

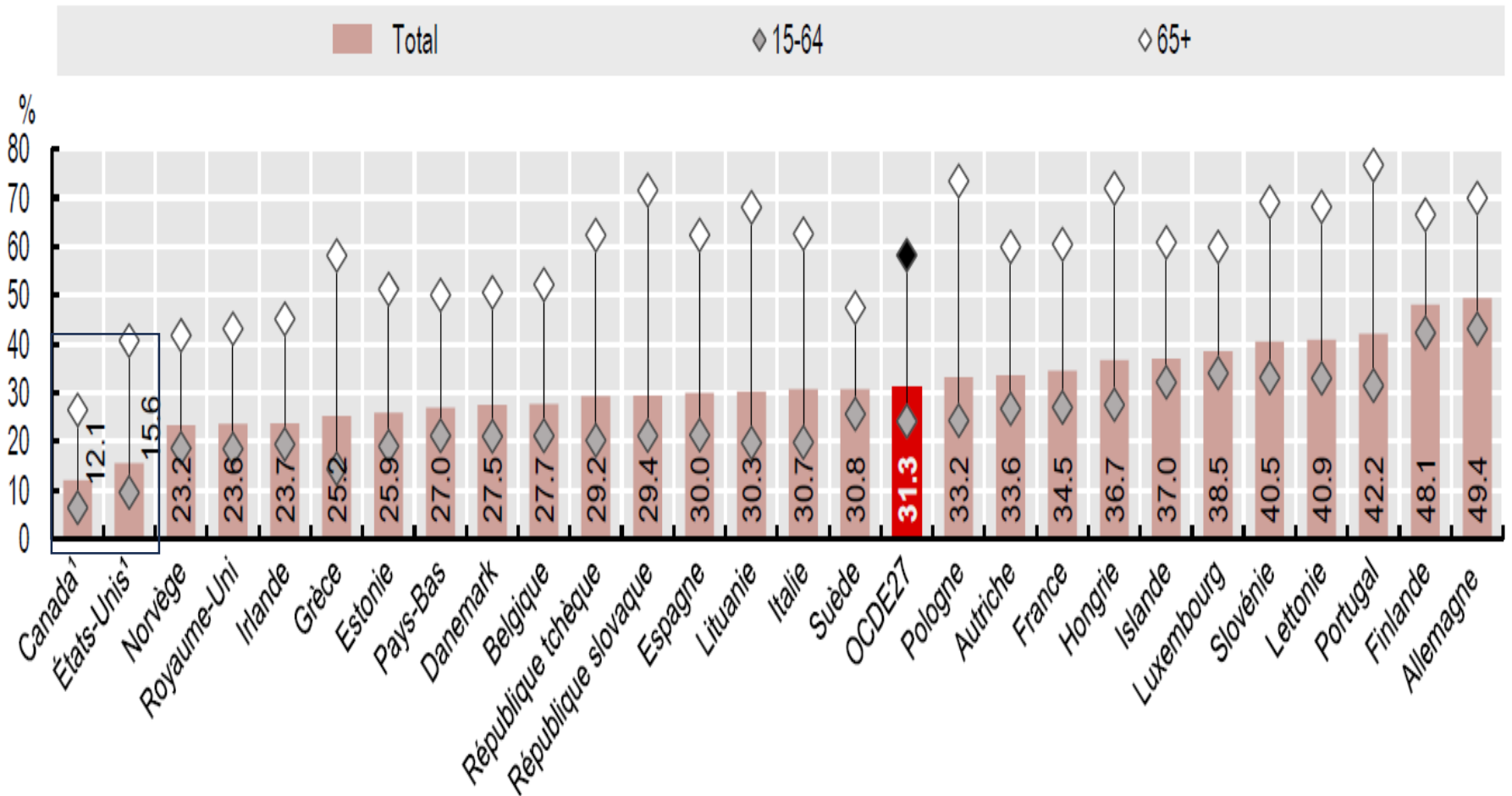
9e colloque du
réseau de soins,
21 novembre 2023

