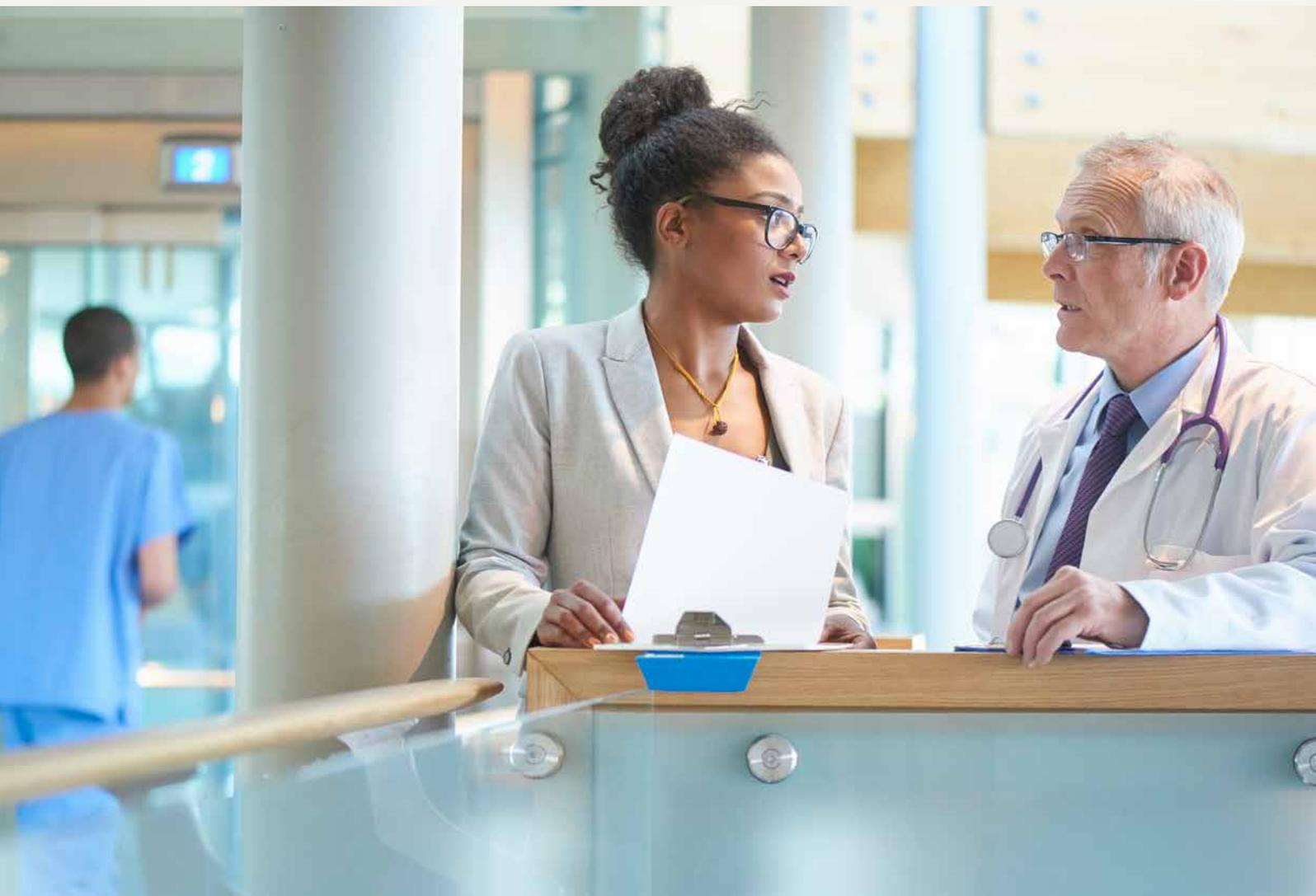


MISSION D'ÉTUDE SUR L'EXPÉRIMENTATION PAR LE NHS ANGLAIS DE NOUVEAUX MODÈLES D'ORGANISATION ET DE FINANCEMENT INTÉGRÉS



25, 26 et 27 juillet 2016

Adrien Dozol, Camille Léandre, Adeline Townsend (DGOS),
Florence Pinelli (ATIH), Marie-Camille Lenormand (CNAMTS)

SOMMAIRE

1	Objectifs de la mission.....	3
2	Le système de santé anglais : un modèle en profonde évolution.....	4
2.1	Une profonde réforme de la gouvernance et du financement.....	5
3	De nouveaux modèles de coordination : les New Care Models.....	9
3.1	Une approche expérimentale de type bottom-up.....	9
3.2	Reposant sur des nouvelles modalités de financement et un accompagnement technique et financier.....	11
3.3	Evaluation des New Care Models.....	12
3.1	Zoom sur les PACS et les MCP.....	13
4	Illustration : exemple de Dudley MCP.....	14
4.1	Population couverte.....	14
4.2	Une approche centrée sur le patient.....	15
4.3	Des nouveaux profils de professionnels.....	15
4.4	De nouvelles modalités d'organisation.....	15
4.5	Une évolution des pratiques des professionnels.....	16
4.6	Quelle contractualisation ?.....	17
4.7	Une première évaluation.....	18
5	Enseignements pour la France.....	19
6	Annexes.....	22

I - OBJECTIFS DE LA MISSION

Le système de santé français est confronté à une augmentation et une modification des besoins de santé en raison du vieillissement de la population, de l'augmentation des maladies chroniques et des poly-pathologies. Afin de s'adapter, un renforcement des soins primaires et de la coordination des professionnels de santé entre les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux est nécessaire, en particulier entre les acteurs de ville et hospitaliers. Ainsi, la Stratégie Nationale de Santé préconise une « révolution du premier recours »¹. Elle a notamment défini, dans le cadre de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, de nouveaux outils de structuration des soins primaires en proposant aux professionnels de santé de nouveaux modes et outils de coordination (CPTS, PTA, lettre de liaison....). Néanmoins, les modes de financement du secteur ambulatoire et du secteur hospitalier restent cloisonnés. La majorité des pays membres de l'OCDE sont confrontés à des défis similaires. Certains tentent d'y répondre en testant des nouveaux modèles d'organisation intégrés avec des modèles de financement innovants. Une revue² de ces expériences a permis d'identifier de nouveaux modèles organisationnels pertinents dans le contexte français de régulation de l'offre : (1) les Accountable Care Organisations (ACOs) de Medicare aux Etats Unis d'Amérique, (2) les New Care Models du NHS Britannique.

Alors qu'une vaste littérature est dédiée à l'expérience américaine, peu d'informations sont disponibles sur les expérimentations anglaises portant sur les New Care Models, plus récentes (2015-2016), comme les Primary Acute Care Services (PACS) et les Multispecialty Community Providers (MCPs) qui, toutes deux, ciblent l'organisation des soins primaires.

Afin d'obtenir des informations supplémentaires sur ces nouveaux modèles organisationnels, une mission d'étude, coordonnée par Mme Marie Keirle, conseillère sociale de l'ambassade de France au Royaume-Uni, a été organisée par le bureau R5 de la DGOS associant la CNAMTS³ et l'ATIH⁴. Cette mission a permis de rencontrer les décideurs en charge de la stratégie et du cadre réglementaire (NHS, NHS improvement et le King's Fund), ainsi que des professionnels de santé au sein d'un site expérimentateur en charge de la mise en œuvre d'un modèle innovant de coordination : un Multispecialty community providers (MCPs). La présente étude retrace les enseignements acquis dans le cadre de ces entretiens.

