

VERS LE SYSTÈME DE SANTÉ DE DEMAIN : LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE EN PRATIQUE



@Groupe « Pionniers de la Responsabilité
populationnelle »

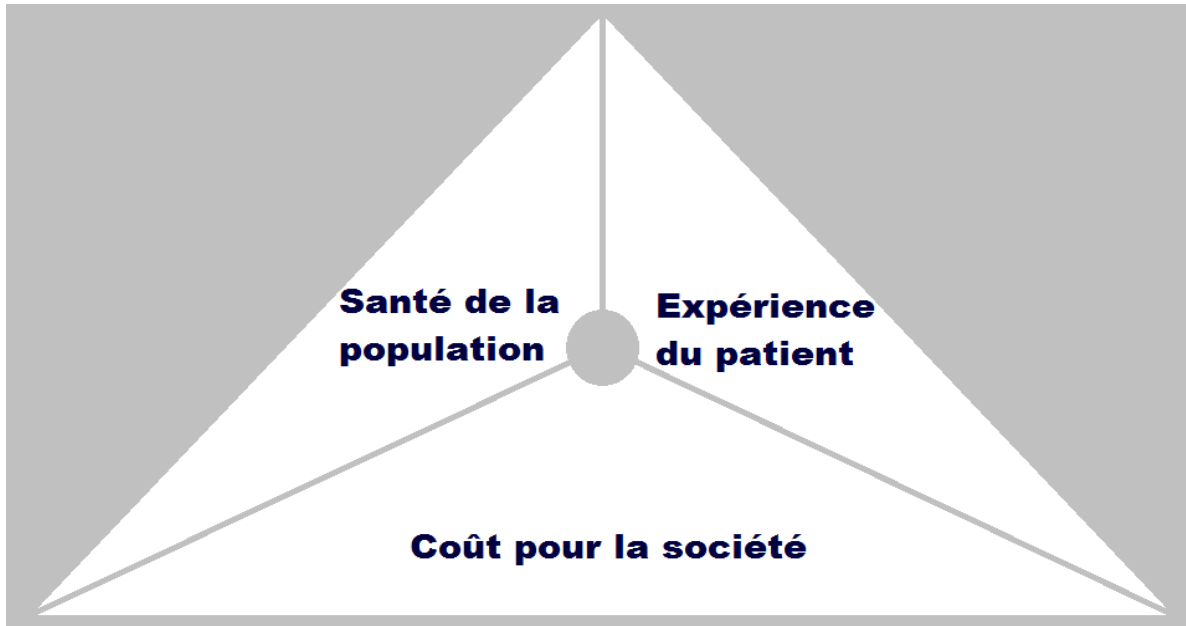
RÉPONDRE AU TRIPLE DÉFI

1. Défi épidémiologique
2. Défi démographique
3. Défi technologique

... Dans un contexte budgétaire contraint !



LE TRIPLE OBJECTIF ET SES CONSÉQUENCES



Source : Berwick, IHI, 2008

- Capacité à définir des populations
- Approche intégrée de la santé
- Primauté de l'excellence clinique
- Travail *simultané* sur des patients et des populations
- Capacité à s'améliorer en continu

meilleurs soins pour une meilleure santé au meilleur coût



LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE

« La responsabilité populationnelle implique l'obligation pour l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire de maintenir et d'améliorer la santé, le bien-être et l'autonomie de la population d'un territoire donné :

En rendant accessible un ensemble de services sociaux et de santé pertinents, coordonnés, qui répondent de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population ;

En assurant l'accompagnement des personnes et le soutien requis ;

En agissant en amont, sur les déterminants de la santé. »

INSPQ, LSSS Québec,
Loi « Santé », article 19, Juillet 2019

- La Responsabilité populationnelle s'appuie sur ce qui relie l'ensemble des acteurs de santé, par delà leur statut et leur lieu d'exercice : **la responsabilité partagée à l'égard de la prise en charge de patients et de l'amélioration de la santé de la population.**



IDENTIFIER UNE POPULATION

POPULATION SOCIO-ECONOMIQUE

Population précaire du département/de la ville

Personnes âgées

Immigrés

Mères isolées

Jeunes

Professions

Parcours complexes parfois...

