

La Responsabilité populationnelle en pratique : l'intégration clinique

Cinq territoires s'engagent dans une prise en charge partagée

Cornouaille

Aube-Sezannais

Douaisis

Deux Sèvres

Haute Saône



DES PROPOSITIONS...A L'ACTION !

2017 : Plateforme politique de la FHF

- « engager une révolution dans l'organisation de notre système de santé en le fondant sur un principe de **responsabilité populationnelle** pour l'ensemble des acteurs d'un territoire »

2018 : Vers une expérimentation à grande échelle

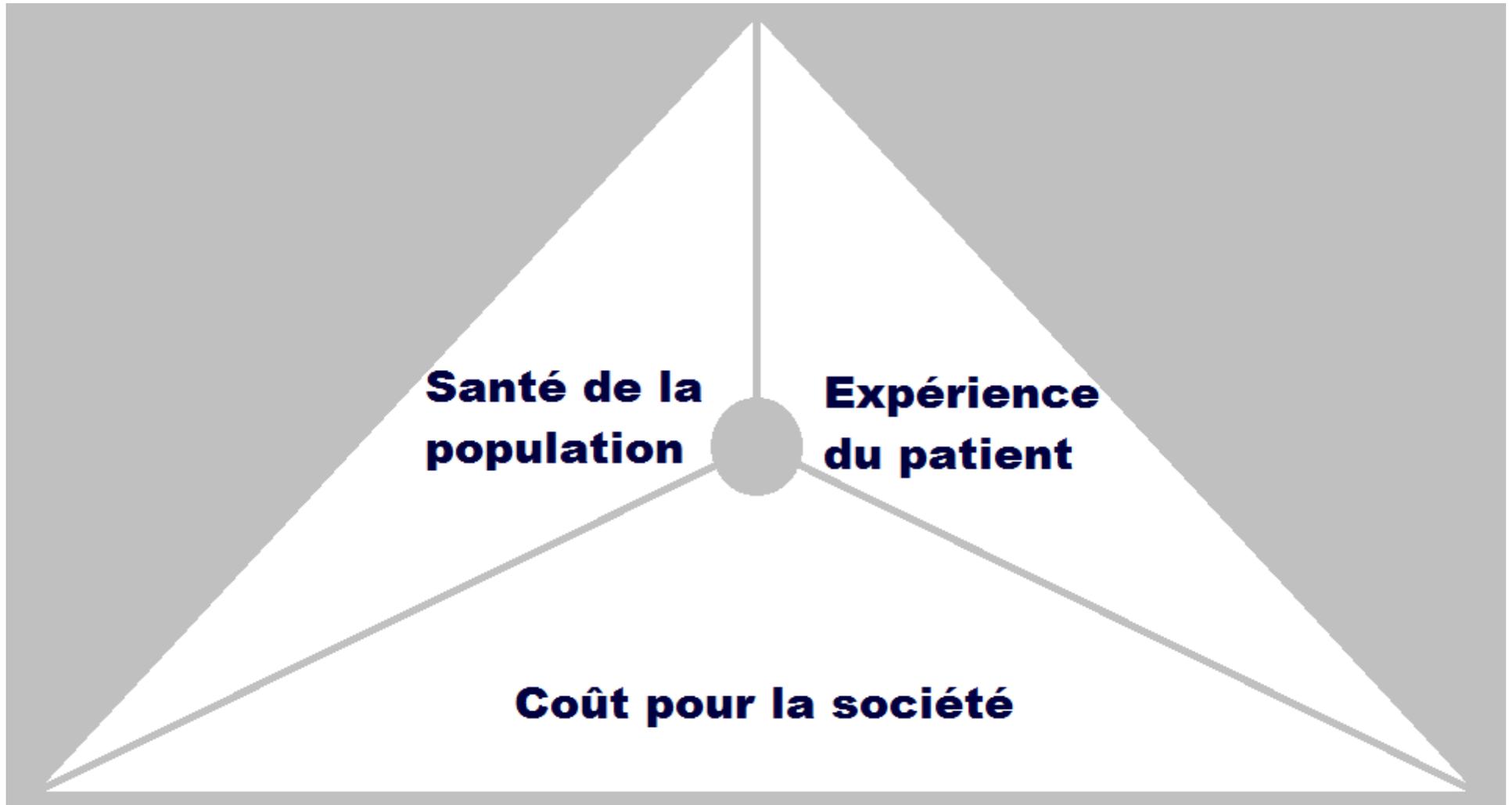
- Cinq territoires, représentant une population totale d'environ 1,5 M de personnes, engagent l'ensemble de leur communauté de santé dans une approche révolutionnaire d'intégration clinique
- Ces cinq territoires sont l'Aube et le Sézannais, la Cornouaille, les Deux-Sèvres, le Douaisis et la Haute-Saône
- Cette approche vise la meilleure santé pour la population, la meilleure expérience pour la population, au meilleur coût pour la société





1. LES LEVIERS DE TRANSFORMATION DES ORGANISATIONS DE SANTÉ

CE QU'UN SYSTÈME OU UNE ORGANISATION DE SANTÉ DOIT FAIRE



Le Triple Objectif

Berwick, IHI, 2008

MAIS...