¹ Discours de Marisol Touraine le 19 juin présentant les orientations de la loi de santé

² Menée par le bureau R5 de la DGOS avec l'aide d'une interne de santé publique² (Camille Léandre) dans le cadre de son Master d'économie de la santé à l'université Paris Dauphine (sous la direction de Mme Brigitte Dormont, directeur de mémoire)

³ Département veille et stratégie de la Direction de la stratégie, des études et des statistiques

⁴ Service Financement des établissements de santé et Service Classifications, information médicale et modèles de financement

II - LE SYSTEME DE SANTE ANGLAIS : UN MODELE EN PROFONDE EVOLUTION

LE SYSTEME DE SANTE ANGLAIS

- Le système de protection sociale britannique est un système beveridgien (universalité de la protection sociale par la couverture de toute la population (ouverture de droits individuels) et de tous les risques ; uniformité des prestations fondée sur les besoins des individus et non sur leurs pertes de revenus en cas de survenue d'un risque ; unité de gestion étatique de l'ensemble de la protection sociale ; financement basé sur l'impôt). La philosophie utilitariste du système de santé britannique repose sur le fondement d'une médecine sociale, dans une logique d'assistance et d'arbitrage médico-économique, financée par l'impôt : le rationnement des soins est moralement acceptable s'il contribue à favoriser le bien-être collectif. Le National Health Service (NHS), fondé en 1948, est le système de santé publique du Royaume-Uni. La majorité des soins hospitaliers et ambulatoires sont délivrés dans le secteur public, soit par des acteurs avec un statut public, soit par des acteurs avec un statut privé ayant contractualisé avec le NHS. Les patients bénéficient de prestations gratuites au point de délivrance, sauf exceptions tels que les soins dentaires, ophtalmologiques et les médicaments. En 2013, les dépenses de santé étaient financées à hauteur de 83% par l'assurance publique.
- La réforme de 2012 a mis en place les Clinical Commissioning Groups (CCGs), des regroupements obligatoires de cabinets de médecine générale, ayant pour mission d'organiser et de financer des services de santé pour la population de leur territoire.
- Le budget santé était de l'ordre de 105 Md£ en 2013 : 65 Md£ (79,8 Md€) alloués aux CCGs pour les soins aigus, 25 Md£ (30,7 Md€) gérés par le NHS England dont 10 Md£ (12,3 Md€) pour les seuls médecins généralistes.
- Des projections ont montré que l'augmentation des besoins de santé (liés au vieillissement, à la prévalence croissante des maladies chroniques, aux polyopathologies...) conduirait à un déficit de £30 milliards à l'horizon 2020/21.
- La part de la population âgée de 65 ans et plus était de 16% en 2010. En 2050, elle devrait passer à 24%. La prévalence du diabète chez les personnes âgées de 25 ans et plus était de 7,8% chez les hommes et 5,7% chez les femmes en 2008. La prévalence de l'hypertension artérielle chez les personnes âgées de 25 ans et plus était de 27,7% chez les hommes et 19,1% chez les femmes en 2008.

Sources : (1) OCDE. *Panorama de la santé 2015*. (Éditions OCDE, 2015); (2) Organization, W. H. *World Health Statistics 2014*. (World Health Organization, 2014); (3) *Les Comptes de la Sécurité Sociale. La réforme du National Health Service (NHS)*. (2014).

UNE PROFONDE REFORME DE LA GOUVERNANCE ET DU FINANCEMENT

Le NHS a longtemps été un système centralisé et hiérarchique. Il a toutefois fait l'objet de différentes réformes dans le but d'introduire des mécanismes de marché avec l'objectif de décentraliser, de favoriser la concurrence des prestataires de soins et d'optimiser les relations de gouvernance. Le Health and Social Care Act (2012), qualifié de plus grande réforme du NHS depuis 1948, répond aux critiques portant sur l'immobilisme de l'organisation managériale très hiérarchisée du système. Elle constitue en effet une refonte structurelle du système anglais en ce qu'elle décentralise l'organisation des services de santé et du management des budgets pour la confier à des groupements essentiellement composés de médecins généralistes.

Cette réforme prolonge et approfondit les orientations engagées par des réformes précédentes :

- la séparation entre les rôles d'acheteur, de régulateur et de producteur ;
- le renforcement des droits et du rôle des patients (patients empowerment) ;
- l'amélioration des performances des opérateurs et du système dans sa globalité.

Les Clinical Commissioning Groups (CCGs) au cœur du système

La mesure phare de la réforme s'avère être la création de 211 Clinical Commissioning Groups (CCGs) sur l'ensemble du territoire britannique. Chaque CCG couvre en moyenne une population de 250 000 habitants.

➤ Organisation des CCGs

Les CCGs sont des regroupements obligatoires de cabinets de médecine générale, disposant d'une personnalité juridique propre. Tous les cabinets ont, en effet, l'obligation de devenir membre d'un CCG. Chaque CCG dispose d'un conseil d'administration, désigné par ses membres, composé d'au moins 6 personnes : le CCG's accountable officer, le directeur financier, un infirmier, un médecin spécialiste et deux représentants de la société civile. En outre, bien que ses membres soient des médecins généralistes, les CCGs ont l'obligation de disposer d'experts issus d'un large ensemble de professions de santé.

Cela marque un retour en force du pouvoir médical avec l'idée que les médecins généralistes portent l'expertise des besoins de santé de leurs patients et qu'ils sont les acteurs les plus aptes à organiser et diriger les services de santé locaux pour répondre à leurs besoins.

➤ Le CCG, acheteur et régulateur des soins au niveau local

Les CCGs ont un rôle décentralisé d'acheteur et de régulateur des soins. Les CCGs ont pour mission d'organiser et de financer pour la population de leur territoire les services suivants⁵ : les soins d'urgence, les soins hospitaliers programmés (consultations externes ou chirurgie programmée), les

⁵ Ce que les anglais appellent le « commissioning ». Ceci apparaît comme une stratégie proactive de planification, de conception et mise en œuvre d'une gamme de services de santé nécessaires, plutôt que comme un rôle passif d'acheteur.

community services⁶, la maternité, les soins de réadaptation ainsi que les soins et prises en charge liés à la santé mentale. Le CCG est responsable d'un budget global qu'il répartit entre les différents prestataires sur la base de contrats. Ceux-ci sont négociés en appui de tarifs nationaux avec la possibilité d'une révision par le CCG. Le CCG contractualise aussi bien avec des prestataires publics que privés.

Afin d'éviter les conflits d'intérêt, le CCG n'est pas en charge du financement des soins primaires délivrés par les médecins généralistes. Néanmoins ces derniers exercent dans des cabinets de groupe, les GPs practices, dont l'autorisation est délivrée par le CCG.

