



séminaire

pratique-sante.ch



# Meilleure santé, meilleure prise en charge, meilleur coût : le modèle de Responsabilité populationnelle

Antoine Malone (FHF, ENAP)

27 avril 2023

# Plan de la présentation

- La dynamique mondiale vers des systèmes de santé intégrés et populationnels
- Développer un modèle français : le modèle d'intégration clinique basé sur la Responsabilité populationnelle
- Les Territoires Pionniers de la Responsabilité populationnelle
- Déploiement, impacts et questions...

# L'enjeu central de nos organisations de santé : pathologies chroniques et vieillissement

## Le diabète de type 2

- 2 021 548 résidents identifiés dans la FA « FHF Data » en 2019
- **51,7%** des personnes diabétiques ont eu au moins un séjour à l'hôpital en 2019
- Soit 2 212 064 séjours MCO
- **30,1%** de ces séjours sont arrivés directement par les urgences....
- ...et **11 604** personnes diabétiques ont été amputées
- Les coûts d'hospitalisation des personnes diabétiques ont représenté 11.46 Md€ en 2019

## L'insuffisance cardiaque

- 1 094 071 résidents identifiés dans la FA « FHF Data » en 2019
- **57,6%** ont eu au moins un séjour à l'hôpital en 2019
- Soit 1 690 311 séjours
- **42,1%** de ces séjours sont arrivés directement par les urgences
- Les couts d'hospitalisation des personnes IC ont représenté 10.70 Md€ en 2019

## Le vieillissement

- 6 373 536 français avaient plus de 75 ans en 2019 (Insee)
- 5 505 178 inclus dans la FA « FHF Data »
- **2 385 743** ont été hospitalisés au moins une fois en 2019 (**41,6%**)
- 4 183 147 séjours
- ...dont **35,6%** entrés directement par les urgences
- Pour 21 Md€ d'euros de remboursements

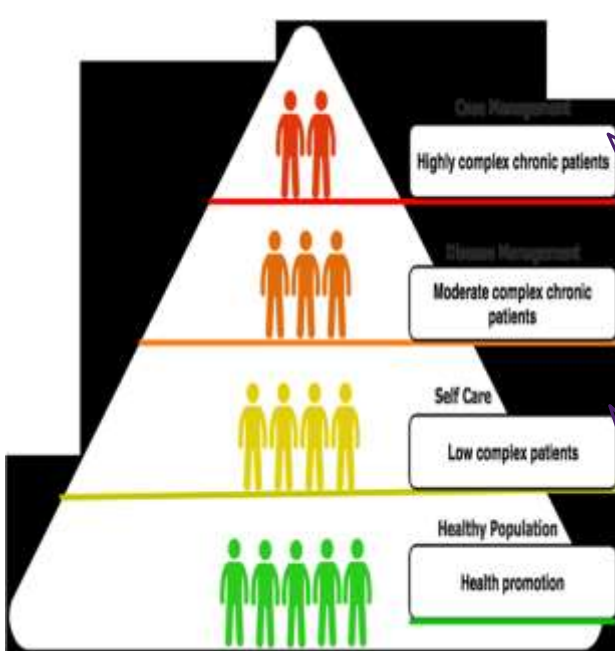
# Les systèmes de santé intégrés : Une dynamique mondiale ...