Des défis « propres » à la France

DES DÉFIS « NOUVEAUX »

Extension des déserts médicaux

Fortes inégalités de santé

Attractivité/qualité de vie à l'hôpital...
mais aussi en ville

Crise du modèle de financement

DES DÉFIS ANCIENS

Très grande fragmentation du système

« Opposition » ville/hôpital

Faiblesse de la prévention

Complexité du système pour le
patient/la population

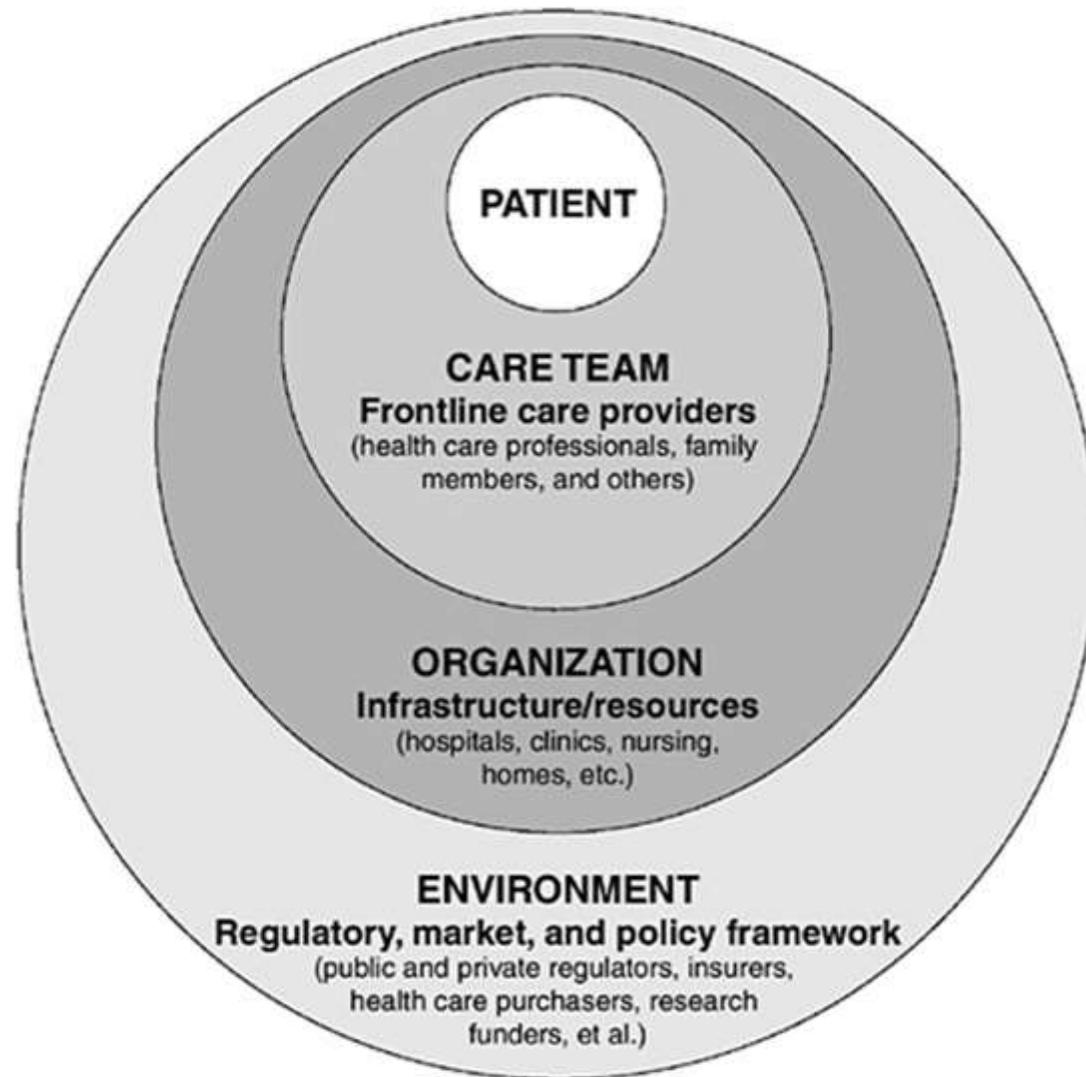
LA RESPONSABILITE POPULATIONNELLE

...s'appuie sur ce qui relie *tous* les professionnels de santé : une responsabilité partagée face à leurs patients et leurs populations...