Addictions, MST, Suicides etc...

Ex: Agriculteurs développent des cancers, des pathologies spécifiques

POPULATION CLINIQUE

Diabète dans le département

Maternité et nouveaux nés

BPCO

Insuffisance cardiaque

Utilisateurs lourds d'urgence

POPULATION « ÉCONOMIQUE »

Bénéficiaires de la CMU/CMU-C/AAH...

Patients « coûteux et complexes »

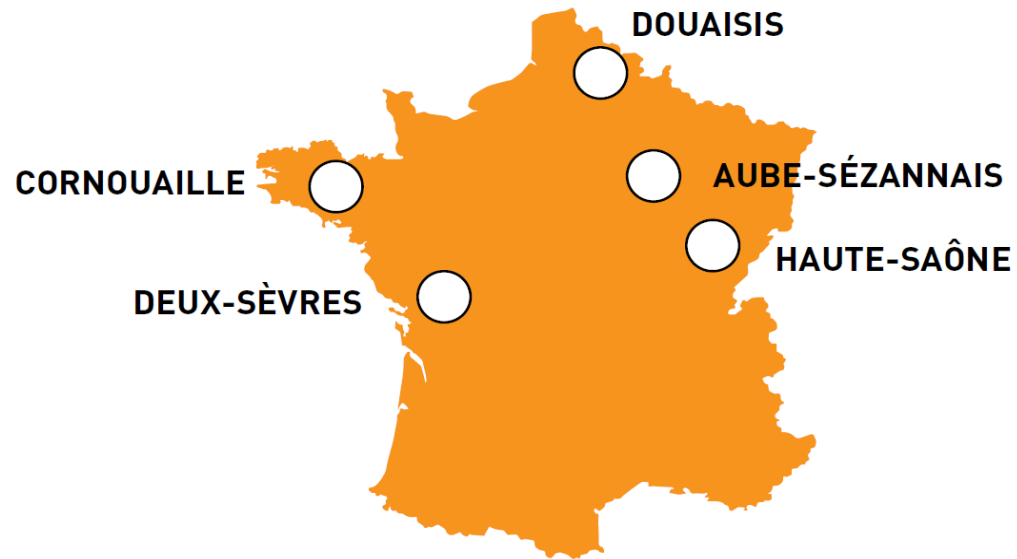
Générateurs de coûts pour l'Assurance-maladie

Variations inexplicables dans les modes de prise en charge

Ex: Troubles respiratoires en Rhône-Alpes liés à l'ambrosia

«Atlas des variations de pratiques »

