 2013, the higher of the Ratio or 0.99 (1% reduction);

For FY 2014, the higher of the Ratio or 0.98 (2% reduction).

### Formulas to Compute the Readmission Payment Adjustment Amount

Wage-adjusted DRG operating amount\* = DRG weight x [(labor share x wage index) + (non-labor share x cola, if applicable)]

\*Note, If the case is subject to the transfer policy, then this amount includes an applicable payment adjustment for transfers under § 412.4(f).

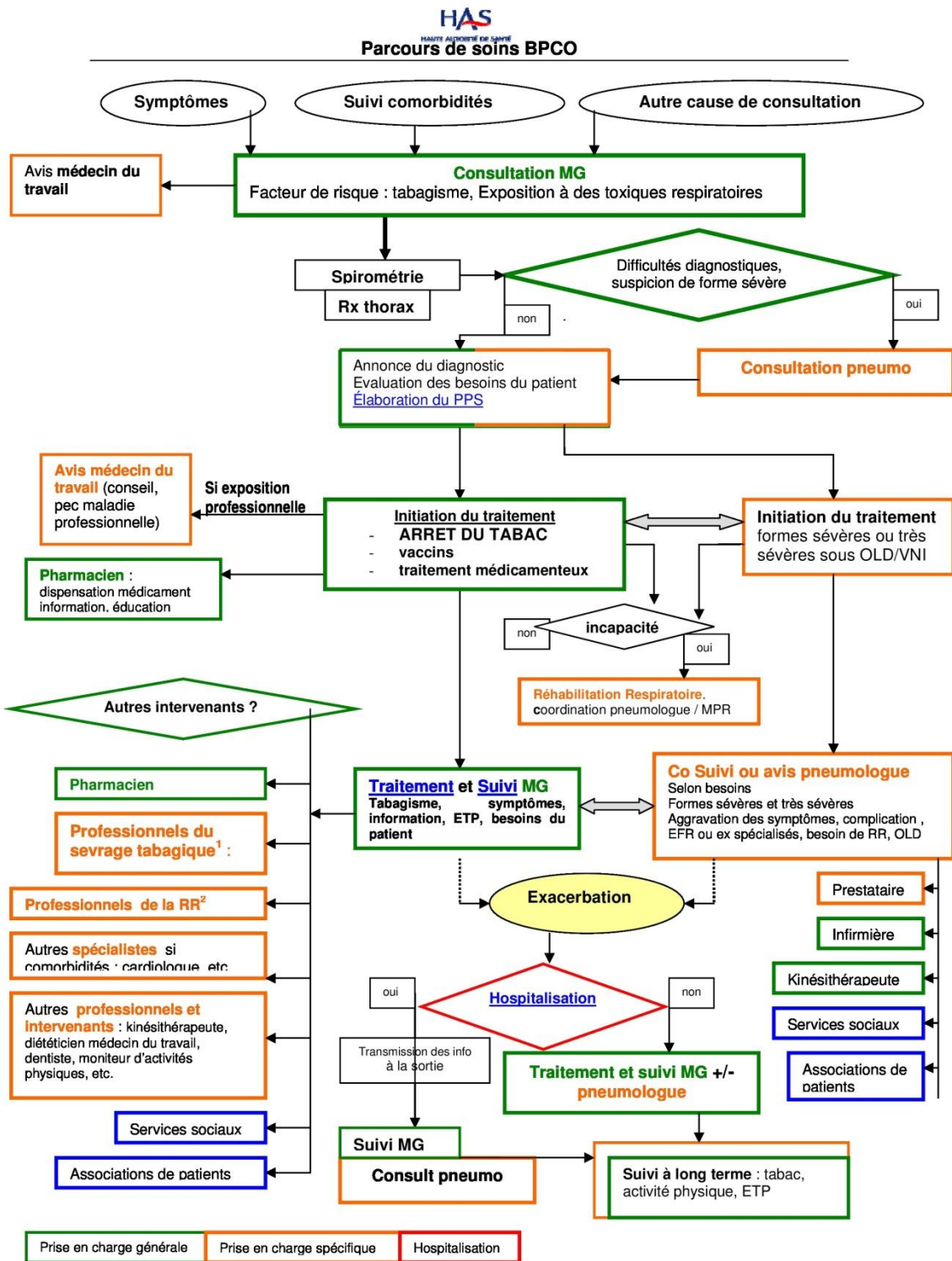
Base Operating DRG Payment Amount = Wage-adjusted DRG operating amount + new technology payment, if applicable.