...nous nous appuyons sur cet engagement pour faire travailler ensemble tous les acteurs qui « touchent » au patient

...avec la conviction que si nous faisons *tout bien* pour le patient ou la population, le système dans son ensemble s'améliorera *y compris du point de vue financier*

VERS DES MICRO-SYSTÈMES CLINIQUES INTÉGRÉS



Nous chercherons à créer, autour de patients et de populations, des micro-systèmes cliniques intégrés, qui fonctionnent comme un système unique, indépendamment de leur affiliation (professionnel libéral, hospitaliers, services publics, associations, etc.)

C'EST L'INTEGRATION CLINIQUE

Source : « Building a Better Delivery System »
National Academy of Engineering, Institute of Medicine, 2005



2. LES ÉTAPES D'UNE APPROCHE POPULATIONNELLE

IDENTIFIER UNE POPULATION

Population socio-économique

Population précaire du département/de la ville

Personnes âgées

Immigrés

Mères isolées

Jeunes

Professions

Désorientés face à un système complexe

Saines habitudes de vie, MST, consommation alcool, drogues

Ex: Agriculteurs développent des cancers, des suicides

Population « clinique »

Diabète dans le département

Maternité et nouveaux nés

BPCO

Insuffisance cardiaque

Utilisateurs lourds d'urgence

A retrouver via le PMSI ?

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

«Atlas des variations de pratiques »

POPULATION « ÉCONOMIQUE »

Bénéficiaires de la CMU/CMU-C/AAH...

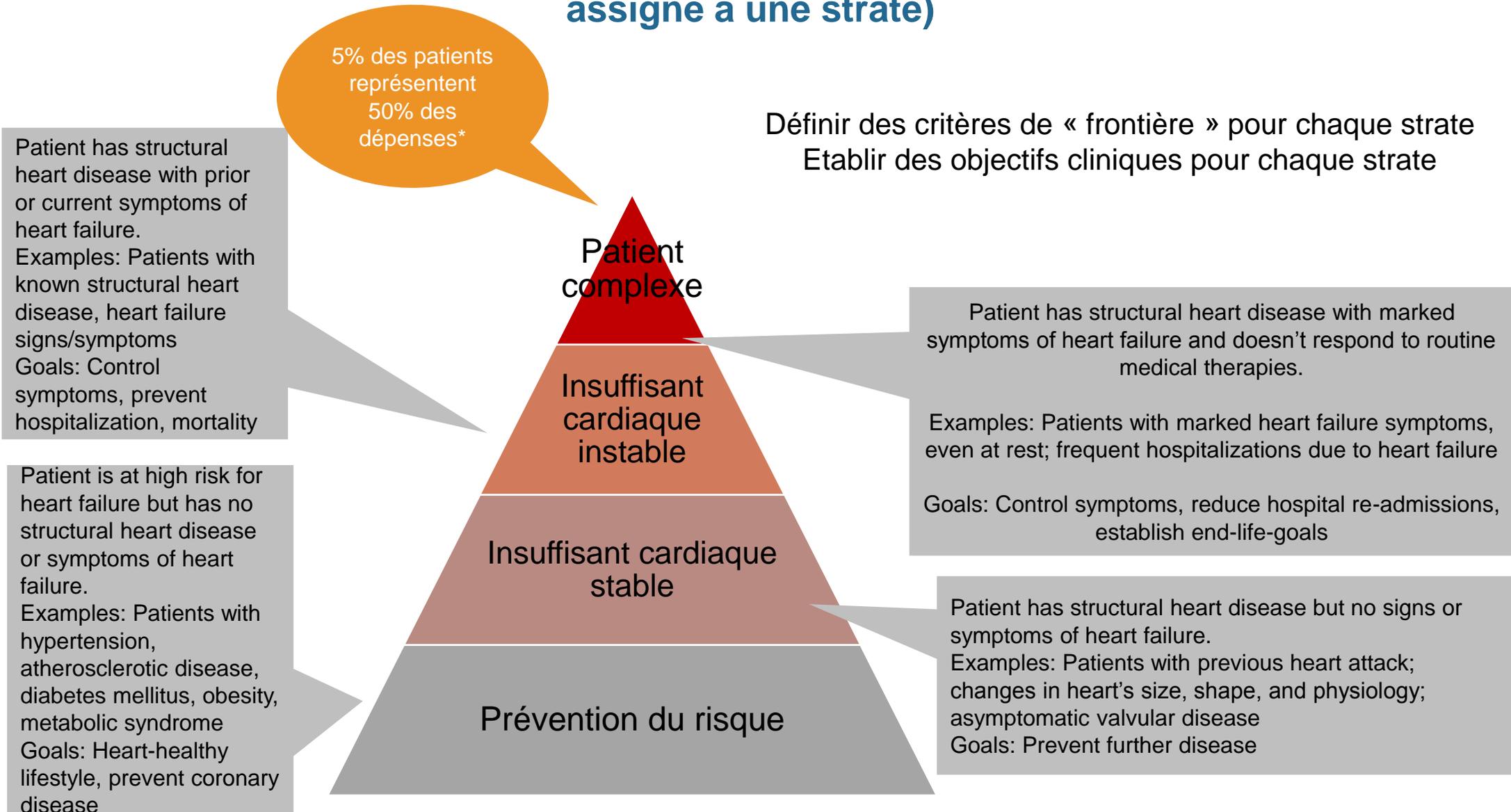
Patients « couteux et complexes »