EXPÉRIMENTER LA RESPONSABILITÉ

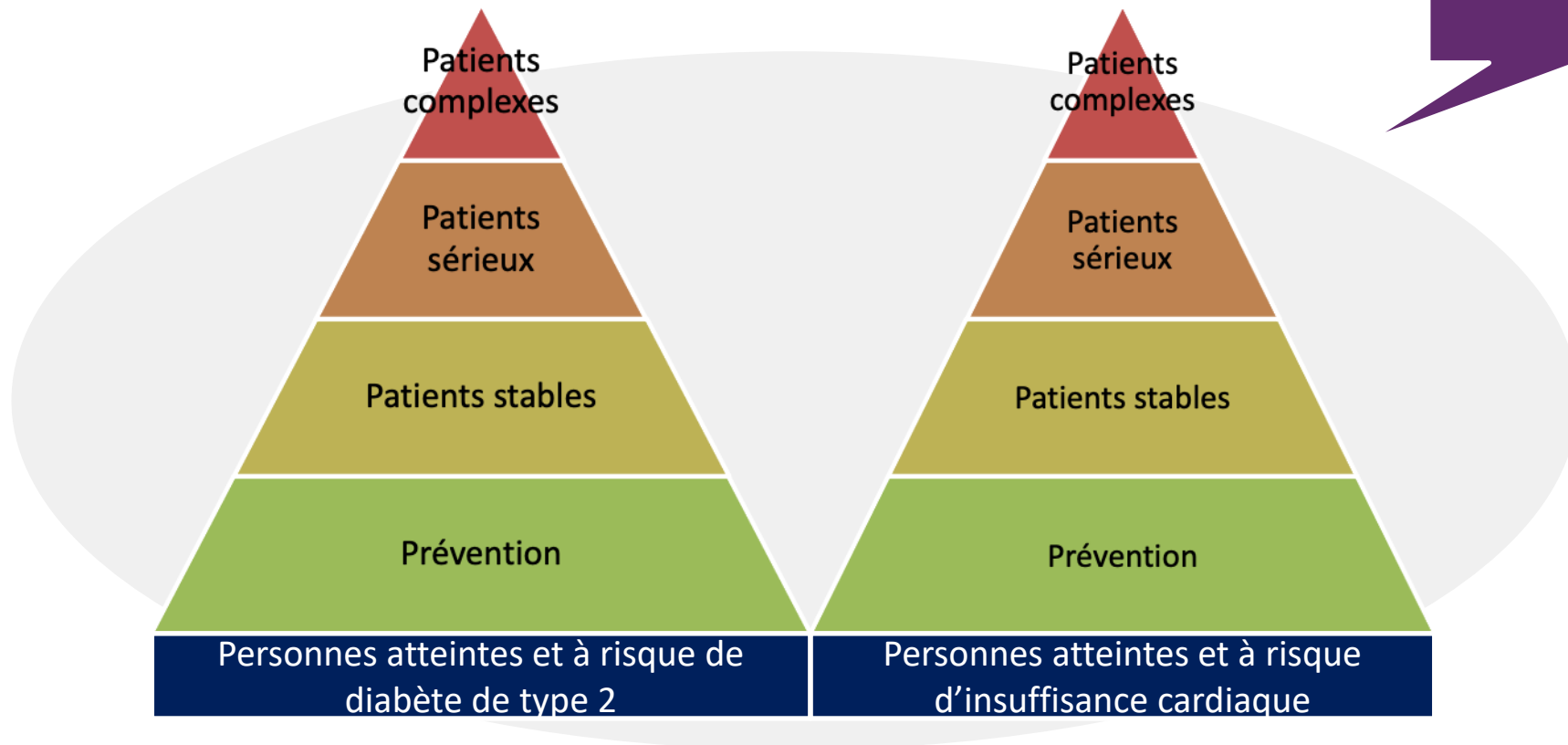


- Cinq territoires volontaires
- Environ 1,5 millions d'habitants, population moyenne d'environ 250 000
- **Rassemblant l'ensemble des acteurs de santé du territoire**
- Méthodologie partagée, organisation locale et flexible

L'ARCHITECTURE ADOPTÉE

- Le choix de travailler en commun sur deux pathologies permet de créer un environnement d'apprentissage collaboratif
- La méthode permet un test de concept très robuste

2 populations communes aux 5 territoires



- Une méthodologie commune
- Des bases de programmes cliniques communes
- Des indicateurs communs

Outil 3 : la stratification

DIABETE DE TYPE 2: FRANCE ENTIERE

STRATE 1

Les patients avec un diabète de type 2 pour lesquels on ne note aucun antécédent personnel d'AVC ou d'Infarctus du myocarde. Ils ont:

- Un diabète de type 2 sans complication et sans traitement insulinique
- ...

STRATE A RISQUE

Hommes de plus de 45 ans
Femmes de plus de 35 ans lors des consultations pour motif préconceptionnel
Personnes en surpoids ou obésité (IMC > 25 kg/m²) et qui présentent des facteurs de risque.

STRATE 4
324 662 individus
16,61% de la file DT2

STRATE 4

Tous les patients qui ont été amputés en raison du diabète ou qui vont l'être

- Et/ou qui présentent une néphropathie diabétique dialysée
- ...