Readmissions Payment Adjustment Amount = [Base operating DRG payment amount x readmissions adjustment factor] - base operating DRG payment amount.

\*The readmissions adjustment factor is always less than 1.0000, therefore, the readmissions payment adjustment amount will always be a negative amount (i.e., a payment reduction).



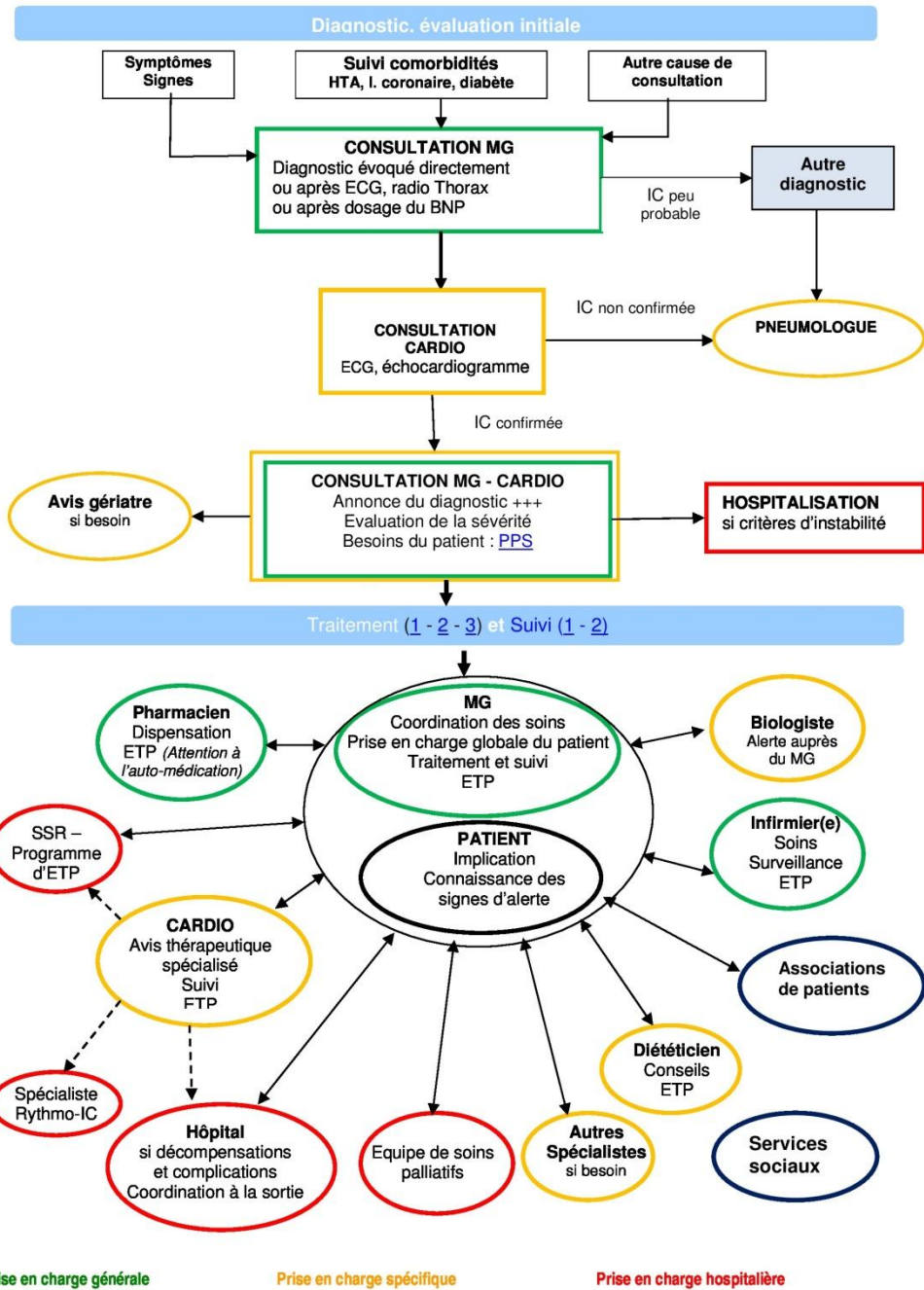
### Annexe 3 : Les parcours de soins modélisés par la HAS