Réorganisation des institutions nationales

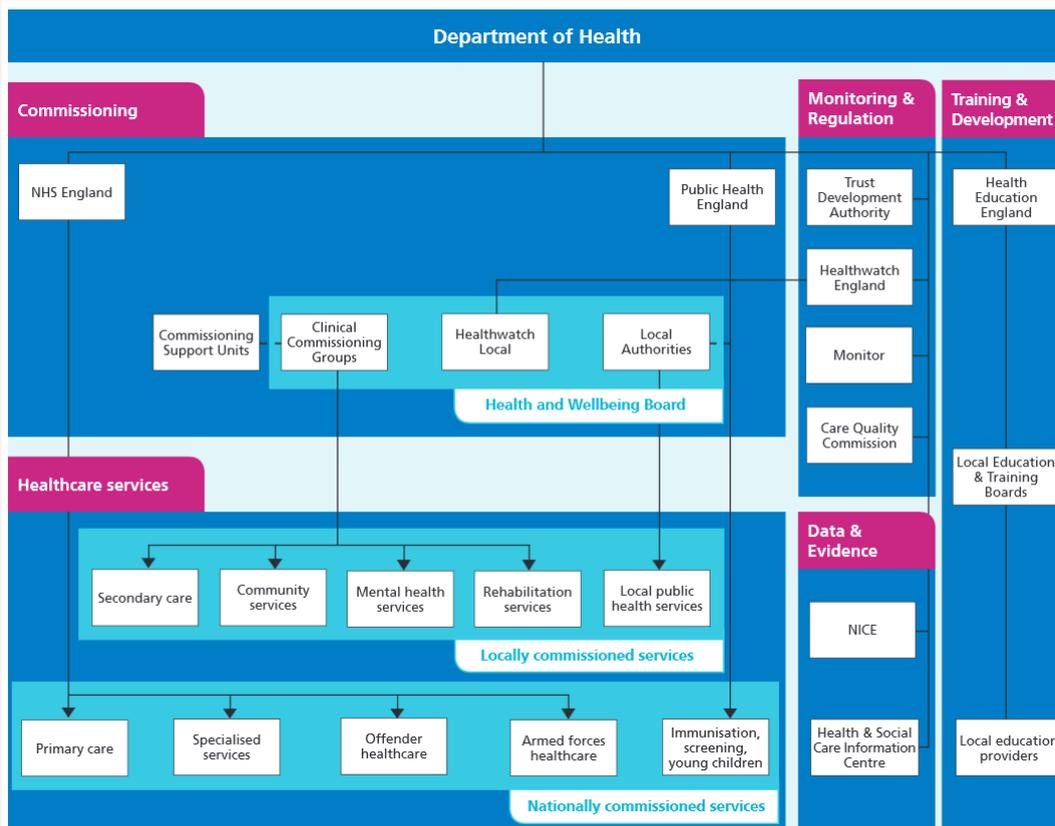
Le **NHS England** est devenu un organisme indépendant, sans lien de dépendance avec le gouvernement autre qu'une convention d'objectifs et de gestion. Son rôle principal est d'améliorer l'état de santé des résidents en Angleterre et de fournir des soins de qualité.

Ses missions se déclinent ainsi en trois grandes fonctions : (1) leadership national pour l'amélioration de la qualité ; (2) supervision du fonctionnement des CCGs et allocation de leurs ressources ; (3) commissioning (financement/achat) direct de plusieurs types de services de santé : les soins primaires délivrés par les médecins généralistes et les services ultra-spécialisés concernant un petit nombre de patients (cancer, transplantation). L'achat de soins primaires est déterminé sur la base de négociations nationales entre le NHS et des représentants de médecins généralistes.

NHS Improvement : regroupement de plusieurs organisations responsables de l'accompagnement et de la régulation des soins : Monitor, NHS Trust Development Authority, Patient Safety, the National Reporting and Learning System, the Advancing Change team et de l'Intensive Support Teams. Il s'agit du régulateur financier du système hospitalier et ambulatoire. Il a une mission de tarification des actes, il s'assure que les modes de rémunération favorisent la qualité et l'efficacité des soins et que la mise en concurrence s'opère dans l'intérêt du patient.

Le schéma suivant présente les principaux acteurs et leurs fonctions dans le système de santé anglais.

⁶ Les community services comprennent les prestations de soins délivrés à domicile (ex. hospitalisation à domicile, infirmière à domicile, réadaptations à domicile), des centres de santé/consultations non programmées, etc.



Source: *Understanding the new NHS, NHS England, 2014*

Des modalités de financement hétérogènes

Ainsi, les modes de rémunération et les sources de financement sont très hétérogènes :

Primary Care / Soins primaires (cabinets de médecins généralistes): les cabinets sont rémunérés essentiellement à la capitation et partiellement à l'activité et à la performance. Ils sont financés directement par le NHS England. Les médecins généralistes sont associés ou salariés du cabinet.

Community services (soins à domicile, des centres de santé/consultations non programmées, etc.): les prestations sont financées par les CCGs. Les professionnels relèvent le plus souvent d'un contrat public du NHS ou sont issus du milieu associatif

Secondary care / Soins spécialisés (soins d'hospitalisation aigus, consultations externes de médecins spécialistes) : les soins spécialisés sont financés par les CCGs, notamment sur la base d'une tarification à l'activité pour les hospitalisations. Les médecins spécialistes sont salariés de l'hôpital et sont rémunérés par l'établissement

Mental Health services / Santé mentale et Rehabilitation services (soins hospitaliers de réadaptation, dispositifs médicaux pour la réadaptation etc.): ce secteur est financé par les CCGs.

Secteur social : il existe de multiples sources de financement : budget des collectivités locales, les local authorities, et des financements alloués par Public Health England pour la mise en œuvre locale des programmes de dépistage et de vaccination

Le tableau ci-dessous présente de façon synthétique des points de convergence et de divergence notable entre les modèles français et anglais.

Similarités	Différences
Financement	
Contrainte budgétaire forte	Un acheteur de soins local dirigé par des médecins : le CCG
Financement des médecins généralistes négocié au niveau national et tarification à l'activité pour les hôpitaux avec des tarifs fixés au niveau national	Un paiement à la capitation pour les cabinets de médecine générale
Plusieurs enveloppes budgétaires dans le domaine sanitaire et médico-social avec des acheteurs/régulateurs différents selon les services (ex : services hospitaliers décision locale, médecine de ville décision nationale)	L'impôt est la principale source de financement en Angleterre.
Offre de soins	
	Approche population/territoire, « communauté »
Volonté politique de développer la prise en charge ambulatoire/domicile	Rôle central du GP, à la fois comme gate-keeper et dans la gestion du système de santé local
Volonté politique de s'appuyer sur un mode d'exercice en groupe de la médecine générale	Exercice collectif des médecins généralistes ancien en Angleterre
Constat partagé de la nécessité d'une amélioration de la coordination/communication entre les professionnels de la ville et de l'hôpital	Spécialistes, laboratoires biologiques et centres d'imagerie installés exclusivement en milieu hospitalier
	Existence d'Infirmières aux rôles avancés (GP nurse = rôle/metier spécifique de délégation de tâche et gestionnaire de cas/suivi malade chronique)
	Planification de l'offre soins primaire par le CCG qui délivre l'autorisation d'installation des cabinets médicaux

III - DE NOUVEAUX MODELES DE COORDINATION : LES NEW CARE MODELS

Ainsi, le Royaume-Uni présente les mêmes difficultés que la France. Bien que la source de financement principale soit l'impôt, le système de santé est confronté à l'hétérogénéité et à la multiplicité des sources de financement des prestataires, ainsi qu'à une organisation des soins fragmentée et en silos.

Pour éviter l'aggravation du déficit et améliorer à la fois l'efficacité des soins et l'état de santé de la population, le NHS England annonce, dans le cadre d'un document stratégique NHS Five Year Forward View publié en octobre 2014, un renforcement du rôle de la prévention, l'implication du patient dans les décisions médicales, un transfert de soins spécialisés de l'hôpital vers la ville, la reconfiguration des services hospitaliers, le renforcement de la coordination entre professionnels avec la mise en place d'équipes pluridisciplinaires et l'intégration des soins, etc. La priorité de la stratégie est de modifier les modalités de coopération entre acteurs d'une part et de prise en charge des patients d'autre part, avec dans un second temps la mise en place de nouveaux modes de financement. Un objectif central est d'évoluer d'un financement à la production vers un financement au résultat. L'une des modalités de mise en œuvre passera par le financement des prestataires de santé de la ville et de l'hôpital via un budget unique, laissant une part de plus en plus limitée à la tarification à l'activité, au profit d'un financement à la performance basé sur des indicateurs de résultats.

UNE APPROCHE EXPERIMENTALE DE TYPE BOTTOM-UP

La stratégie du NHS a prévu l'expérimentation de 5 nouveaux modèles d'organisation sur 29 sites expérimentateurs volontaires appelés « Vanguard » avec 3 périodes de lancement entre avril et septembre 2015. Les objectifs poursuivis communs à ces modèles ont été de :

- adopter une nouvelle approche populationnelle,
- améliorer la qualité des soins, développer le bien-être en santé,
- limiter la fragmentation de la prise en charge
- réduire la consommation de soins hospitaliers⁷.