Vers un système de santé intégr é et territorial: mettre en œ uvre la Responsabilité populationnelle

Antoine Malone, Responsable pôle Prospective FHF
Coordonnateur, programme « Responsabilité populationnelle

La vague des pathologies chroniques

Graphique 3.15. Personnes atteintes d'au moins deux maladies chroniques, par âge, 2014



-42% de la population est obèse
-11.8% de la population est atteinte de diabète de type 2...
-6 adultes sur 10 sont atteints d'au moins une pathologie chronique

Source : CDC, 2023



-14% de la population souffre d'hypertension
-7,2% de diabète

Source : NHS Digital, 2022

(OCDE, 2019,* Mode de collecte différent aux USA et Canada, chiffres non significatifs)

Le désaccord

- Systèmes conçus pour des populations jeunes
- Des épisodes aigus et limités dans le temps
- Nécessitant peu de coordination
- Essentiellement réactifs
- Médico centrés
- Hospitalo-centrés et hautement techniques

Allongement de plus de 10 ans de l'espérance de vie depuis 1970 dans l'OCDE

Explosions des pathologies chroniques

Personnes nécessitant un ensemble de services tout au long de leur vie

« Attendre » qu'un événement se produise conduit à une dégradation durable de l'état de santé

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

Interventions coûteuses avec impact limité sur la santé de la population

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



LE DIABÈTE DE TYPE 2

- **2 030 365 résidents** identifiés dans la FA « FHF Data » en 2022
- **51,2%** des personnes diabétiques ont eu **au moins un séjour** à l'hôpital en 2022 → *Soit 2 241 486 séjours MCO*
- **30,3%** de ces séjours sont arrivés directement par les urgences....
- ...et **12 395** personnes diabétiques ont été **amputées**
- Les coûts d'hospitalisation des personnes diabétiques ont représenté **12,31** Md€ en 2022



L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

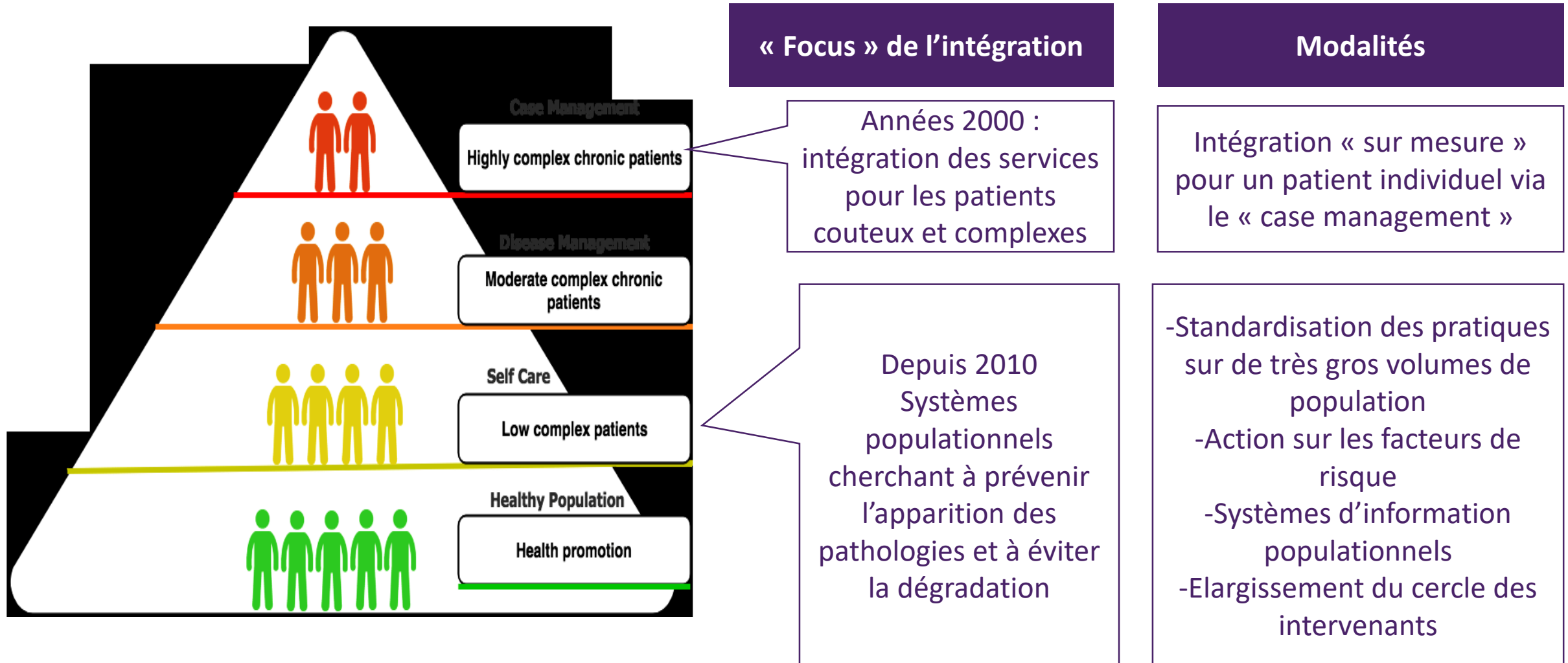
- **1 099 363 résidents** identifiés dans la FA « FHF Data » en 2022
- **56,4%** ont eu **au moins un séjour** à l'hôpital en 2022 → *Soit 1 636 871 séjours*
- **42,1%** de ces séjours sont arrivés directement par les urgences
- Les coûts d'hospitalisation des personnes IC ont représenté **10.75** Md€ en 2022