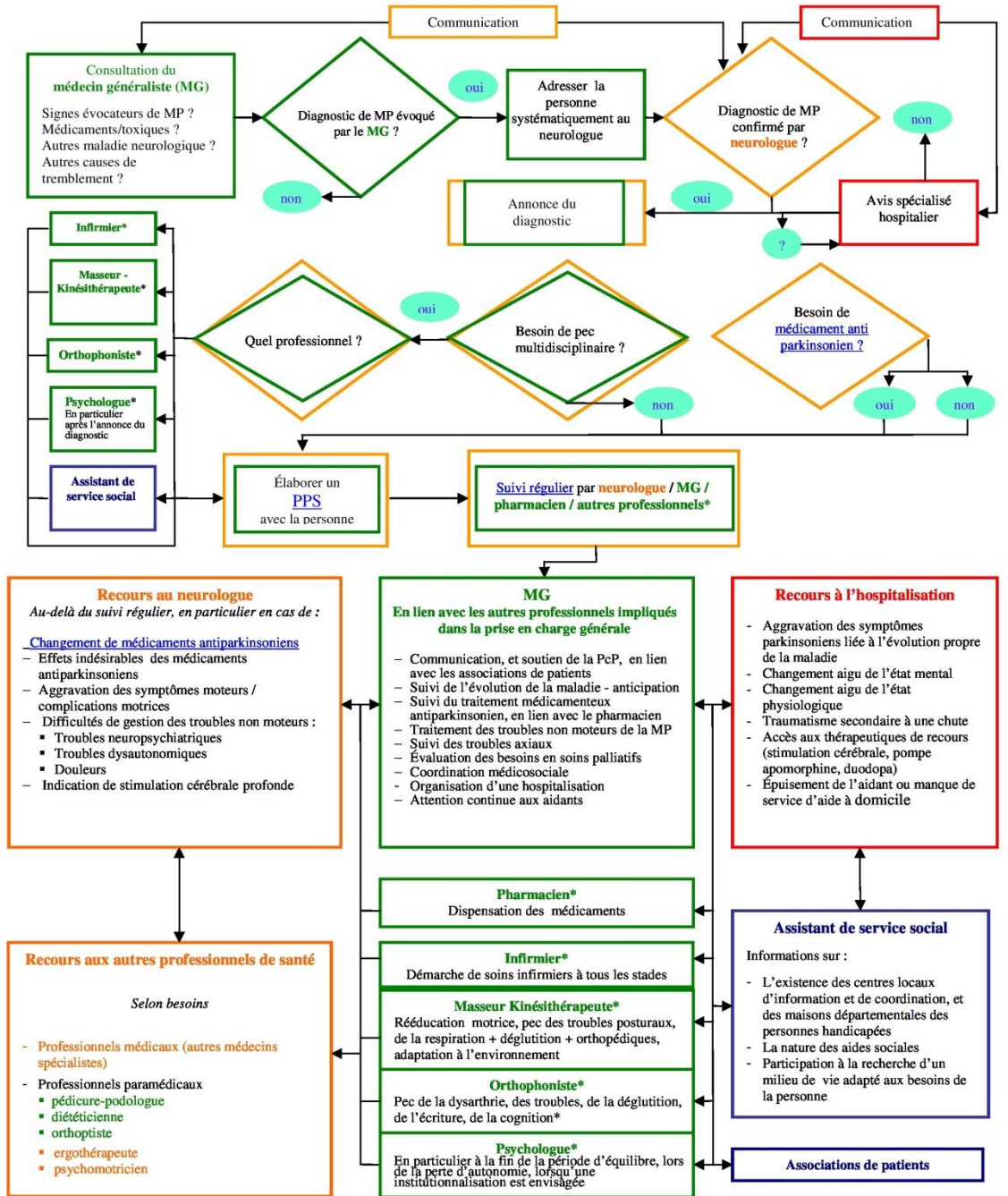
1 professionnels du sevrage tabagique : centre de tabacologie, médecin/infirmier/kinésithérapeute tabacologue, psychologue, diététicien 2 équipe de réhabilitation respiratoire : médecin de médecine physique et réadaptation, pneumologue, kinésithérapeute, tabacologue, psychologue, diététicien, moniteur d'activité physique, assistante sociale, services sociaux, associations de patients. RR : réhabilitation respiratoire BD : bronchodilatateur