# Et européenne...



# La dynamique de l'intégration: de l'intégration des services vers des systèmes populationnels



## « Focus » de l'intégration

Années 2000 : intégration des services pour les patients couteux et complexes

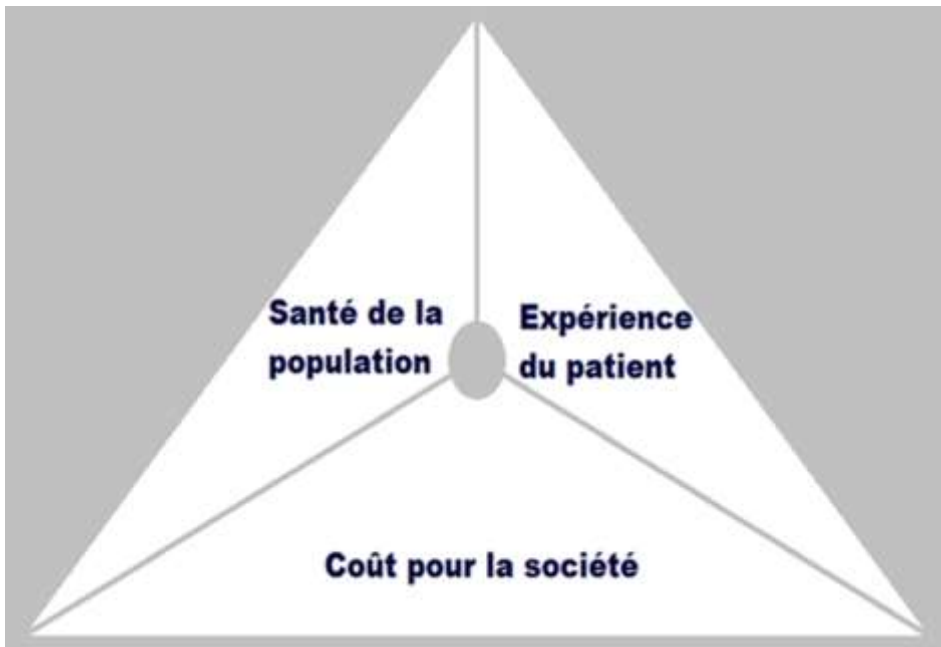
Depuis 2010  
Systèmes populationnels cherchant à prévenir l'apparition des pathologie et à éviter la dégradation

## Modalités

Intégration « sur mesure » pour un patient individuel via le « case management »

- Standardisation des pratiques sur de très gros volumes de population
- Action sur les facteurs de risque
- Systèmes d'information populationnels

# La dynamique de l'intégration : la poursuite du Triple Objectif



- 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

Berwick, 2010

# Et en France ?





# La Responsabilité populationnelle, c'est quoi ?

## ***Une vision***

*« 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 de ce territoire.*

*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 ;*

*INSPQ (Québec), Loi « Santé » (2019), Article 19*

## ***Une méthode***

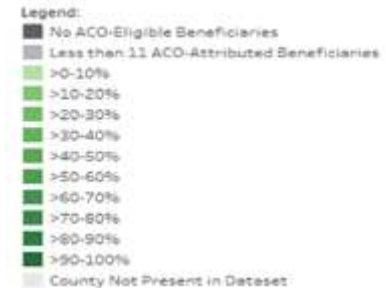
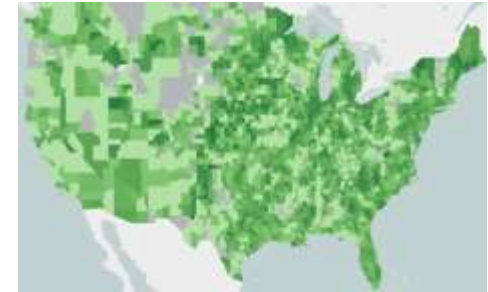
Par l'élaboration et mise en œuvre de programmes d'action partagés, basés sur les besoins de la population, et visant à garder les gens dans le meilleur état de santé possible

De la prévention jusqu'aux malades complexes

Pour viser collectivement l'excellence clinique : le bon service, pour la bonne personne, au bon moment, au bon endroit

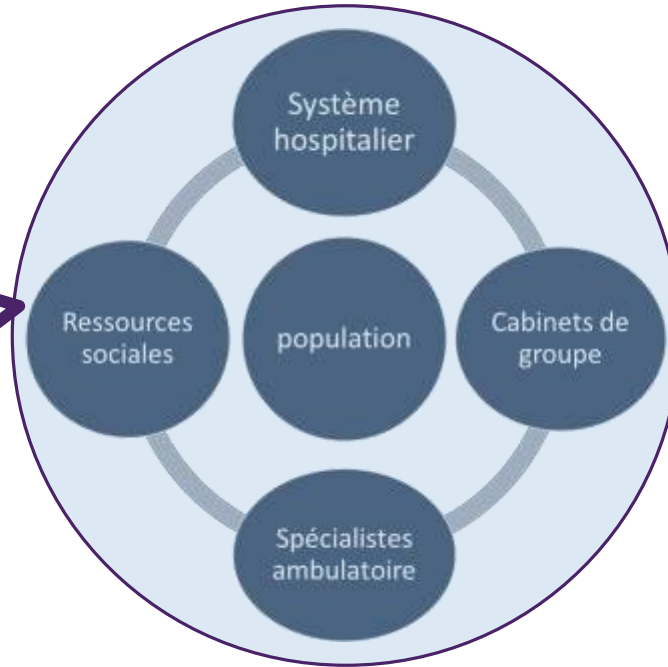
# L'inspiration : les « Accountable Care Organizations » (ACO)