STRATE 3

439 484 individus
22,48% de la file de DT2

STRATE 3

Tous les patients qui ont un diabète de type 2 présentant au moins deux complications parmi les suivantes

- Néphropathie non dialysée
- Rétinopathie
- Polynévrite
- ...

STRATE 2

572 031 individus
22,48% de la file de DT2

STRATE 2

Les patients avec un diabète de type 2

- Sans complication et qui sont sous traitement insulinique sans antécédent d'AVC ou d'Infarctus du myocarde
- Qui présentent plusieurs épisodes d'hypoglycémies sévère
-

STRATE 1

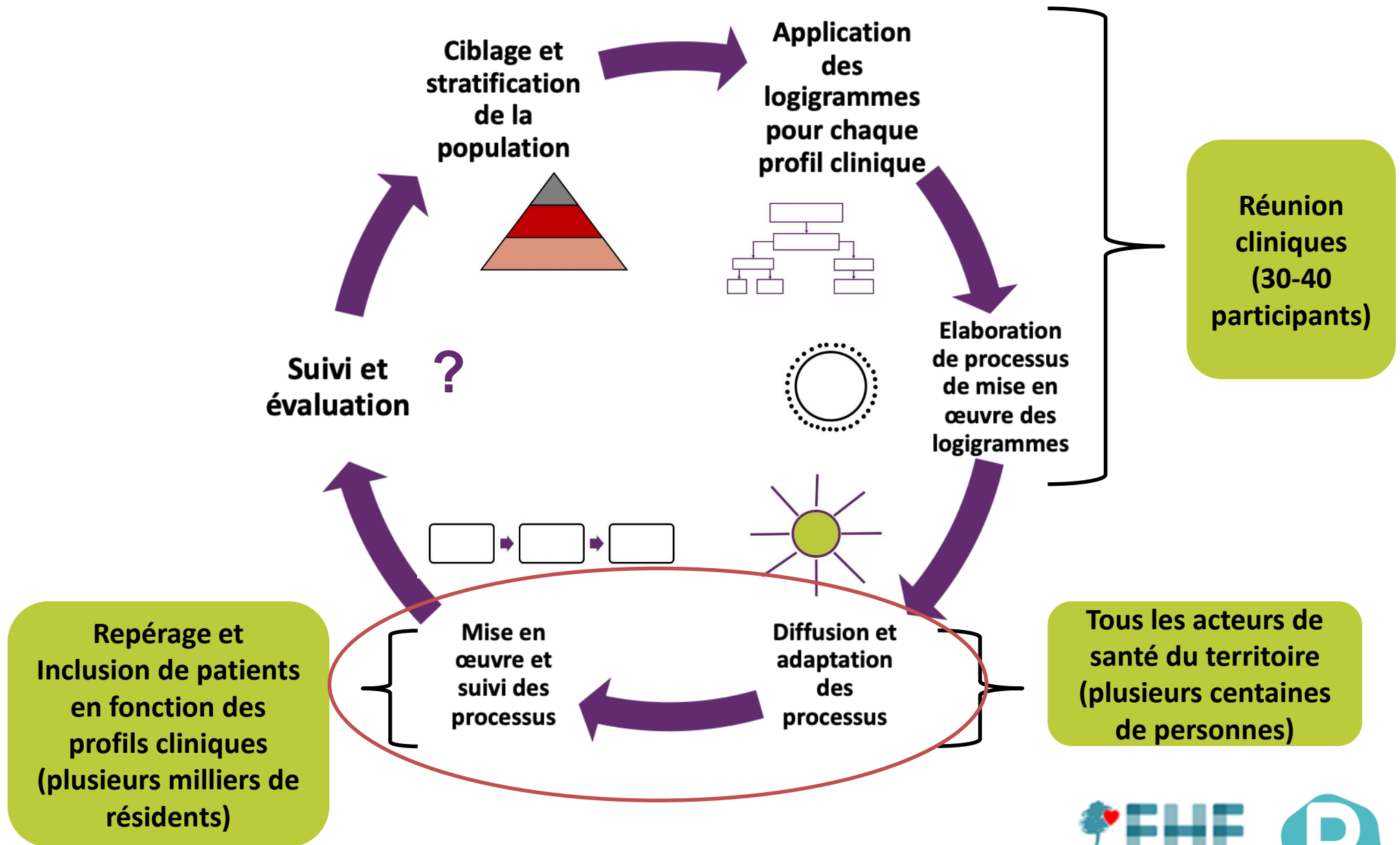
618 519 individus
29,26% de la file de DT2