**PARCOURS DE SOINS DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE (IC)**



## Parcours de soins maladie de Parkinson



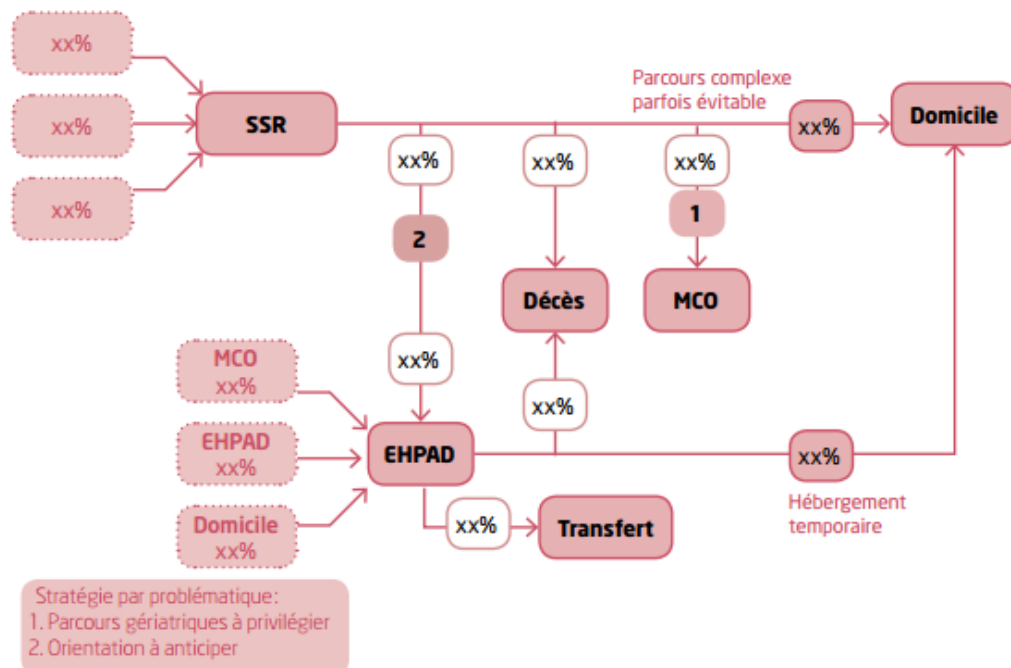
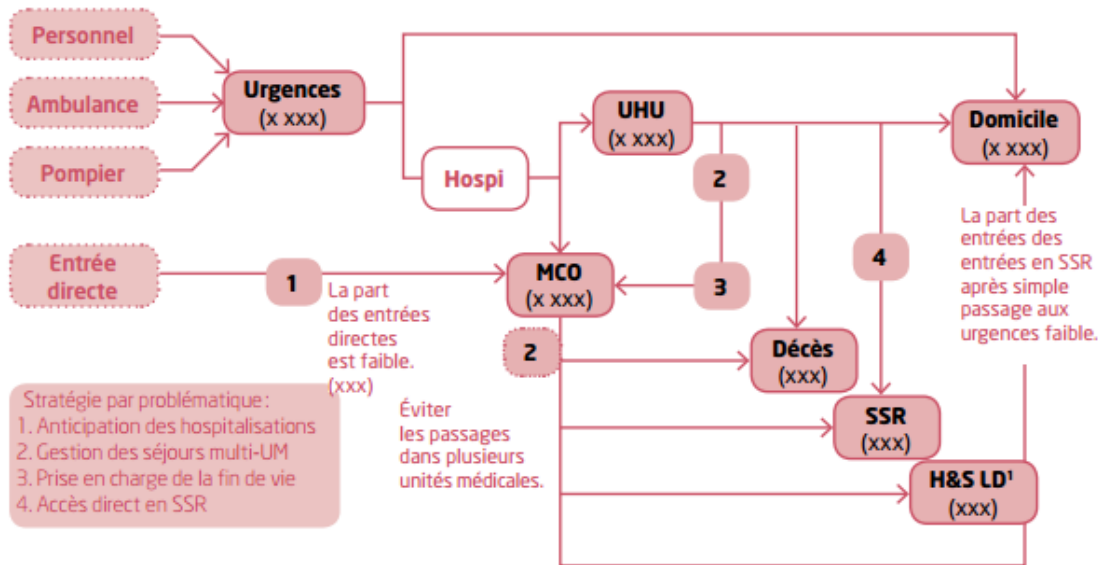
— Prise en charge générale — Prise en charge spécifique — Prise en charge hospitalière