- Modèle mis en place dans le cadre de l'Affordable Care Act (OBAMA CARE, 2010).
- Visent le Triple Objectif (Meilleure santé de la population, meilleure prise en charge, meilleur coût)
- Regroupement volontaire d'un ensemble d'acteurs de santé (cabinets de ville, « nursing homes », systèmes hospitaliers) qui s'engagent sur des résultats sanitaires et financiers vis-à-vis d'une population définie
- Par le biais d'un contrat entre ce « groupement » et un assureur



# L'inspiration : les Accountable Care Organizations (ACO)

- Contrat avec un assureur
- Gouvernance partagée
- « Responsabilité » collective
- Orientation vers la prévention



- Système d'information populationnel partagé
- « Meaningful use » des DMP
  - Surcouche analytique permettant le suivi, voire la prédiction, populationnelle

# Développer, déployer et tester un modèle : l'expérimentation « Territoires Pionniers »

- Permettre à nos territoires de viser le Triple Objectif pour nos deux populations cibles : diabète de type 2 et Insuffisance cardiaque
- *Via* l'élaboration et la mise en œuvre de programmes d'action partagés répondant aux besoins de ces populations-cibles
- Développer des outils et une méthodologie utilisables par l'ensemble des territoires en France
- Développer un modèle d'intégration clinique suffisamment flexible pour tenir compte des spécificités territoriales, mais suffisamment robuste pour être généralisable
- Développer un modèle qui soit aussi utilisable pour d'autres populations-cibles
- *In fine*, créer le prototype d'un système de santé territorial, basé sur la Responsabilité populationnelle et l'intégration clinique



# Les ingrédients de base

Modèle partagé  
Méthodologie partagée  
Outils partagés  
(Médicaux, analytique, stratification,  
outils pratiques)

Un modèle

Construit « autour » des  
Groupes hospitaliers, mais visant  
à permettre à l'ensemble des  
acteurs de santé de mieux  
travailler

- Gouvernance partagée ville-  
hôpital
- Programmes d'action locaux  
De la prévention jusqu'aux  
patients complexes

Cinq  
Territoires

Deux  
populations

Diabète type 2 (à  
risque ou atteint)

Insuffisance  
cardiaque (à risque  
ou atteint)

Objectif :  
Exécuter  
systématiquement  
la meilleure  
pratique pour  
chaque personne,  
pour améliorer ou  
maintenir son état  
de santé, peu  
importe son point  
de contact avec le  
système


# La Responsabilité populationnelle : Comment ?

- Deux ingrédients de base : Groupes hospitaliers et professionnels de ville (via notamment leurs regroupements (CPTS, DAC, etc)).
- En identifiant une population « cible », incluant ceux qui ne sont pas malades mais ont des facteurs de risque, ceux qui ne fréquentent pas l'hôpital, ceux qui n'ont pas de médecin traitant, etc...
- En engageant un travail en commun pour produire et mettre en œuvre un programme d'action partagé
- Des programmes qui s'appuient sur des outils et qui visent **l'excellence clinique**

La capacité à identifier une population

La capacité à « connaître » ses besoins grâce à la stratification

La capacité à savoir « quoi faire », pour chaque personne, dans chaque strate



L'excellence  
clinique :  
-Le bon service  
-Pour la bonne  
personne  
-Au bon endroit  
-Au bon  
moment

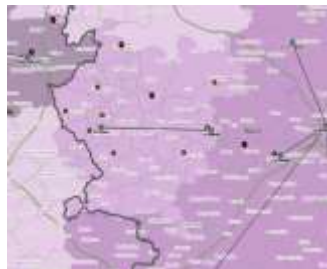


# CONNAITRE SA POPULATION : IDENTIFIER LE TERRITOIRE DE RESPONSABILITÉ

Les GHT n'ont pas de territoire...