A l'avenir, certaines de ces expérimentations devraient reposer sur une nouvelle répartition entre les différentes modalités de financement (à l'acte, à la capitation et budget fixe) avec une diminution de la part à l'activité

Les 5 modèles types d'organisations sont :

Integrated primary and acute care systems (PACS): expérimentés sur 9 sites ; rassemblent des cabinets de médecins généralistes, des hôpitaux, des services à domicile (community services) et de santé mentale, voire des services sociaux. Les PACS ont pour principal objectif l'amélioration de la coordination ville-hôpital et une diminution des soins hospitaliers.

⁷ Au Royaume Uni, la notion de soins hospitaliers intègre les hospitalisations mais également les consultations spécialisées et les examens complémentaires biologiques et radiologiques qui ne sont délivrés que par les structures hospitalières.

Multispecialty community providers (MCP): expérimentés sur 14 sites, ils rassemblent des cabinets de médecins généralistes, des services à domicile (community services) et de santé mentale, voire des services sociaux. Les MCPs ont pour objectifs d'améliorer la coordination des soins primaires, en particulier avec le secteur social, de limiter le recours à l'hôpital et de favoriser l'exercice des spécialistes de l'hôpital en ville. A terme les MCPs peuvent évoluer en PACS en intégrant les hôpitaux dans leur organisation.

Enhanced health in care homes (EHC): expérimentés sur 6 sites, ils proposent de médicaliser davantage les EHPAD et de proposer une offre de soins complète sanitaire, sociale et réadaptation.

Urgent and emergency care (UEC): expérimentés sur 8 sites, ils coordonnent les différents services de soins urgents (cabinets de garde, walk-in centres gérés par des infirmières, numéro d'urgence NHS 111, consultations par des professionnels de soins primaires aux portes des urgences etc) afin de décharger les services d'urgences hospitalières.

Acute care collaborations (ACC): expérimentés sur 13 sites, il s'agit de regroupements d'établissements hospitaliers. Les ACCs ont pour objectif de garantir leur viabilité clinique et financière, réduire les variations de pratiques et organiser des filières de soins hospitaliers. Ils s'apparentent aux GHT.

Des modifications du système de santé dans son ensemble sont envisagées et testées. Les PACS et les MCP testent des nouveaux modèles de coordination de l'offre de soins primaires sur un territoire et d'intégration intersectorielle. L'intégration peut être progressive (ambulatoire pour former un MCP, hospitalières avec les acute care collaboration ACC, ambulatoire et hospitalière avec les PACS) mais à terme, elle doit être pensée comme complète en réunissant soins primaires et soins spécialisés ainsi que le médico-social, la santé mentale et le secteur social. Cela reviendrait à créer des mini systèmes de santé locaux gérés directement par les CCGs capables de proposer de manière coordonnée, l'ensemble des prestations financées par le NHS et les local councils selon un modèle de financement adapté à la spécificité du groupement.

Ces expérimentations reposent sur une démarche bottom-up. Il existe un cadre national, mais avec une souplesse du cahier des charges. Le processus de sélection était transparent et ouvert avec un appel à candidature sur un site internet dédié. Le processus de sélection a consisté en une visite de 2 jours dans chaque site, des workshops avec des experts (consultants dont Optum, universitaires...) et des retours d'expériences étrangères (notamment américaines) ainsi qu'en divers échanges/revues par les pairs. Les critères de sélection n'étaient pas définis de façon formelle avant l'appel d'offres. Cependant, le critère principal reposait sur la force du leadership local du porteur du projet et les projets sélectionnés devaient être diversifiés pour inclure à la fois des systèmes de santé locaux performants et des systèmes en difficultés, des zones urbaines et des zones rurales.

A l'issue de la phase expérimentale, certains modèles seront généralisés. L'objectif est que 50% de la population soit couverte par au moins un nouveau modèle d'ici 2020.

REPOSANT SUR DES NOUVELLES MODALITES DE FINANCEMENT ET UN ACCOMPAGNEMENT TECHNIQUE ET FINANCIER

Vers des nouvelles formes de financement

Ces nouvelles modalités organisationnelles sont financées par les CCG sur la base d'un budget global alloué à l'ensemble des prestataires de l'organisation, à l'exception de la rémunération des médecins généralistes qui restent financés par le NHS pour éviter des conflits d'intérêt (les médecins généralistes étant membres du CCG). Même si les acteurs relèvent de modalités de financement hétérogènes, l'un des objectifs du ministère est de financer les prestataires de santé de la ville et de l'hôpital par un budget unique (un budget global par patient intégrant les dépenses des champs sanitaires et social est évoqué dans le NHS 5 year-forward view). Sur le site expérimentateur de Dudley, la répartition du budget entre les prestataires se ferait sur la base d'indicateurs de résultat, avec une tarification de moins en moins à l'activité. En effet, les institutions rencontrées portent un discours volontaire d'évolution d'un financement à la production vers un financement à la performance basé sur des indicateurs de résultats.

Un nécessaire accompagnement technique et financier

Une aide financière est apportée aux sites expérimentateurs par la création d'un « Transformation Fund » de l'ordre de £132.63 millions pour la 1^{ère} année dont £45.85 million pour les PACS, £50.20 millions pour les MCPs et £17.11 millions pour les ACCs. Ces fonds de financement ne sont pas pérennes et sont destinés à l'amorçage des projets, frais juridiques, compétences spécifiques et non pour le fonctionnement. A titre d'exemple, le site Dudley présenté dans le 3^{ème} paragraphe a reçu un financement de £4 millions.

Deux « support packages » pour les New Care Models ont été publiés en 2015⁸. Ce sont des supports méthodologiques à destination des acteurs de terrain. Ils donnent des orientations sur les champs d'action prioritaires sans pour autant constituer un réel cahier des charges ou schéma directeur. Ils s'articulent autour de 9 champs : (1) modèle d'organisation des soins ; (2) évaluation et indicateurs ; (3) contractualisation d'une offre de soins intégrée ; (4) gouvernance, régulation, responsabilité ; (5) implication du patient dans l'organisation des soins ; (6) développement des systèmes d'information et de monitoring ; (7) redéfinition des rôles des professionnels de santé ; (8) développement de compétences de leadership au niveau local ; (9) communication auprès du public et implication des professionnels de santé.

Des outils sont proposés (ciblage des patients à risque, développement de systèmes d'information partagée, mise en place de procédures d'amélioration continue de la qualité...) mais aucun standard n'est imposé, avec une grande souplesse laissée aux sites expérimentateurs pour adopter les directives nationales aux conditions locales et pour faire émerger des initiatives portées par les professionnels. Les Vanguard sont invitées à solliciter les CCGs pour trouver l'expertise nécessaire à leur mise en œuvre. Néanmoins, selon le NHS Improvement, un cadrage plus explicite aurait aidé les sites candidats dans la mise en œuvre des New Care Models.

⁸ <https://www.england.nhs.uk/ourwork/futurenhs/new-care-models/support/>

EVALUATION DES NEW CARE MODELS

La stratégie d'évaluation nationale a été publiée en mai 2016⁹. Elle prévoit le suivi et l'évaluation des sites pilote PACS, MCP et EHC à l'aide d'une liste d'indicateurs nationaux (core metrics). Ces indicateurs étaient déjà recueillis et regroupés en trois thématiques :

Efficiences

- Nombre d'admissions aux urgences, rapporté à la population (à partir de données médico-administratives HES hospital episode statistics)
- Nombre de journées d'hospitalisation, rapporté à la population (données HES).