STRATE « A RISQUE »

16 628 600 individus
24,33% de la population

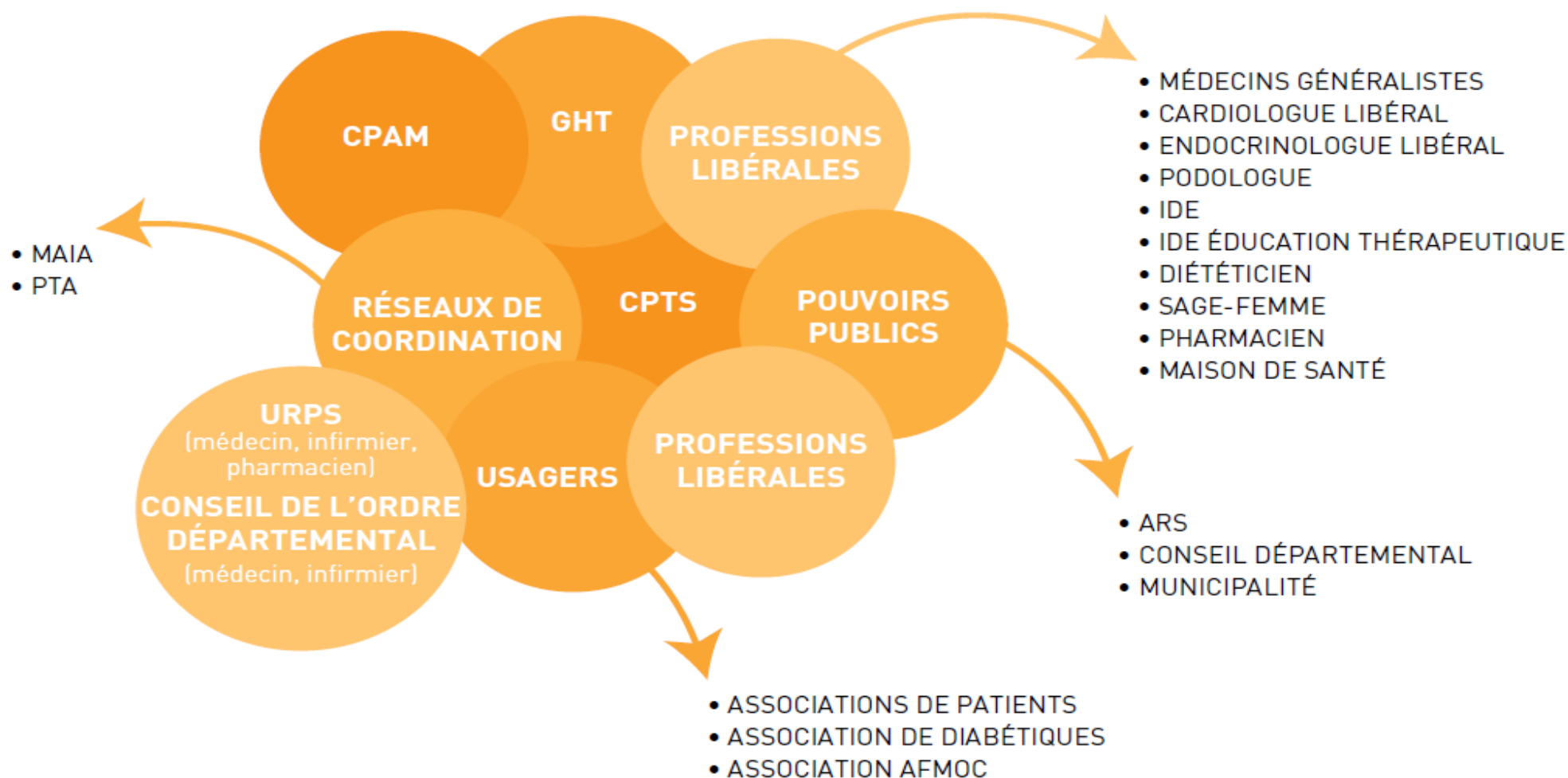
Attention pyramide adaptée à des fins de présentation