**Cornouaille**  
Pop. 297 038



**Douais**  
Pop. 220 802



**Aube-et-Sézannais**  
Pop. 314 515



**Deux-Sèvres**  
Pop. 363 347



**Haute-Saône**  
Pop. 178 456

# IDENTIFIER DES POPULATIONS (2021)

TERRITOIRE	POPULATION DU TERRITOIRE	INSUFFISANCE CARDIAQUE	A risque	DIABETE Type 2	A risque
AUBE-SEZANNAIS	314 590	4 808	45 968	10 168	80 225
CORNOUAILLE	297 219	5 261	49 400	7 866	93 305
DEUX-SEVRES	363 167	6 395	51 745	11 888	102 011
DOUAISIS	219 016	3 421	36 198	7 991	55 551
HAUTE-SAONE	171 288	3 690	26 621	6 099	50 638
	<b>1 365 280</b>	<b>23 575</b>	<b>209 932</b>	<b>44 012</b>	<b>381 730</b>
<i>France</i>		<b>1 079 011</b>	<b>9 455 081</b>	<b>2 015 495</b>	<b>17 396 327</b>

- On s'intéresse à des **résidents** du territoire, qu'ils fréquentent ou non l'hôpital public de ce territoire ≠ fille active
- On intègre tout type d'établissement
- On couvre tous les champs (MCO, Psy, HAD, SSR)
- Méthodologie FHF Data/Dim des cinq territoires
- On trouve entre 65% et 78% des personnes en ALD diabète, et entre +100% et +205% d'insuffisants cardiaques...

\*Attention : données issues du PMSI/méthodologie ©





# Eviter la « montée » dans la pyramide !

**STRATIFICATION MÉDICO-ÉCONOMIQUE DE LA POPULATION DIABÉTIQUE DE TYPE 2, PARCELLE FRANCE**  
**COÛT MOYEN / INDIVIDUS SUR 5 ANS (PÉRIODE 2015-2019)**