Prise en charge et Qualité

- Implication du patient dans les décisions médicales (questionnaire GP – Q21 part d et questionnaire Nurse – Q23 part d)
- Part de patients dans la population couverte considérant leur MG ou leur infirmière comme « très bon » ou « bon » dans leur démarche d'association aux décisions relatives à leur santé.
- Part de patients dans la patientèle avec un plan de soins formalisé ayant participé à son élaboration (Q37).

Santé et bien être « wellbeing »

- Moyenne des scores obtenus à l'échelle de qualité de vie EQ5D (Q34 - remplie dans le cadre du GP Patient Survey).
- Des indicateurs relatifs aux facteurs favorisant, vont être ajoutés à cette liste. Par exemple, un indicateur relatif au déploiement d'un dossier patient électronique intégré et partagé.

De plus, chaque site proposera des indicateurs spécifiques en raison des spécificités locales. Ces indicateurs seront utilisés par le niveau national, en plus des core metrics, pour suivre la mise en œuvre de l'expérimentation. Les sites ont été accompagnés dès la phase de soumission du projet, pour construire leur stratégie d'analyse d'impact et le choix des indicateurs de suivi.

⁹ <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/07/ncm-evaluation-strategy-may-2016.pdf>

ZOOM SUR LES PACS ET LES MCP

Vers une organisation collaborative centrée sur le premier recours

Les PACS et les MCPs sont des nouvelles entités regroupant des prestataires, responsables de la délivrance des soins médicaux et sociaux. Elles poursuivent des objectifs d'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la coordination de la prise en charge. Les MCPs intègrent uniquement des acteurs du secteur ambulatoire, tandis que les PACS intègrent notamment des acteurs du secteur hospitalier.

La priorité porte sur le développement de nouveaux modèles organisationnels, avec une seule entité en charge d'un panier de services plus ou moins étendu (sanitaire et social) pour la population d'un territoire. Dès la finalisation du processus de création d'une organisation unique, les acteurs du groupement devraient être responsables d'un budget global pour l'ensemble des prestataires¹⁰.

A ce stade, il y a très peu d'information disponible sur les modalités contractuelles entre les offreurs de soins (PACS, MCP) et le financeur (CCGs). En effet, les sites expérimentateurs finalisent actuellement les nouveaux modes d'organisation de soins avant de développer de nouveaux modes de paiement.

La gouvernance est dépendante de l'histoire locale et du leadership des acteurs, différentes modalités sont possibles : soit un acteur du groupement est responsable de la gouvernance (le plus souvent un cabinet de médecins généralistes pour les MCPs ; un cabinet de médecins ou un hôpital pour les PACS), soit une nouvelle entité juridique est créée, soit il s'agit d'une intégration verticale des acteurs (fusion de l'établissement de santé avec les structures de soins primaires).

... pour couvrir la population d'une zone géographique définie

Le dispositif vise à couvrir la population d'un territoire défini. Le niveau opérationnel optimum serait un territoire avec une population de 20-30 000 personnes pour un CCG par exemple. Ce niveau opérationnel peut être intégré à une organisation plus large sur l'ensemble du site expérimentateur de l'ordre de 200 000 habitants. Il s'agit d'atteindre une taille critique suffisante pour mutualiser le risque.

Pour mieux connaître et cibler la population, les prestataires disposent d'outils leur permettant de connaître les patients ayant un besoin élevé de coordination. Ainsi ils ciblent leurs actions de coordination sur ce type de patientèle. Ces outils de ciblage sont par exemple des modèles prédictifs du risque de réhospitalisation calculé à partir de données médico-administratives, développés par des sociétés privées comme 3M. Ils permettent au CCG d'avoir la liste des 5% de patients ayant le risque le plus important d'être à nouveau hospitalisés dans un délai court.

Le panier de soins comprend les prestations suivantes : les soins primaires (médecin généraliste soins infirmiers, etc.), les soins de santé mentale, les services sociaux, le monde associatif, les réunions de concertation pluri-professionnelles pour les MCPs, auxquelles s'ajoutent les actes et consultations externes et les hospitalisations pour les PACS.

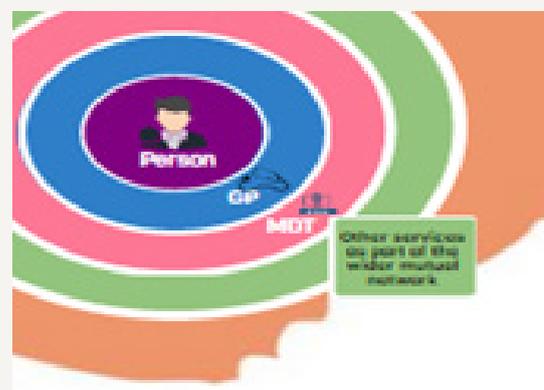
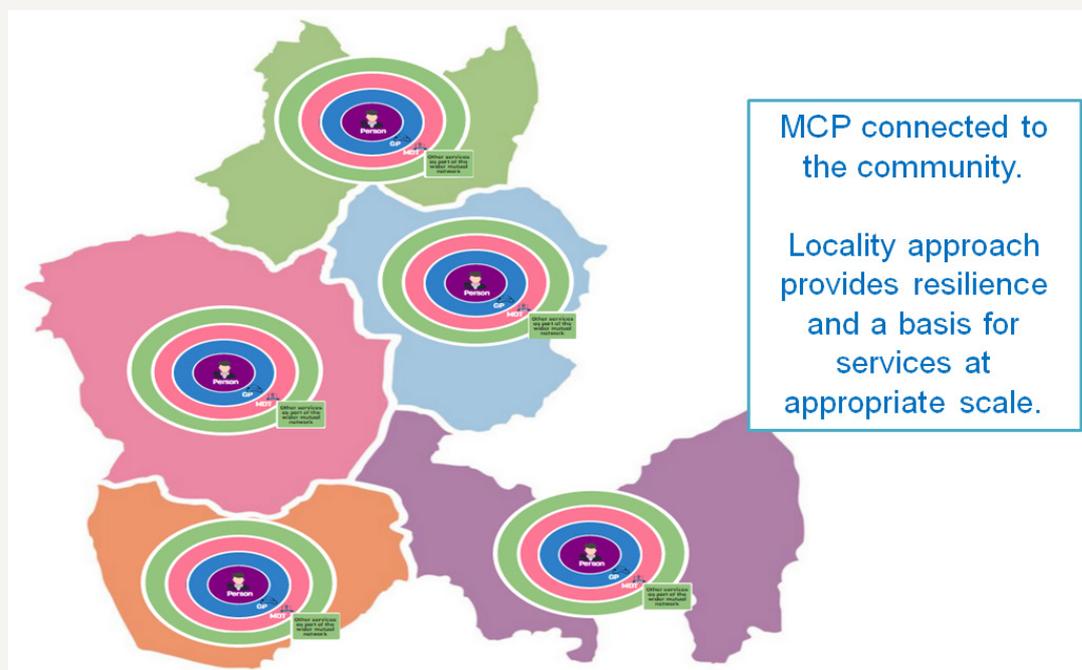
¹⁰ Le Vanguard site Morecambe Bay Health Community met en œuvre actuellement ce modèle de financement.

La mise en œuvre de ces nouveaux modèles a modifié les rôles et les modalités de travail des professionnels de santé avec un renforcement du travail en équipe, la mise en place de consultation pluridisciplinaire et un recentrage de la prise en charge autour du patient.

IV- ILLUSTRATION : EXEMPLE DE DUDLEY MCP

POPULATION COUVERTE

La population couverte est l'ensemble des patients assignés aux 46 GPs practices. Ces derniers sont localisés dans 5 localités d'environ 60 000 personnes chacune. Les représentants de Dudley MCP ont évoqué un problème de zonage différent pour le secteur sanitaire et le secteur social pouvant entraîner des « perdus de vue » pour Dudley MCP. Par ailleurs, la population de la zone couverte par ce site est défavorisée, avec des problématiques d'ordre économique et social.