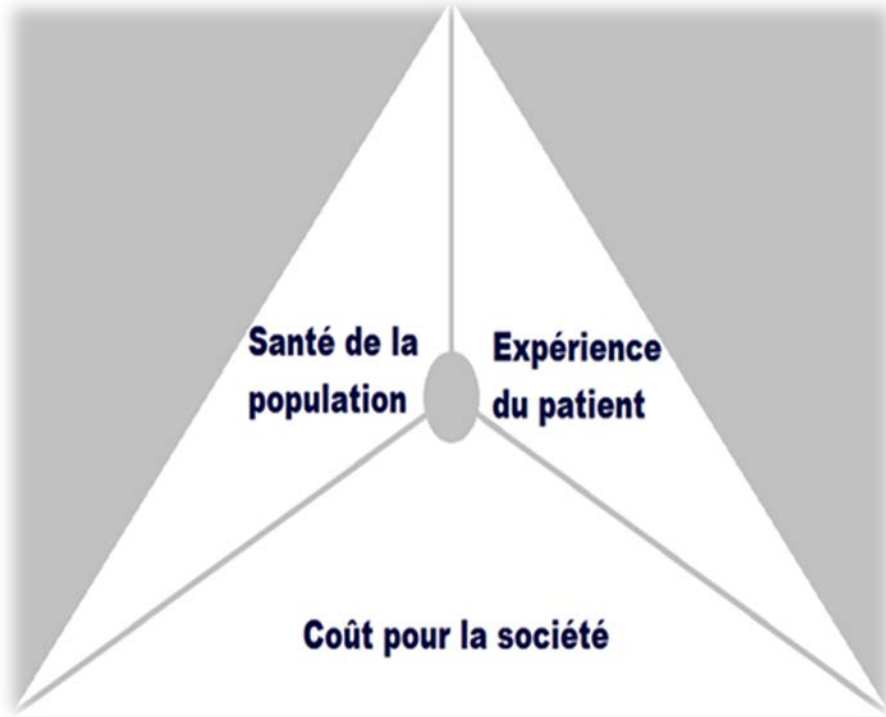
LE VIEILLISSEMENT (2019)

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

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



La dynamique de l'intégration : la poursuite du Triple Objectif (...et du quadruple, et du quintuple...)