# CONNAITRE LES BESOINS : LA STRATIFICATION DIABETE DE TYPE 2 FRANCE ENTIERE

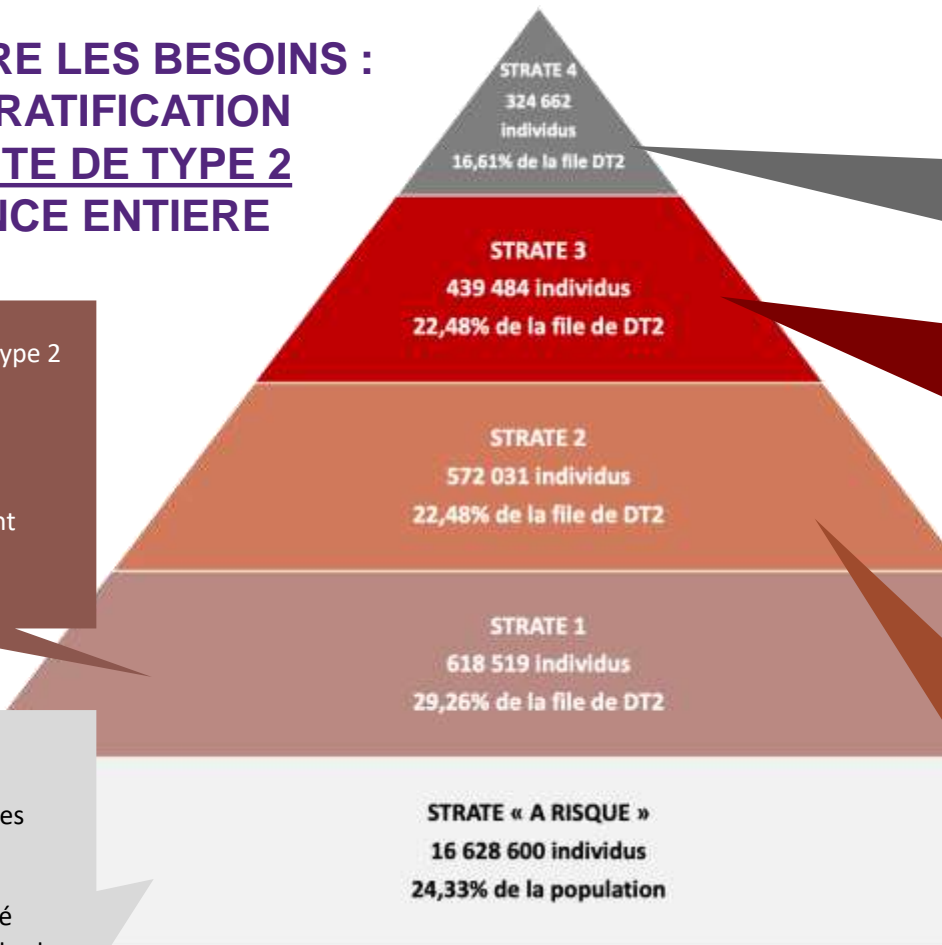
## STRATE 1

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/m<sup>2</sup>) et qui présentent des facteurs de risque.



## 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

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

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
- ....

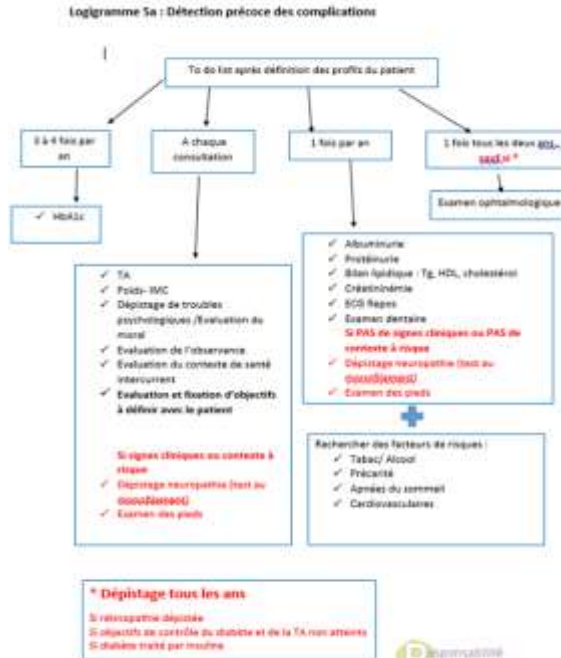
*Attention pyramide adaptée à des fins de présentation*

# Savoir quoi faire : les logigrammes de prise en charge

Les logigrammes sont développés par la **FHF et ses partenaires** à partir de nombreux « guidelines » cliniques (HAS, sociétés françaises, européennes et américaines, NICE, KCE, Intermountain, etc).

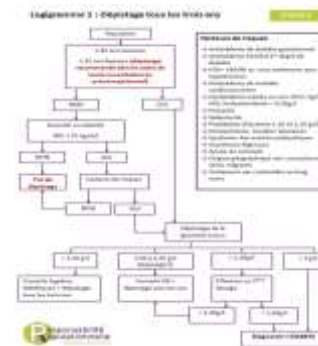
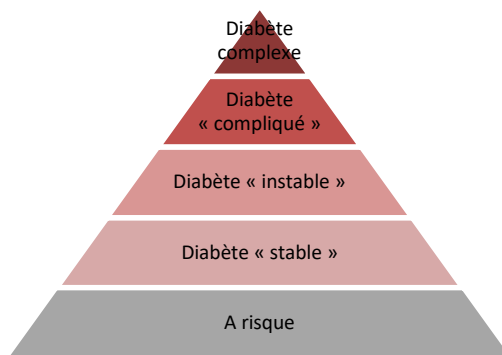
Ils sont conçus pour résumer, en un schéma, l'état de l'art actuel sur une question, en une page

Ils ne sont pas des chemins cliniques, ceux-ci doivent être développés sur le terrain



# DE LA STRATIFICATION...À LA PRISE EN CHARGE

Aube-Sézannais (Pop. 315 903)	
Strate	Résidents
4	1 760
3	2 094
2	2 995
1	3 392
A risque	78 279