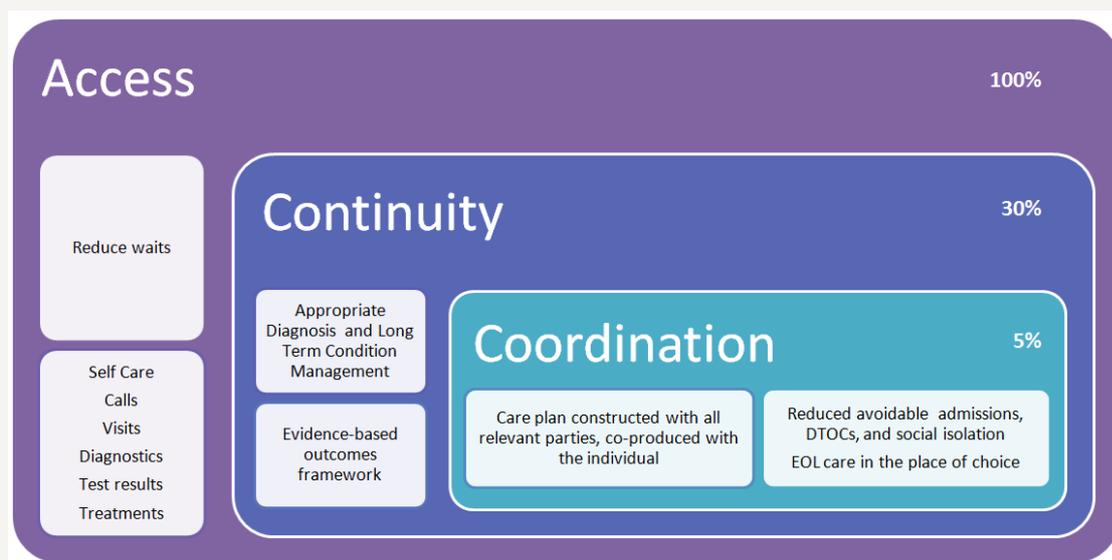


Bien que les acteurs du groupement soient responsables de la prise en charge des patients pour l'ensemble de la population couverte, il y a une stratification du risque avec un ciblage des personnes

âgées présentant plusieurs comorbidités et une fragilité sociale, particulièrement l'isolement. Des modèles prédictifs d'hospitalisation et d'outils de segmentation de la patientèle sont utilisés.

UNE APPROCHE CENTREE SUR LE PATIENT

Dudley MCP est une organisation regroupant des acteurs de soins primaires, des services sociaux, des infirmiers de district, des services de santé mentale et le milieu associatif. L'approche est centrée sur le patient, ce qui entraîne une modification importante à la fois de l'organisation de travail mais également des priorités de ses membres. En effet, le MCP doit être en mesure de tenir compte des particularités sociales des patients, de leurs préférences, de leur environnement, de leur niveau d'autonomie, de leurs besoins spécifiques qui peuvent être somatiques, mais également psychiatriques. Cela se traduit à la fois par la diversité des acteurs impliqués dans les structures de coordination mais également dans les indicateurs de suivi retenus (cf. paragraphe 4.5). Le MCP a construit sa stratégie en retenant trois objectifs, avec une approche basée sur l'équité : assurer l'accès à 100% de la population, répondre aux besoins accrus de continuité des soins pour 30% de la population (maladies chroniques), améliorer la coordination pour 5% de la population (cas complexes / personnes polyopathologiques, personnes âgées)

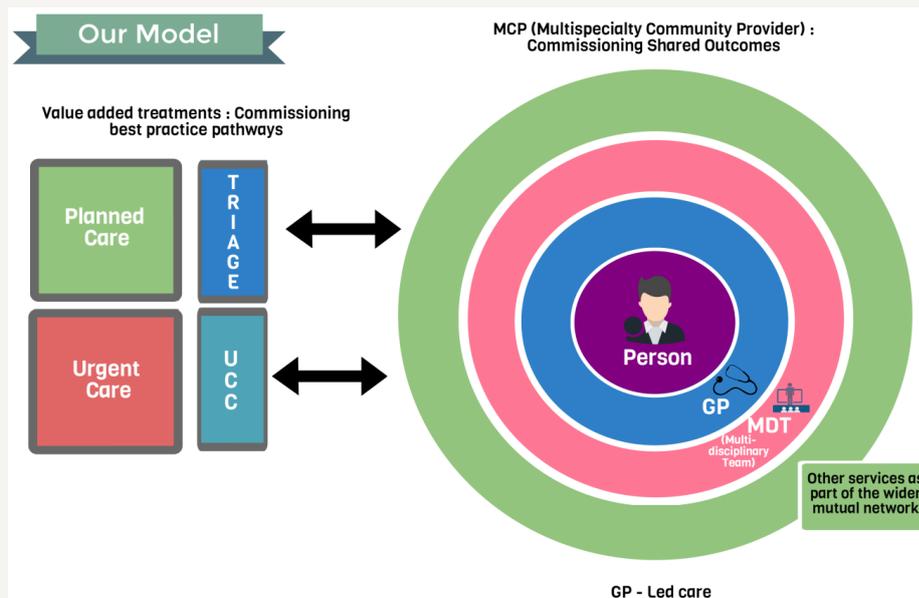


DES NOUVEAUX PROFILS DE PROFESSIONNELS

De nouvelles professions ont ainsi été créées, telles les Link Officers. Il s'agit de professionnels faisant le lien entre les différents secteurs, sanitaires et sociaux. Ils constituent une ressource pour les patients, permettant de les orienter vers le prestataire ou la structure adéquate, en s'adaptant à leurs besoins et à leur environnement. Ils sont missionnés par le MCP pour prendre en charge les patients complexes, pour des raisons médicales et/ou sociales et/ou de lieu de vie. Un cursus de formation diplômante est en cours d'élaboration.

DE NOUVELLES MODALITES D'ORGANISATION

La nouveauté introduite par le MCP Dudley porte d'une part sur le développement du travail en équipe interdisciplinaire et intersectorielle (Multidisciplinary Team-MDT), et d'autre part sur l'intégration de spécialistes hospitaliers aux équipes ambulatoires.



Plus largement, l'innovation porte sur l'adoption d'une approche holistique. Des actions d'aide visant les 5% les plus consommateurs de soins sont mises en œuvre. Un objectif clair est de développer l'autonomie des personnes, et leurs rôles dans la communauté. Ces actions ciblent 10 domaines: santé physique, santé mentale, les finances personnelles, les compétences de vie (life skills), alcool et drogues, santé reproductive, éducation, emploi, les conditions de logements, se sentir en sécurité et intégré dans la communauté.

...qui nécessitent des outils de partage de l'information

Un système d'information a été mis en œuvre. Il permet le partage des données médicales et sociales des patients entre les professionnels responsables de la prise en charge. Les patients adhèrent à un plan personnalisé de prise en charge, en donnant leur accord pour le partage de leurs données¹¹. Le site de Dudley développe notamment la télémédecine.

UNE EVOLUTION DES PRATIQUES DES PROFESSIONNELS

Dudley MCP a permis le changement des modalités de travail des acteurs par la création de nouvelles organisations de travail et de nouvelles professions :

- Réunion de concertation chaque semaine/mois (multidisciplinary teams – MDT) avec regroupement sur des sites partagés. Elles favorisent le développement du travail en équipe et la redéfinition des rôles de chaque profession.
- Les locally link officers : ils coordonnent l'ensemble de la prise en charge médicale et sociale d'un individu.
- Médecin spécialiste de la prise en charge des cas complexes
- Développement de poste de care/case managers

¹¹ Il n'y a eu aucun cas de refus.