Générateurs de coûts pour l'Assurance-maladie

Variations inexplicables dans les modes de prise en charge

STRATIFIER UNE POPULATION

(ex : Insuffisance cardiaque chez Intermountain Healthcare) : chaque « membre » est assigné à une strate



LES BONNES QUESTIONS, LES BONS CHIFFRES

5% de la population représente 50% des dépenses de santé aux USA
(Blumenthal, NEJM, 2016)

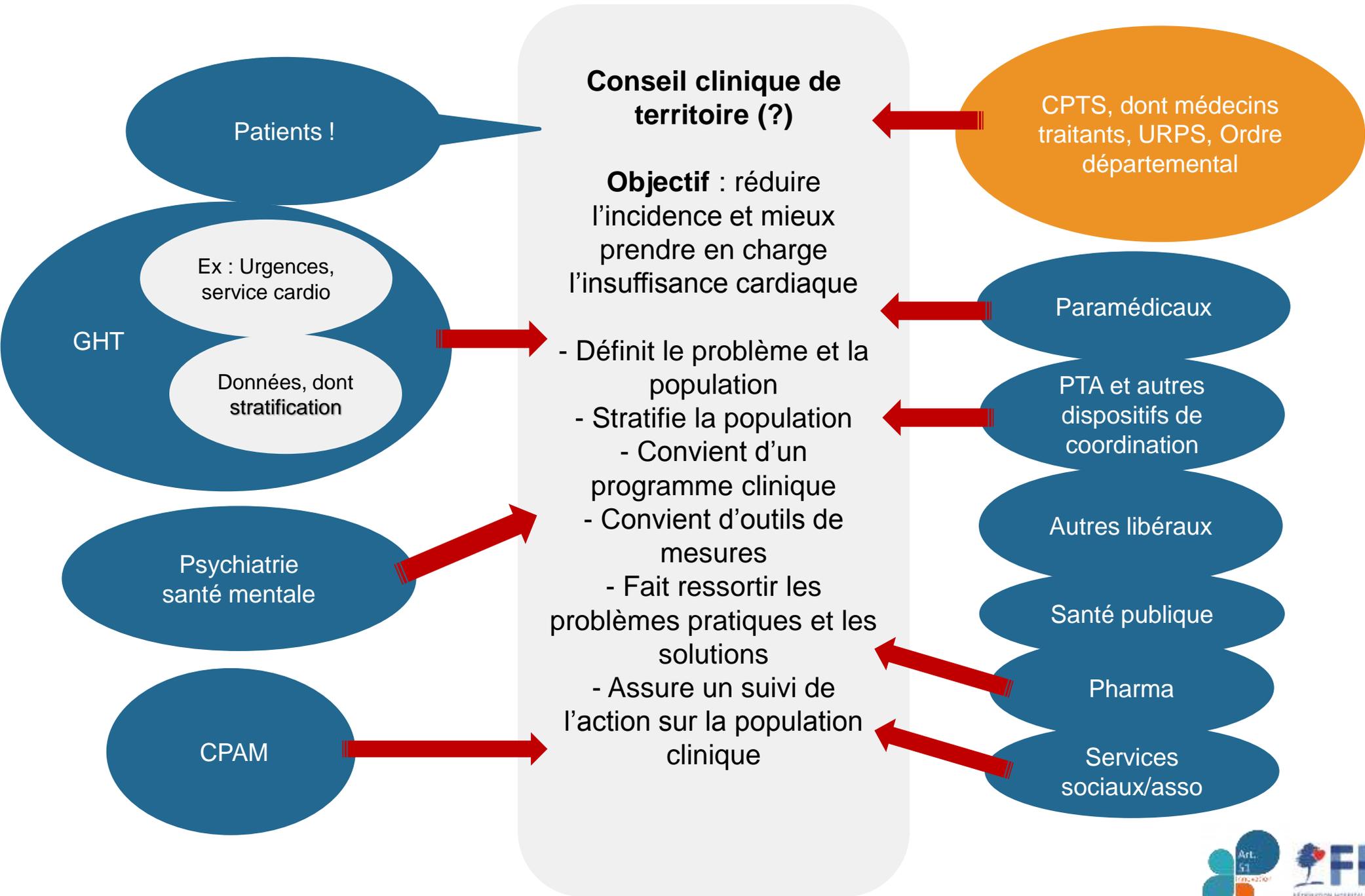
1,21% de la population de North Camden génère 13% des dépenses de santé de ce territoire
(Sayer et al.2017)