Berwick, IHI, 2010

- 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

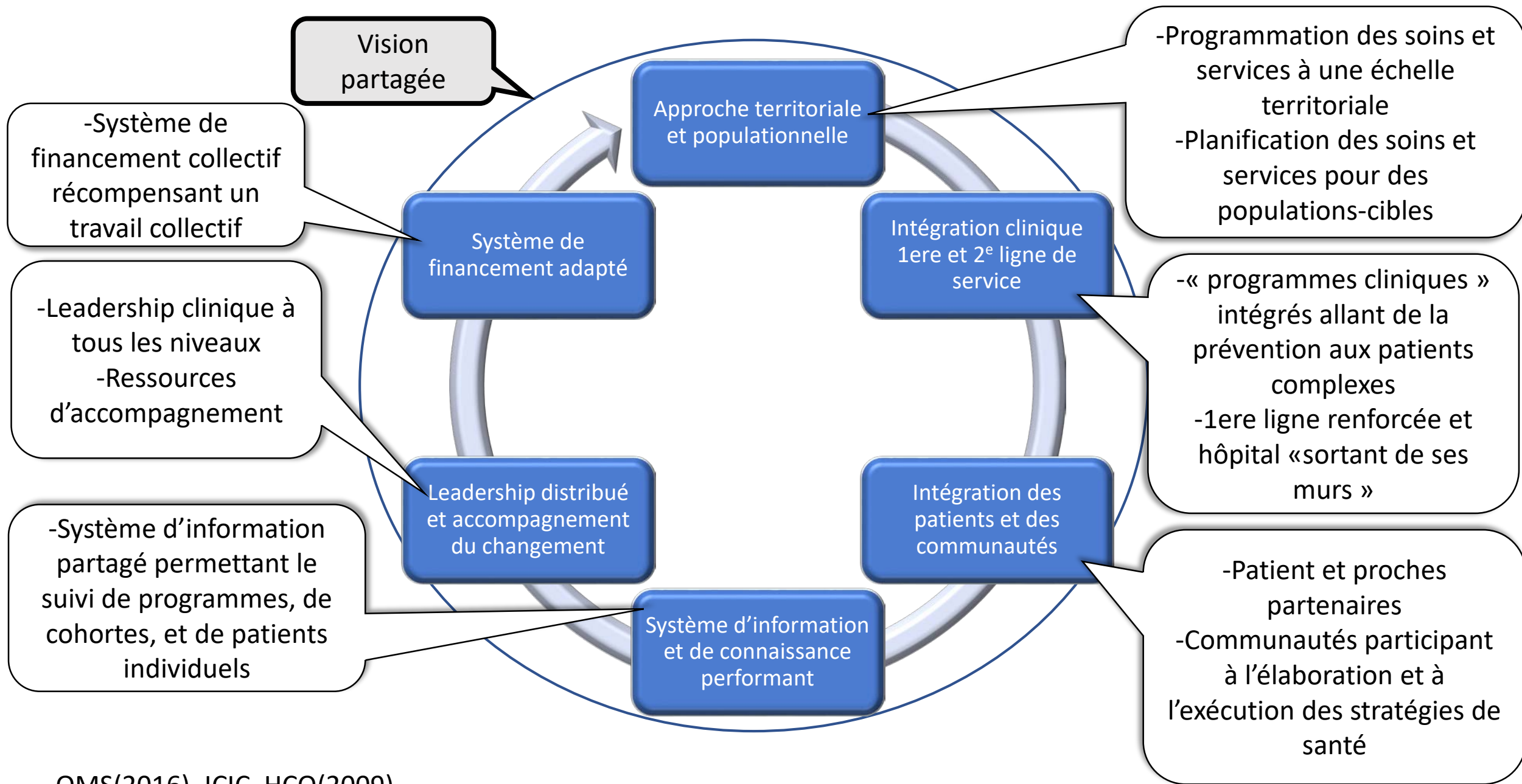


Les systèmes de santé intégrés: Une dynamique mondiale ...



Et surtout européenne...







Et en France ?