- Développement d'une offre de consultations et soins de spécialistes et d'examen complémentaires en ville
- Formation ad-hoc des équipes
- Infirmières aux pratiques avancées¹² :
 - Les "General practice nurses" travaillent dans les GP practices au sein de l'équipe de soins primaires (avec des médecins, des pharmaciens et des diététiciens et des assistantes). Elles sont impliquées dans la plupart des aspects de la prise en charge des patients, avec des pratiques avancées principalement dans le cadre de la prévention (par exemple : vaccination, planning familial, des actes dépistages pour la santé des hommes, aide au sevrage tabagique, etc.).
 - Les "District nurses" travaillent généralement à domicile (community services). Elles ont la responsabilité d'évaluer les besoins en termes de soins et d'aide à la vie courante pour les patients et leurs familles, souvent des patients âgés, récemment sortis d'hospitalisation, en fin de vie ou atteints de handicaps physiques. Elles se déplacent quotidiennement au domicile de leurs patients. Elles peuvent travailler seule ou en lien avec les services sociaux, des associations et d'autres services du NHS et aident à la coordination de la prise en charge de chaque patient. Elles jouent un rôle essentiel dans la prévention des hospitalisations et réhospitalisations.

QUELLE CONTRACTUALISATION ?

Un contrat unique entre le CCG et la nouvelle entité regroupant l'ensemble des MDTs est envisagé. Il est prévu de responsabiliser les prestataires sur un financement avec des objectifs de résultats de santé et d'indicateurs de qualité. La justification est de rémunérer d'avantage les acteurs à la performance plutôt qu'à l'activité.

Actuellement:

- 117 prestataires : 28 hôpitaux, 46 GPs practices, 103 autres
- financement : 78% à l'activité, 18% budget fixe, 3% sur des indicateurs de résultats

A l'avenir:

- 49 prestataires : 11 hôpitaux, 37 autres, et un MCP
- financement : 55% à l'activité, 6% budget fixe, 38% sur des indicateurs de résultats

L'engagement des acteurs sur les indicateurs de performance porte sur des cibles pluriannuelles, bien que certains indicateurs ne soient pas opposables la première année du contrat tels que les

¹² 2012 Royal College of Nursing fact sheet

indicateurs d'espérance de vie¹³. Les représentants rencontrés souhaitent avoir une période de contractualisation suffisamment longue pour induire les changements nécessaires.

INDICATEURS DEVELOPPES PAR LE SITE DE DUDLEY MCP

Exemple d'indicateurs d'accès

- Facilité selon le patient à obtenir un rendez-vous avec le médecin traitant
- Proportion de patients souffrant d'un premier épisode psychotique bénéficiant dans les 2 semaines de l'ensemble de la prise en charge recommandée
- Patient Reported Outcome Measure (PROM): indicateur d'état de santé et de qualité de vie recueillis par le patient

Exemple d'indicateurs de continuité

- Amélioration de la déclaration de certaines maladies chroniques (insuffisance cardiaque chronique, BPCO, asthme, ALD)
- Evaluation du risque cardio-vasculaire chez des patients atteints de pathologies mentales sévères
- Développement de plans personnalisés de soins pour les personnes souffrant de troubles de l'apprentissage
- Réduction du taux d'hospitalisation non programmé entre cabinet médicaux
- Implication des patients dans la décision thérapeutique

Exemple d'indicateurs de coordination

- Réduction des hospitalisations potentiellement évitables
- Nombre de patients restant au domicile après 91 jours après une hospitalisation
- Satisfaction des professionnels du MCP
- Accès à une information partagée
- Amélioration du diagnostic de démence
- Lieu de décès souhaité des patients

UNE PREMIERE EVALUATION

Une première évaluation menée par le site Dudley MCP démontrait une réduction des coûts de £8547 par personne (soit £375 000 pour 44 personnes), une réduction de 30% des consultations inappropriées chez le médecin généraliste, une réduction de 21% des visites à domicile et une réduction des consultations téléphoniques de 35%.

¹³ <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/07/ncm-evaluation-strategy-may-2016.pdf>

V - ENSEIGNEMENTS POUR LA FRANCE

Le système de santé britannique est confronté aux mêmes enjeux que le système de santé français : contexte budgétaire contraignant avec des enjeux épidémiologiques de vieillissement. Pour y faire face, la solution privilégiée par le système britannique repose sur la mise en place de nouvelles organisations entre acteurs, « *les news care models* », favorisant la coordination entre les secteurs sanitaires, social et médico-social. En effet, dans la mesure où les principaux besoins de demain relèvent davantage des secteurs médico-social et social que du secteur sanitaire, une prise en charge intégrant ces secteurs devient une nécessité. Ainsi, contrairement aux objectifs recherchés par la réforme de financement à la tarification à l'activité mise en place dans les années 2000, l'objectif principal recherché par le NHS n'est pas celui de l'efficacité économique par la concurrence entre les acteurs mais celui de la performance par une collaboration et une atteinte collective des indicateurs d'accès, de continuité et de coordination de la prise en charge.

La France s'est engagée dans cette même voie avec la mise en place, dans la cadre de la loi de modernisation de notre système de santé, de nouvelles formes organisationnelles, à l'instar des Communautés de professionnels territoriales de santé (CPTS) favorisant la coordination des acteurs de 1^{er} recours ou encore les groupements hospitaliers de territoire (GHT) mettant en place des filières de soins entre les établissements publics de santé.

Le contexte et les objectifs des réformes en cours portant sur la mise en place d'organisations innovantes sont donc similaires entre les 2 pays. Dans ce cadre, quels seraient les principaux enseignements de la réforme anglaise pour la France ? Quelles en sont les caractéristiques qui pourraient impacter les résultats de l'expérimentation ?

- **Une prise en charge intégrée centrée sur le patient**

Dans la mesure où l'un des objectifs principaux est de limiter le recours à l'hôpital par un développement de la prise en charge en ambulatoire et à domicile par le secteur sanitaire (y compris santé mentale), mais également médico-social, social et associatif, il est important d'offrir un périmètre de services le plus large possible, les besoins des populations les plus à risque n'étant pas que d'ordre médical. Il s'agit de développer une approche holistique du patient avec maintien de la liberté du choix du patient et coordination de l'ensemble des prestataires pour améliorer son « bien être » et son état de santé. Il y a une volonté de développer une prise en charge partagée entre les cliniciens, le social et la santé mentale, en créant une entité organisationnelle intégrée « *without the walls* ». Cela implique de modifier les pratiques professionnelles avec la création de nouveaux métiers (postes de coordonnateurs, infirmière de liaison, etc.) avec un découpage territorial s'affranchissant des limites administratives pouvant différer entre secteurs.

- **Une expérimentation et souplesse des acteurs**

Le cadrage général est fixé au niveau national mais il s'agit d'une démarche bottom-up avec grande souplesse laissée aux acteurs locaux. Le Ministère tirera ensuite les grands enseignements des modèles testés pour définir les modalités de mise en œuvre opérationnelle sur l'ensemble du territoire et l'articulation possible des différents modèles entre eux. L'engagement des acteurs est nécessaire. Le leadership est en fonction de l'histoire des acteurs sur le territoire. Le leadership local du porteur du projet était un des critères majeurs de sélection lors de l'appel à projet. Il est donc recommandé de privilégier une approche basée sur le volontariat des acteurs, sur un nombre limité

de territoires et de démontrer les bénéfices pour les professionnels et les acteurs pour générer de nouvelles candidatures au-delà des sites précurseurs.