La solitude et l'isolement social augmentent le risque de maladie cardiaque et de crise cardiaque de 30%
(Health Foundation, 2018)

38% des ouvriers fument quotidiennement, contre 18% des cadres
(INPES, 2015)

« Il existe des inégalités dans la prévalence du diabète et de l'obésité selon le pays d'origine, en particulier chez les femmes de 45 ans et plus originaires du Maghreb »
(Morel et al.,2012, IGAS)

3. L'ÉLABORATION EN COMMUN DE PROGRAMMES CLINIQUES



3. ELABORER UN PROGRAMME CLINIQUE PARTAGÉ POUR CETTE POPULATION

Par ex: si le programme clinique dit qu'un « coaching » alimentaire doit être offert à un patient, il faut identifier « qui » peut faire cela, à Troyes, à Niort, etc. Cela implique un travail de recensement des ressources

- ❖ Le programme clinique est la « recette de cuisine » sur laquelle se mettent d'accord les cliniciens pour une population donnée
- ❖ Il associe, pour chaque strate de la pyramide :
 - Des protocoles de prise en charge basés sur les meilleures pratiques cliniques
 - Des ressources réelles correspondant aux besoins cliniques (sanitaires –incluant santé mentale-, sociaux et médico-sociaux).
 - Des indicateurs et des cibles de résultats finaux (par ex. vacciner 75% des +65ans contre la grippe (env.50% aujourd'hui))
 - Une assignation de personnes réelles à chaque strate, à laquelle correspond une offre de service déterminée par le programme
 - Des registres de suivi des patients

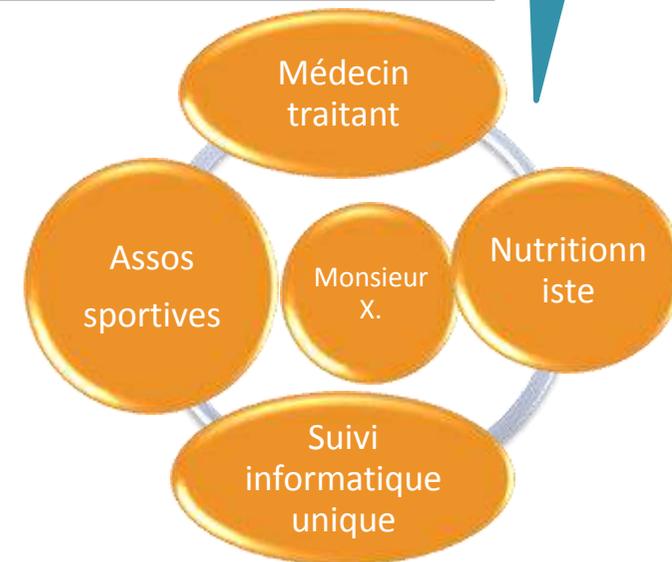
Ou encore, réduction de X% du taux de recours aux urgences pour les +75 ans

EX 1 : MONSIEUR X, 18 ANS, QUARTIER DIFFICILE, EN SURPOIDS, HISTOIRE FAMILIANE À RISQUE = RISQUE CARDIAQUE

Strate 1 : Prévention

Coordination
« légère »

- Identification via un programme de dépistage
- Assignation d'un médecin traitant, le cas échéant
- Mise en contact avec des associations sportives
- « Coaching » alimentaire
- Suivi via consultations chez son médecin traitant, note au registre clinique