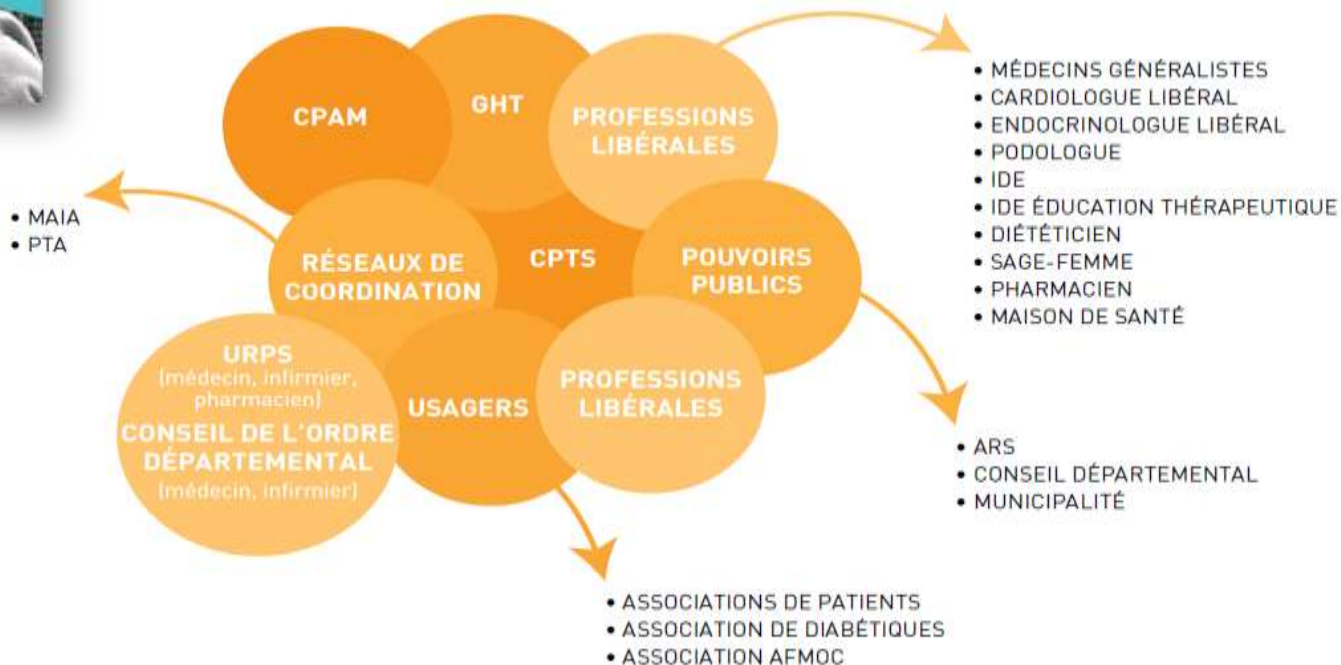
- A chaque strate de la pyramide correspond un profil clinique
- A chaque profil correspond un ou plusieurs logigrammes de prise en charge
- Les logigrammes permettent de mettre en place les actions appropriées
- La pyramide permet de « calibrer » les ressources en fonction des besoins





# Elaborer un programme d'action partagé : les réunions cliniques

## PARTICIPANTS AUX RÉUNIONS CLINIQUES



# Le contenu du programme d'action

- Une description de la population-cible
  - Combien de personnes
  - Combien de personnes par strates
  - Caractéristiques des personnes dans les strates
- Une description de la stratégie d'exécution des logigrammes à grande échelle, visant chaque personne dans chaque strate
  - Les chemins cliniques élaborés par les acteurs de terrain
  - La stratégie d'inclusion
  - Le système d'information mobilisé pour suivre l'inclusion et l'exécution
- Une série d'actions spécifiques à chaque territoires visant :
  - La population (sensibilisation, dépistage de groupes à risque, information générale de la population)
  - Les professionnels (soirées d'information, réunions pluriprofessionnelles, organisation de prise en charge type HDJ délocalisés, conciliation médicamenteuses, information sur le programme , etc.)

Identifier la population  
"statistique"

Identifier de "vraies" personnes

Inclure de "vraies" personnes  
dans les programmes d'action



# Sur le terrain...aller-vers pour trouver les gens

Professionnelle  
territoriale  
de  
santé  
Communauté  
du Niortais

Articulation avec  
les Projets de  
santé des CPTS

Campagnes de  
sensibilisation  
dépistage « grand  
public » (flyers avec  
QR  
code/finRisk/Cellule  
de coordination

Bornes interactives  
déployées en  
entreprise, en MSP...

Partenariat avec les  
Associations de  
patient

Formation  
dans les  
IFSI

Partenariat avec les CPAM  
(centres d'examen,  
données, relais  
d'information, etc.)