« L'ensemble des acteurs de santé d'un territoire est responsable de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire ainsi que de la prise en charge optimale des patients de ce territoire »

LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé,
Article 19

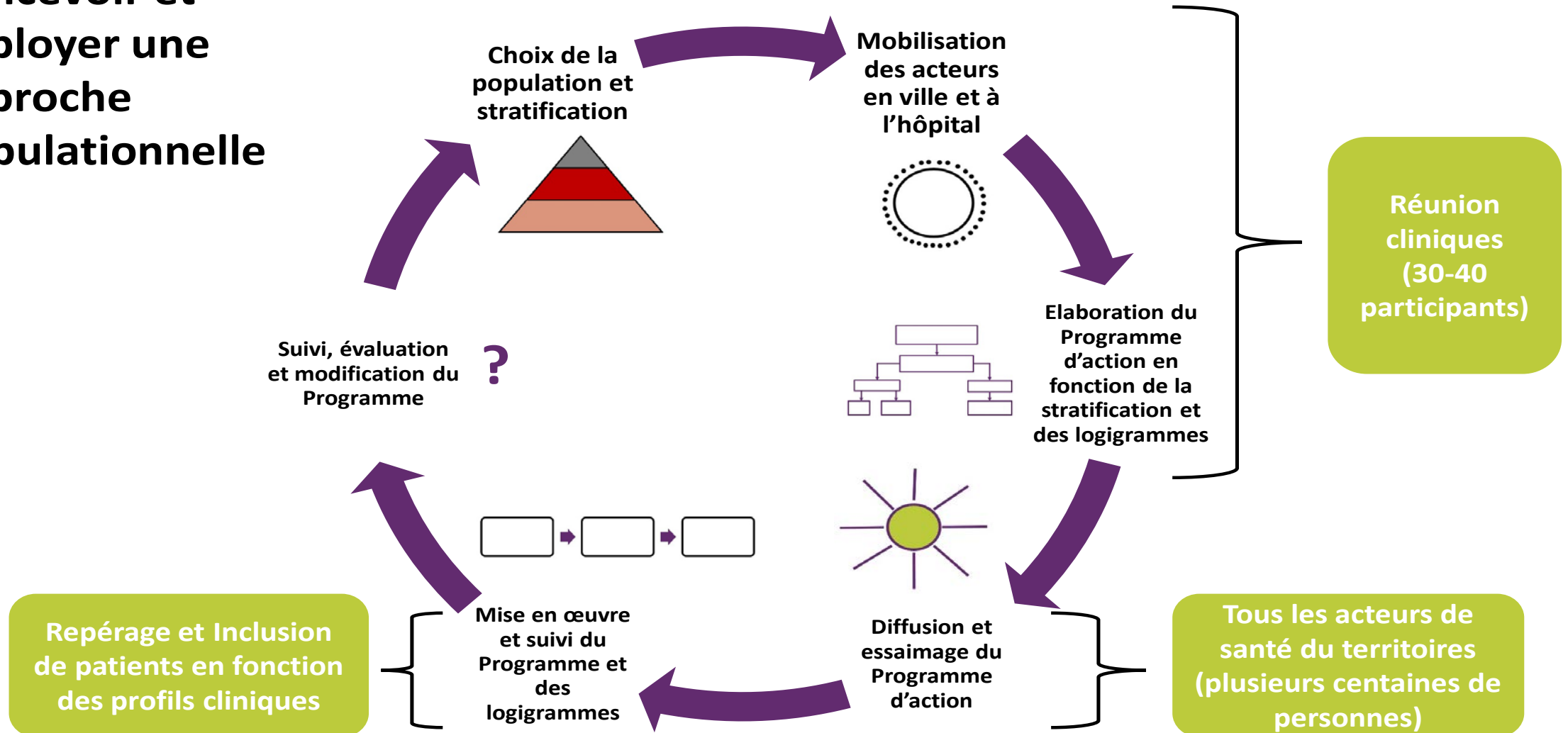
LES OBJECTIFS DU MODELE

- Permettre à nos territoires de viser le **Quadruple Objectif** (meilleure santé, meilleure prise en charge, meilleur coût, meilleure qualité de vie pour les professionnels) pour des populations définies, sur un territoire défini
- *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 de santé 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