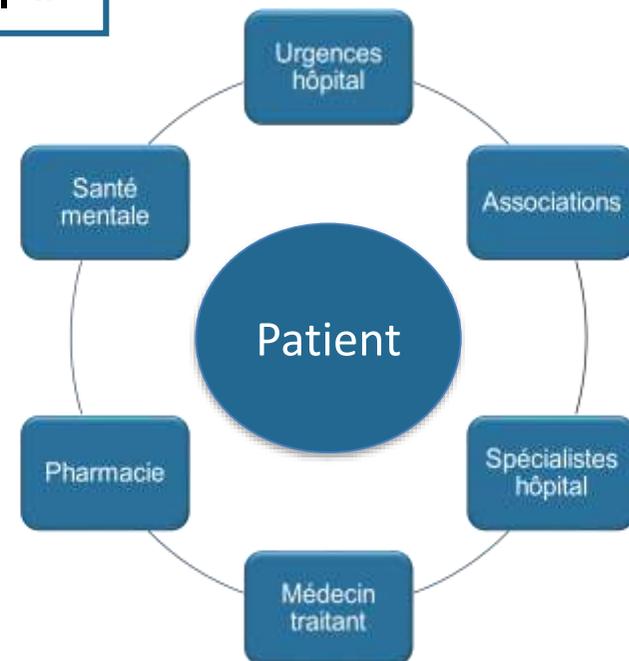
Qui peut faire cela ?

Via les services municipaux ?

EX 2 : MR. X, 80 ANS, POLYPATHOLOGIE, PERTE D'AUTONOMIE, PROBLÈMES SOCIAUX LOURDS

Assignation à la strate « patients complexes »

- Adaptation d'un « chronic care model »
- Gestionnaires de cas
- Impliquant
 - Familles
 - Médecin traitant
 - Santé mentale
 - Associations
 - Pharmaciens