Partenariat  
avec les  
pharmacies  
d'officine

Insertion  
systématique  
dans les  
Contrats  
locaux de  
santé (CLS)



# Un déploiement bien engagé

Accélération du déploiement après une « pause COVID »

## Acteurs participants à la démarche, au 31 janvier 2023

793 professionnels, ville et hôpital

+ **431** depuis janvier 2022

67 patients et usagers partenaires

+ 31 depuis janvier 2022

## Un impact important en sensibilisation/dépistage

**565** actions de sensibilisation/dépistage

+ 443 depuis janvier 2022

**7 399** personnes dépistées

+ **5 207** depuis janvier 2022

## Une montée en charge importante des inclusions

1 839 personnes incluses pour le DT2

+ **334%** depuis janvier 2022

408 personnes incluses pour l'IC

début des inclusions en janvier 2022, dans 2 Territoires

***Au total : +326% d'inclusions depuis janvier 2022***

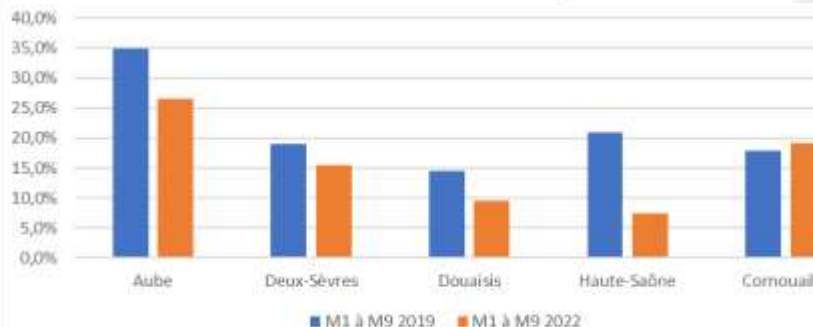




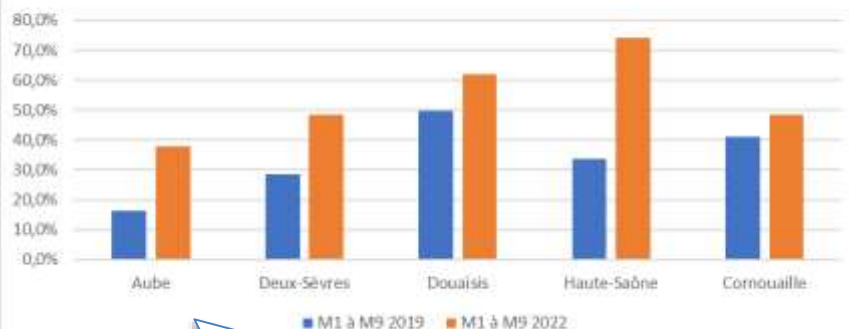
# Le bon service...au bon moment

Les résidents atteints de diabète viennent à l'hôpital dans de bonnes conditions...

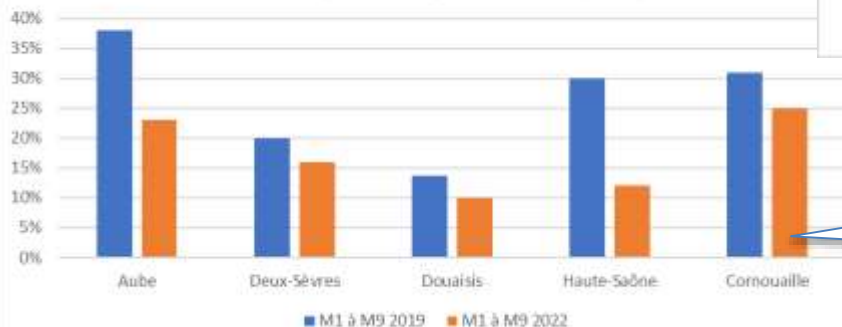
Séjours hospitaliers pour diabète  
Part d'admissions via les urgences



Séjours hospitaliers pour diabète  
Part d'ambulatoire



Séjours hospitaliers pour diabète  
Part de séjours > 5 jours en HC (MCO)



...quand ils en ont besoin, de façon systématique

Et retournent chez eux en étant bien suivis



# Des impacts sur l'hôpital....et les patients

*Nous avons développé un set d'indicateurs standardisés cherchant à mesurer l'évolution du comportement des résidents des Territoires à l'égard des services hospitaliers*