## Annexe 4 : Modélisation des parcours de santé des personnes âgées par l'ANAP

### Illustration : exemple de modélisation du parcours au sein d'un établissement de santé

Exemple de modélisation des parcours de santé des personnes âgées à travers les différents services et établissements



CATILLON	Maryaline	Décembre 2013
<b>DIRECTEUR D'HÔPITAL</b>		
<b>Promotion 2012-2014</b>		
<b>Les enseignements de l'expérience américaine en matière de coordination des soins.</b>		
<b>PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Ecole Pasteur CNAM de Santé Publique - PARIS</b>		
<b>Résumé :</b>		
<p>La coordination des soins est un enjeu de santé publique universel, mais sa définition ne fait pas consensus. C'est une priorité sur les agendas politiques de nombreux pays de l'OCDE en raison de son impact sur la maîtrise des dépenses et sur l'amélioration de la qualité des soins, mais les stratégies pour l'améliorer sont multiples et leur impact est encore incertain. C'est également un sujet au cœur de la réforme des systèmes de santé en France et aux Etats-Unis, mais la comparaison internationale est un véritable challenge en raison des différences systémiques et culturelles entre nos deux pays. C'est enfin une question stratégique pour un futur directeur d'hôpital, car elle redéfinit la place de l'hôpital dans le système de santé.</p> <p>Ce travail définit l'approche américaine de la coordination des soins, puis expose ses modalités d'évaluation, ses déterminants, les évolutions prévues par la loi Obama en termes de dispositifs et d'incitations économiques ainsi que les questions posées par la conduite de projets d'amélioration de la coordination des soins sur le terrain. Il soulève ensuite, dans une perspective comparative, quelques grandes questions sur l'approche française de la coordination des soins, sa formulation en termes de parcours, ses modalités d'évaluation, ses déterminants, ainsi que les options envisagées ou envisageables pour la faire évoluer.</p>		
<b>Mots clés :</b>		
<p>Coordination des soins, transition de soins, transition hôpital-domicile, parcours de soins, parcours de santé, comparaison internationale, incitation économique, pénalités pour réadmissions, Accountable Care Organizations.</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		