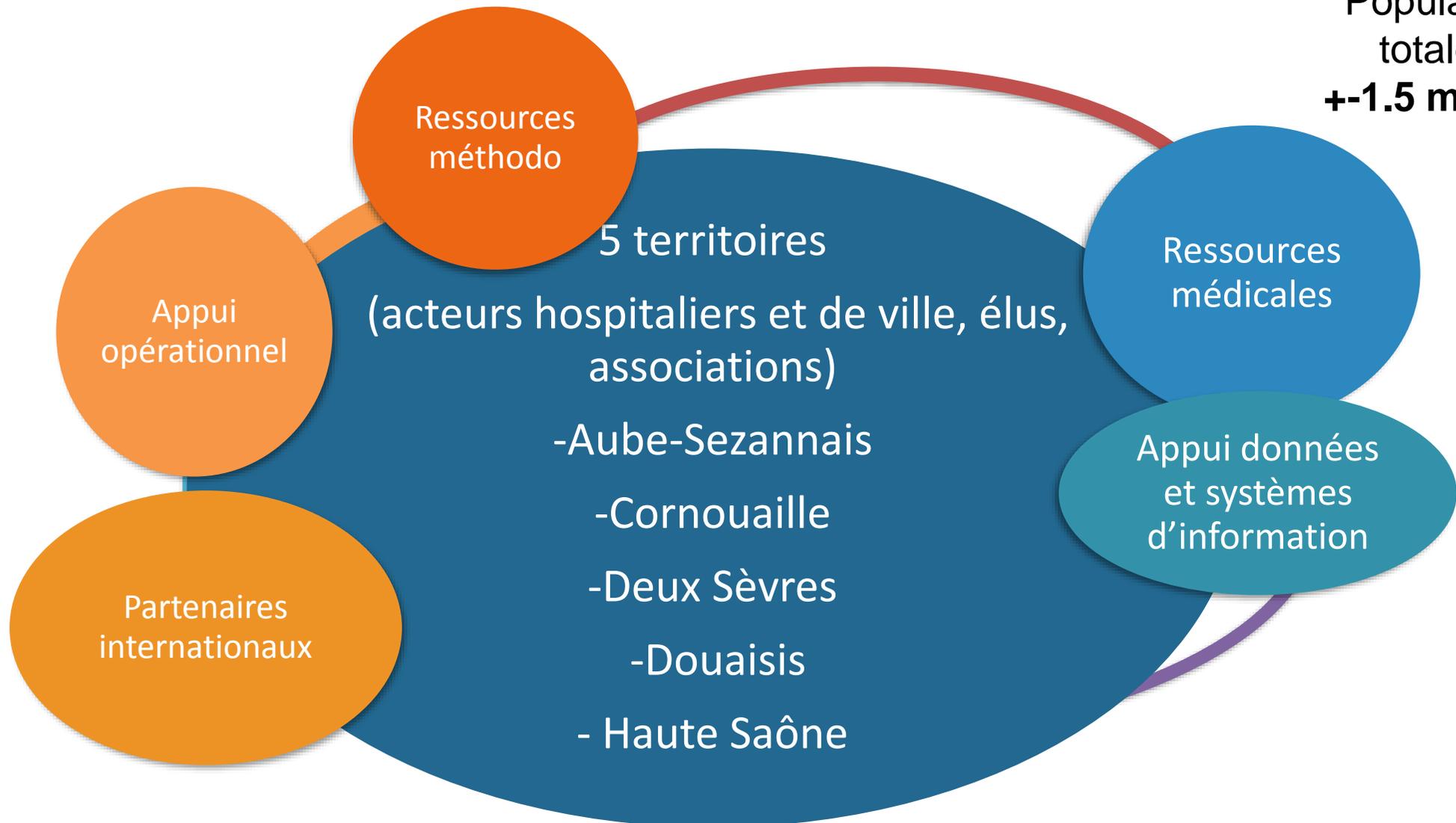




3. VERS UNE EXPÉRIMENTATION À GRANDE ÉCHELLE

LE GROUPE « PIONNIERS DE LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE »

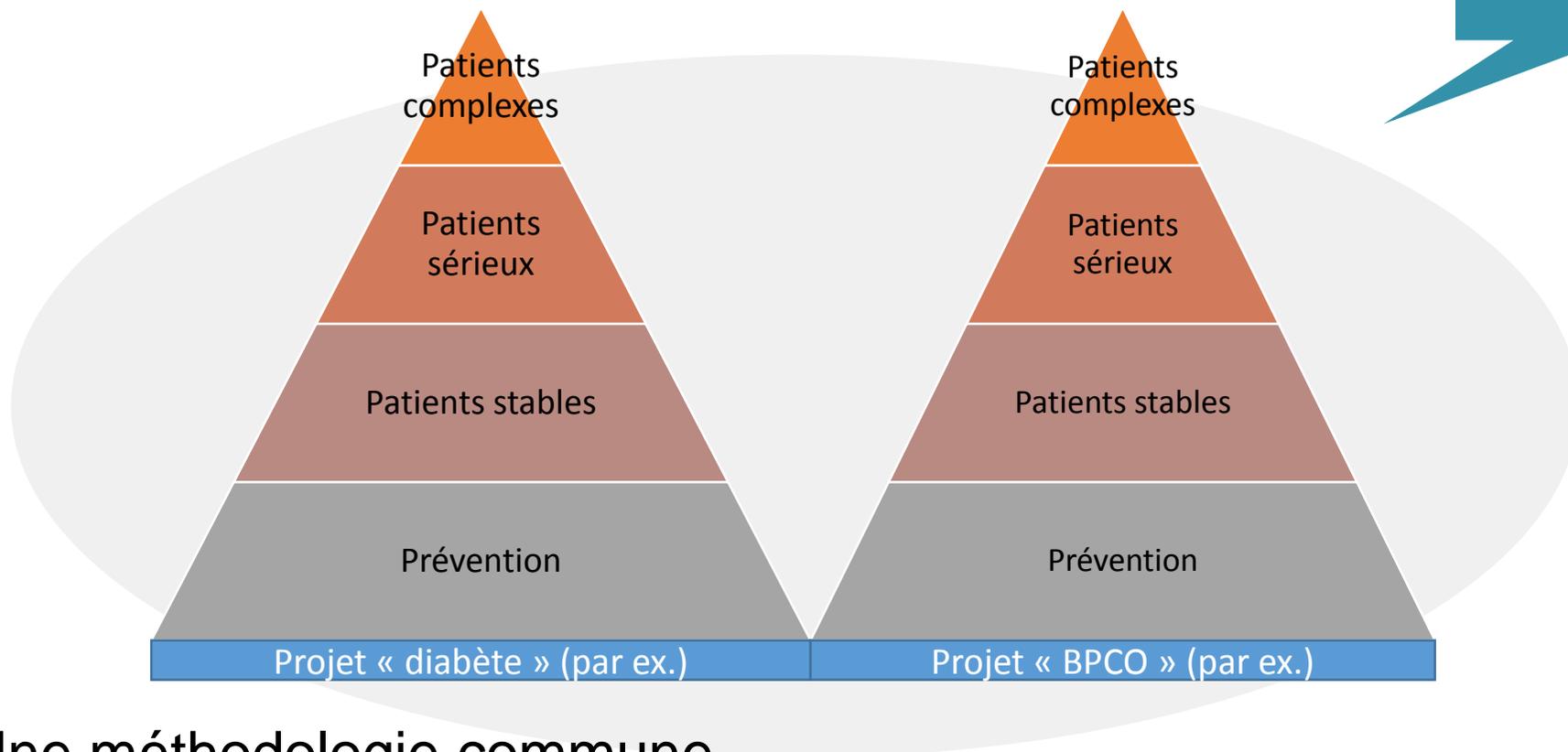
Population
totale :
+1.5 million



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 programme clinique communes
- Des indicateurs communs