- **Des organisations performantes fondées sur des indicateurs de coordination et qualité**

A l'instar de la réforme américaine des ACO « Accountable care organisation », la réforme anglaise met l'accent sur la « performance » par la fixation d'indicateurs nationaux, locaux et financiers permettant de suivre et d'évaluer les performances de ces expérimentations. Ces indicateurs ont pour objectif principal de s'assurer que ces nouvelles formes de coordination fondées sur un objectif de limitation du recours aux soins et de développement des prises en charge à domicile ne soient pas en défaveur du patient. Des indicateurs d'accès, de continuité et de coordination centrés sur le patient sont donc fixés et suivis par chaque groupement. A noter que ces indicateurs n'ont pas vocation à mesurer la qualité d'une structure donnée, comme IFAQ par exemple, mais la qualité de la coordination et la prise en charge collective. Il est important également de souligner que ces indicateurs existaient préalablement à la réforme. La nouveauté vient du fait qu'ils sont désormais utilisés et surtout directement intégrés dans le système d'information du groupement n'impliquant pas ainsi de charge de travail supplémentaire pour les acteurs. Pour s'inscrire dans cette logique de performance de la prise en charge globale du patient, un travail de recensement de ces indicateurs auprès des différentes institutions (DGS, CNAMTS, ANAP, DREES, ARS, ...) apparaît donc indispensable en France. Il est également recommandé de laisser une marge de manœuvre importante aux acteurs locaux pour générer de l'innovation avec une stratégie de suivi et d'évaluation nationale.

- **Un système d'information intégré et des outils de ciblage des patients**

Le site visité a adopté une stratégie garantissant l'accès à tous mais concentrant ses efforts sur les 5% des patients avec le besoin de coordination le plus important. Pour cela, il dispose d'outils de ciblage permettant notamment d'identifier, sur les bases des données médico-administratives, les patients avec un fort risque d'hospitalisation.

Le rôle des systèmes d'information est central. Il doit permettre le partage des données médicales entre les différents prestataires de santé et social, le suivi et évaluation des indicateurs de performance et le ciblage des populations à risque. Un projet de ce type pourrait s'appuyer sur des démarches existantes de développement de systèmes d'information partagé ville-hôpital en lien avec les projets de territoire santé numérique.

- **Un modèle de financement cohérent avec les objectifs recherchés**

Dans la mesure où l'objectif de ces nouvelles organisations est de limiter le recours à l'hôpital au profit d'une prise en charge à domicile, il est nécessaire de modifier les modes de financement pour les rendre cohérents avec cet objectif. En effet, le financement à l'acte ou à l'activité incite davantage à un développement d'activité qu'à sa limitation. La fonction d'acheteur de soins existante en Angleterre (les CCG) a permis l'allocation d'un budget unique à l'ensemble des acteurs du groupement. Même si le principe d'un budget unique apparaît ambitieux à transposer au modèle français, il est important de noter que le CCG du site de Dudley (site visité) a décidé de diminuer la part de son budget relative à une tarification à l'activité au profit de la part fondée sur les indicateurs de performance. Cette décision est un signal fort en direction des acteurs en les incitant davantage à atteindre les résultats attendus en termes de coordination et maintien à domicile plutôt qu'en

termes de développement de leur activité. Ce même signal pourrait être donné en France par l'introduction d'une nouvelle modalité de financement des acteurs qui pourrait être basée sur une approche collective basée sur l'atteinte d'indicateurs de performance.

Par ailleurs, un investissement à l'amorçage du projet était nécessaire. Il s'agit de fonds non pérennes, de budgets d'investissement et non de fonctionnement (Transformation Fund de £100 millions pour la 1ère année).

- **Une visibilité et stabilité dans le temps**

Une période de contractualisation longue doit être privilégiée pour deux raisons. Les changements organisationnels prennent du temps. En cas de financement basé pour partie sur des indicateurs de résultat, les effets ne pourront être observés les premières années.

- **Une gouvernance des acteurs à définir**

L'existence des CCGs, en charge de la planification et de l'achat des services de santé au niveau local est un facteur favorisant la mise en œuvre de ces expérimentations de nouveaux modèles de soins. Une transposition d'une approche expérimentale de ce type en France doit conduire à définir le rôle que les ARS devraient avoir dans la sélection et le suivi des projets ainsi que le rôle de l'assurance maladie dans le financement du groupement. Une approche tripartite (groupement, ARS, AM) serait certainement à privilégier. Comme en Angleterre, on ne doit pas avoir l'impression d'une franche opposition entre financeurs/régulateurs/offreurs. Les patients et les professionnels doivent en tirer des bénéfices.

VI - ANNEXES

Mission DGOS/CNAMTS/ATIH NHS New Care Models Programme

Lundi 25 juillet 2016

14h00/14h05 Gare de Saint Pancras	Accueil à l'arrivée Eurostar par Mme Marie Keirle, Conseillère pour les affaires sociales
15h00-17h30 The King's Fund	M. Ben Collins , <i>Project Director</i> M. Jacob West , <i>PACS New Care Models Programme</i> 11-13 Cavendish Square, London W1G 0AN Contact : Nicola Speers, PA to Richard Murray Tel : 020 7307 2692
	Diner libre

Mardi 26 juillet 2016

8h30 Ambassade de France	Départ dans un véhicule de l'Ambassade avec un chauffeur (nom et numéro de téléphone à confirmer) 58 Knightsbridge, London SW1X 7JT
11h00-15h00	Visite de l'hôpital de Dudley (programme détaillé en annexe)
18h30	Réception informelle chez la Conseillère pour les affaires sociales
	Diner libre

Mercredi 27 juillet 2016

11h30-12h30 NHS Improvement	M. Nick Ville , <i>Policy Director</i> Wellington House, 133-155 Waterloo Road, London SE1 8UG - 3.16 Jenner Contact : Lara Vittiglia, Policy – Team Administrator Tel : 0203 747 0679
13h00-14h00	Déjeuner (lieu à déterminer)
14h00-16h30 Ambassade de France	Réunion de travail
18h01	Départ Eurostar

MEMBRES DE LA DELEGATION

Ministère des Affaires sociales et de la santé

- **Mr Adrien Dozol**, conseiller médical, bureau Evaluation, modèle et méthode, Direction générale de l'offre de soins
- **Mme Adeline Townsend**, adjointe au chef du bureau Evaluation, modèle et méthode, Direction générale de l'offre de soins
- **Mme Camille Léandre**, interne de santé publique, bureau Evaluation, modèle et méthode, Direction générale de l'offre de soins

Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

- **Mme Marie-Camille Lenormand**, analyse des politiques de santé, Direction de la stratégie, des études et des statistiques

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

- **Mme Catherine Le Gouhir**, médecin, service classification MCO
- **Mme Florence Pinelli**, responsable de pôle Suivi de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (Ondam) hospitalier
-

Ambassade de France à Londres

- **Mme Marie Keirle**, conseillère pour les Affaires Sociales, Ambassade de France à Londres
- **Mme Cécile Rousseau**, assistante de la Conseillère pour les Affaires Sociales

ORGANISMES ET PERSONNES RENCONTRES

King's Fund¹⁴

- **M. Ben Collins**, Project Director

NHS England

- **M. Jacob West**, PACS New Care Models Programme

Dudley Clinical Commissioning Group et Multispecialty Community Provider

- **M. Paul Maubach**, Chief Executive Officer
- **Mme Stephanie Cartwright**, Director of Organisational Development & HR
- **M. Neill Bucktin**, Director of Commissioning
- **M. Matthew Gamage**, Head of Financial Management – Commissioning
- **Mme Kate Green**, Integrated Plus Service

NHS Improvement

- **M. Nick Ville**, Policy Director

¹⁴ Le King's Fund est une association à but non lucratif (charity) dont le but est d'améliorer l'organisation du système de santé et social en Angleterre, à travers principalement la publication d'études et de travaux de recherche, l'organisation de workshops, et des activités de conseil.