UNE DÉMARCHE EN SIX ÉTAPES



Elaborer un programme clinique partagé : les réunions cliniques

PARTICIPANTS AUX RÉUNIONS CLINIQUES



LE DÉROULÉ DES RÉUNIONS CLINIQUES... ET LEURS RÉSULTATS

- Adapté d'une méthode développée par l'INESSS (Québec)
- Les groupes fonctionnent généralement par « strates »
 - Ex. une réunion sur la strate « 0 », puis une autre sur la strate « 1 » et ainsi de suite
- Les réunions s'appuient sur deux ingrédients principaux
 - La connaissance que les acteurs ont de leurs vécus, de leurs patients et de leurs territoires
 - Les outils développés pour les professionnels : indicateurs, pyramides, profils cliniques et logigrammes de prise en charge
- La mise en relation des deux permet d'élaborer des actions à mettre en œuvre (ou tout simplement à continuer), pour chaque strate de la pyramide
- L'ensemble de ces actions forme le programme clinique

Et aujourd'hui ?

- Sur le terrain
- Les réunions cliniques sur le diabète se sont tenues dans les cinq territoires, avec succès
- Plus de 300 participants, sur plusieurs mois
- Les outils (pyramides, logigrammes, etc.) sont bien acceptés
- Les professionnels de terrain et les patients sont engagés
- Des programmes cliniques (parcours + actions ponctuelles) sont développés dans les cinq territoires
- Des actions ont été menées sur le terrain et donnent satisfaction
- ...donc le modèle fonctionne et produit ce qu'il doit produire



Sur le terrain

- **Réorientation du « focus » des acteurs de santé vers la prévention et le maintien en santé**
 - Organisation d'actions de prévention primaire
 - Activités de sensibilisation et de dépistage (en personne, via des flyers, des courriers, etc.)
 - Orientation vers l'activité physique, le sport/santé et l'APA
 - Activité autour de la diététique et de l'alimentation
 - Organisation d'action de prévention secondaire
 - Développement important de l'ETP, de l'hospitalisation de jour (notamment en cabinet libéral, en maison de santé...), de l'APA
- **Forte implication de « nouveaux partenaires », et démantèlement des « silos »**
 - Collectivités, CPAM, Croix-Rouge, CPTS, CLS, épiceries solidaires et associations, réseaux Sport-Santé, associations de patients, Education nationale, Médecine du travail, Pompiers, mutuelles, etc.



LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE ET LA RÉFORME DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

- Les modifications structuro-institutionnelles ont peu d'impact sur les services réels rendus aux patients et à la population
- Le modèle est un modèle d'excellence clinique... mais les meilleurs systèmes de soins ont montré le chemin
- Il s'appuie sur le cœur de métier des professionnels...dans une période de crise d'attractivité
- Mais l'hôpital (ou le médecin) NE PEUT PAS, à lui seul, maintenir une population ou un patient en santé
- C'est tout un écosystème qu'il faut mobiliser pour parvenir à un bon résultat
- La Responsabilité populationnelle donne une logique d'action et une méthode pour mobiliser cet écosystème de façon cohérente
- Les Collectivités, et en particulier les Communes, y ont un rôle majeur à jouer