Quelques chiffres sur le diabète, l'insuffisance cardiaque et la BPCO dans nos cinq territoires

- Près de 60 000 personnes hospitalisées en lien avec le diabète au cours des cinq dernières années, dans les cinq territoires
- Près de 40 000 personnes hospitalisées en lien avec l'insuffisance cardiaque
- Près de 40 000 personnes hospitalisées en lien avec la BPCO
- Les coûts d'hospitalisation liés au diabète sont estimés à environ 265 millions €
- Les coûts d'hospitalisation liés à l'insuffisance cardiaque sont estimés à environ 200 millions €
- Les coûts d'hospitalisation liés à la BPCO sont estimés à environ 165 millions €

43 % des personnes hospitalisées en lien avec le diabète dans le Douaisis souffrent d'obésité

Au minimum 430 millions d'euros en coûts d'hospitalisation

QUELQUES ACTIONS DÉJÀ MISES EN PLACE

- Création de quatre groupes de travail communs ville/hôpital sur l'insuffisance rénale, l'insuffisance cardiaque, le diabète de type 2, la BPCO dans les Deux-Sèvres
- Actions de dépistage et de prévention communes ville/hôpital auprès des populations défavorisées dans le Douaisis : plus de 3000 dépistages
- Création d'un Groupement de coopération sanitaire entre la CPTS « Union pour la Santé du Pays de Quimper » et le GHT en Cornouaille
- Mise en place du portail « MyGHT » accessible à l'ensemble des professionnels sanitaires, sociaux et médicaux sociaux dans l'Aube
- Mise en place d'un programme pour aider le médecin traitant et l'équipe de soins primaires à trouver des solutions concrètes pour répondre aux besoins des patients et des familles, dans un délai rapide en Haute-Saône.



4. FINANCER L'INTEGRATION CLINIQUE

« FINANCER » LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE

L'intégration clinique ne signifie pas « fusion » : chaque partenaire conserve son statut

Les modes de rémunération principaux ne bougent pas, sauf à la marge

En pratique : très proche d'un modèle ACO : grâce au programme *Incitation à une prise en charge partagée (IPEP)* de l'Article 51, les partenaires peuvent conserver les sommes économisées

QUELQUES HYPOTHÈSES (EVIDENCE-BASED BIEN SÛR)

- Le modèle permet d'offrir à chaque personne le bon service, au bon moment, au bon endroit
 - Parce que les programmes cliniques sont « evidence-based »
 - Parce que l'offre s'appuie sur une stratification des besoins, et non sur un « patient moyen »
- Le modèle permet de mieux programmer les services : on connaît la population et on va au devant d'elle
- Le modèle élimine le gaspillage, les examens redondants, etc.
- De nombreuses expériences probantes indiquent que le modèle conduira à une réduction de l'utilisation des urgences et de l'hôpital en général (mais peut-être pas tout de suite...)



Sens de la
dépense

QUELQUES HYPOTHÈSES #2

- Le système augmente le nombre de personnes ayant effectivement accès aux services de santé, par une approche proactive
- La méthode de travail, associant protocoles et ressources réelles disponibles, permet de repérer les « trous » dans la couverture publique
- Le système offre des services supplémentaires à certaines catégories de population
- Le système demande une infrastructure robuste, notamment en systèmes d'information

Sens de la
dépense



AU FINAL...

- Il est certain que la capacité du système à répondre aux besoins réels sera améliorée
- Il est certain que le système sera plus performant, au sens du Triple Aim (Meilleure santé, meilleure expérience de soins, au meilleur coût)
- La qualité de vie au travail et la qualité de pratique des professionnels seront aussi très nettement améliorées
- La démarche s'appuie sur ce qui fait la force de notre système : l'engagement de tous au service des patients et de la population



4. PROCHAINES ETAPES

PROCHAINES ÉTAPES

- Engagement du groupe dans la démarche expérimentale de l'Article 51
- Choix définitif des deux populations : +/-15 septembre
- Mobilisation de connaissances scientifiques
- Enclenchement du travail commun sur les programmes cliniques, au sein de chaque territoire
- Réingénierie de processus cliniques conformément aux programmes
- Mise en œuvre et évaluation



Merci

**A votre disposition
a.malone@fhf.fr**