## Territoire de Haute-Saône

	2019 (Année)	Volume attendu	2022 (Trimestre 1-2)	Volume attendu
Séjours pour diabète	559	776 (-27%)	625	445 <b>(+40,3%)</b>
Coût moyen des séjours	2 345 €		1 166€	
Séjours ambulatoire	184	285 (-35.4%)	472	248 <b>(+90,5%)</b>
Taux ambulatoire/séjours	32%	37%	76%	56%
Séjours entrés par les urgences	<b>21%</b>		<b>6%</b>	

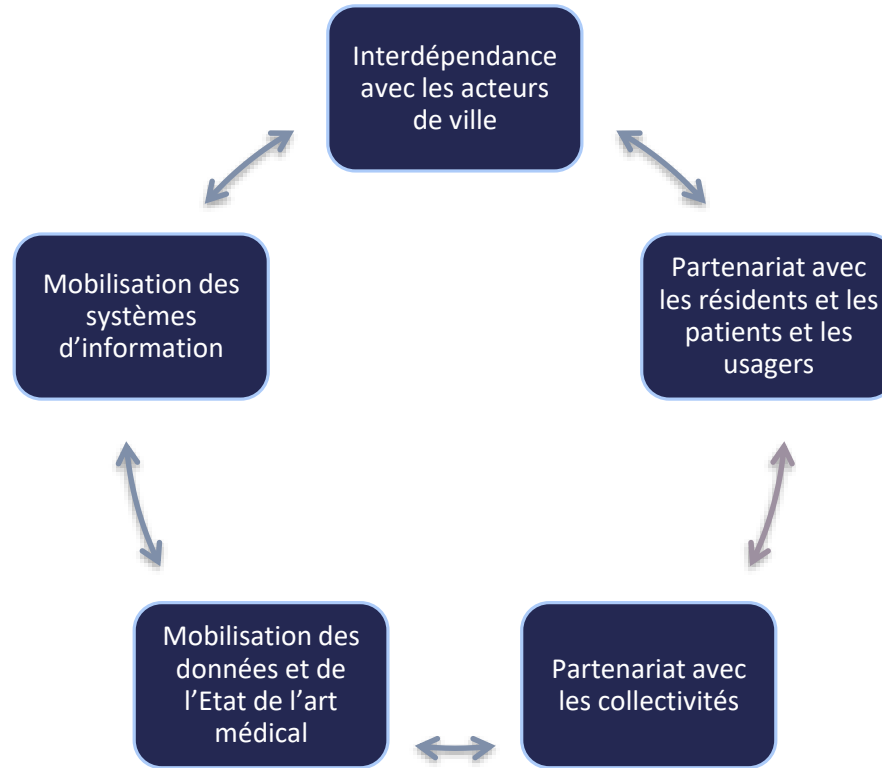


## Et enfin...des outils pour la généralisation

- Tous les outils médico-économiques et médico sont généralisables (i.e. possibilité de produire des pyramides, des indicateurs de consommation pour 132 territoires, possibilité d'utiliser les indicateurs de pilotage partout, les indicateurs d'impact partout)
- Les outils méthodologiques sont terminés
  - Guide de démarrage
  - Guide d'animation des réunions cliniques
  - Guide systèmes d'information
  - Charte graphique, film, etc...
- Enormément d'outils pratiques ont été développés par les Territoires Pionniers et sont mutualisables



# Des dimensions stratégiques et interdépendantes



# Les questions que posent le modèle

- Une vision systémique plutôt qu'en silos, en partant des besoins de santé
- La capacité *collective* à suivre de grands volumes de patients
  - Vision homogène des besoins de santé du patient
  - Vision homogène des standards
  - Vision homogène de l'évolution du patient dans son parcours
- Enjeu majeur de système d'information partagé
- Enjeu majeur d'exploitation des données de santé (pour le suivi de cohortes, et de patients, mais aussi pour la prédiction de risque)
- Rôle central des paramédicaux (infirmières libérales, de coordination, de santé publique, de pratique avancée, etc.)
- Des modèles de financement à revoir
  - Si la T2A et le paiement à l'acte ne sont pas antinomiques avec un tel système, le cloisonnement total des financements nuit à la généralisation
  - Il faudrait une « couche » collective, pour une action collective, et un résultat collectif