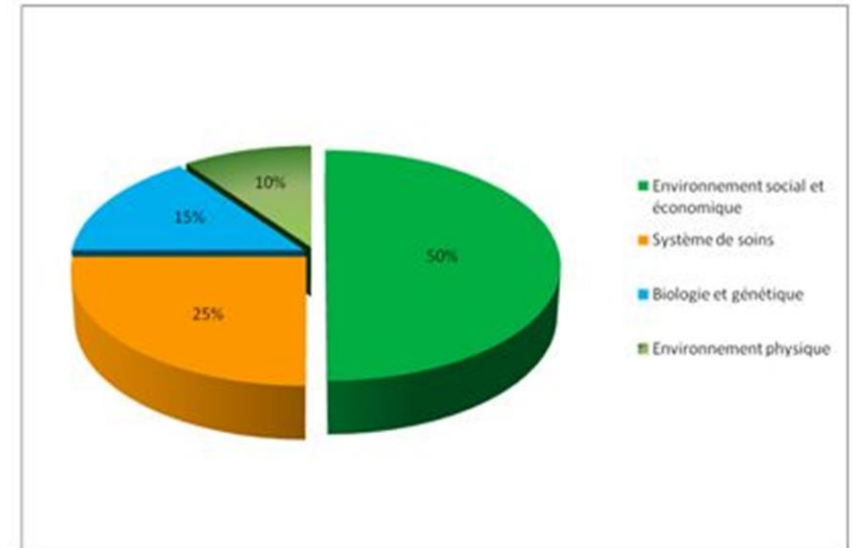
En conclusion

Ce que la Responsabilité populationnelle n'est pas

- *Une nouvelle structure*
- *L'hôpital qui dit aux autres quoi faire*
- *Une approche exclusivement dédiée aux médecins et professionnels de santé*
- *Quelque chose qui se substitue à l'existant*

Ce que la Responsabilité populationnelle est

- *Un objectif commun*
- *Une vision globale de la santé de la population*
- *Une approche et une méthode structurée pour construire ensemble*
- *Une reconnaissance de l'interdépendance de l'ensemble des acteurs de santé*
- *Un modèle où chacun trouve sa place, selon son rôle, ses compétences et ses appétences*



Source : Canadian Institute for Advanced Research

Le système de soins « n'explique » que 25% de l'état de santé d'une population...



L'avenir de l'hôpital ?

Il sera hors les murs pour de nombreuses prises en charge pour les maladies chroniques

Can Mount Sinai be serious? The answer is a resounding yes. In fact, we could be the most serious. Mount Sinai's mission was always to keep people out of the hospital. We've focused on population health management, reorganizing the traditional five-day-week medicine. The result of meeting our patients' needs and restoring patients' lives is that our hospitals and ambulatory centers are off to a record of the traditional hospital setting.

That the immediate emphasis on wellness programs designed to help people lose weight, lower their blood pressure and reduce the risk of a heart attack. By being as proactive as possible, patients can better maintain their health and avoid disease.

Our Mobile Acute Care Team will treat patients at home who would otherwise require a hospital admission for certain conditions. The care team includes physicians, nurse practitioners,

registered nurses, social workers, community paramedics, care coaches, physical therapists, occupational therapists, speech therapists, and home health aides.

Mount Sinai's Provenance Admission Care Team provides coordinated care services to patients at high risk for readmission. After a comprehensive bedside assessment, social workers partner with patients, family caregivers and healthcare providers to identify known risks such as

problems with medication management and provide continuing support after discharge.

It's a sweeping change in the way that health care is delivered. And with the new system comes a new way to measure success. The number of empty beds.

1-800-MOUNT-SINAI
www.mountsinai.org

Mount Sinai

**IF OUR BEDS
ARE FILLED,
IT MEANS WE'VE FAILED.**

**« Si nos lits sont pleins c'est que nous avons échoué »
Publicité pour « l'hôpital », devenu système de santé, Hôpital de Mount
Sinai à New-York**

A votre disposition si nécessaire

Dr Sandra GOMEZ

Responsable du DIM du CHU de Clermont-Ferrand

Tel 04 73 75 48 13 - 06 33 65 60 87

Mail : sgomez-lion@chu-clermontferrand.fr

Mr Antoine MALONE

En charge du projet à la FHF

a.malone@fhf.fr