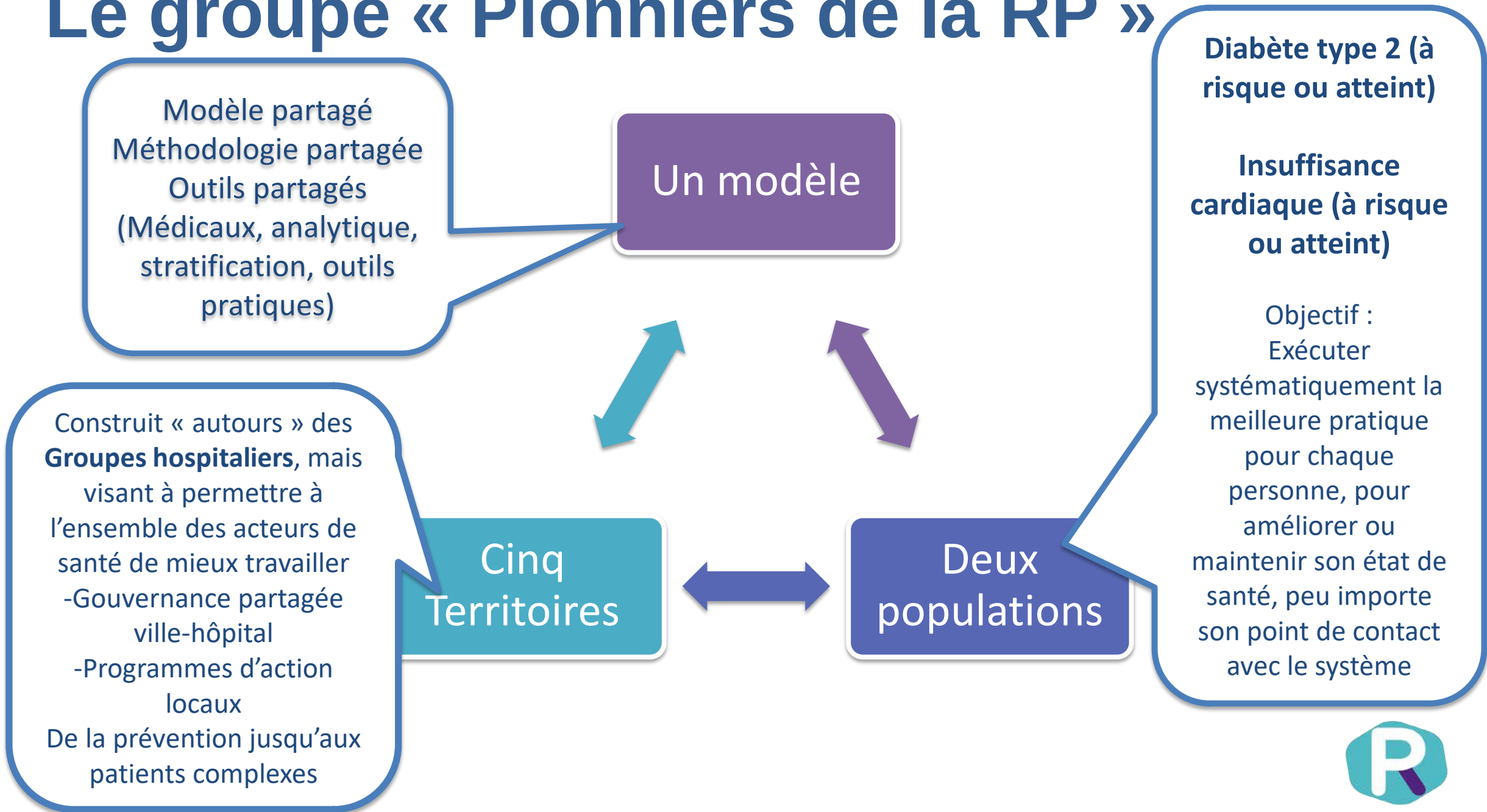


La démarche en un coup d'œil

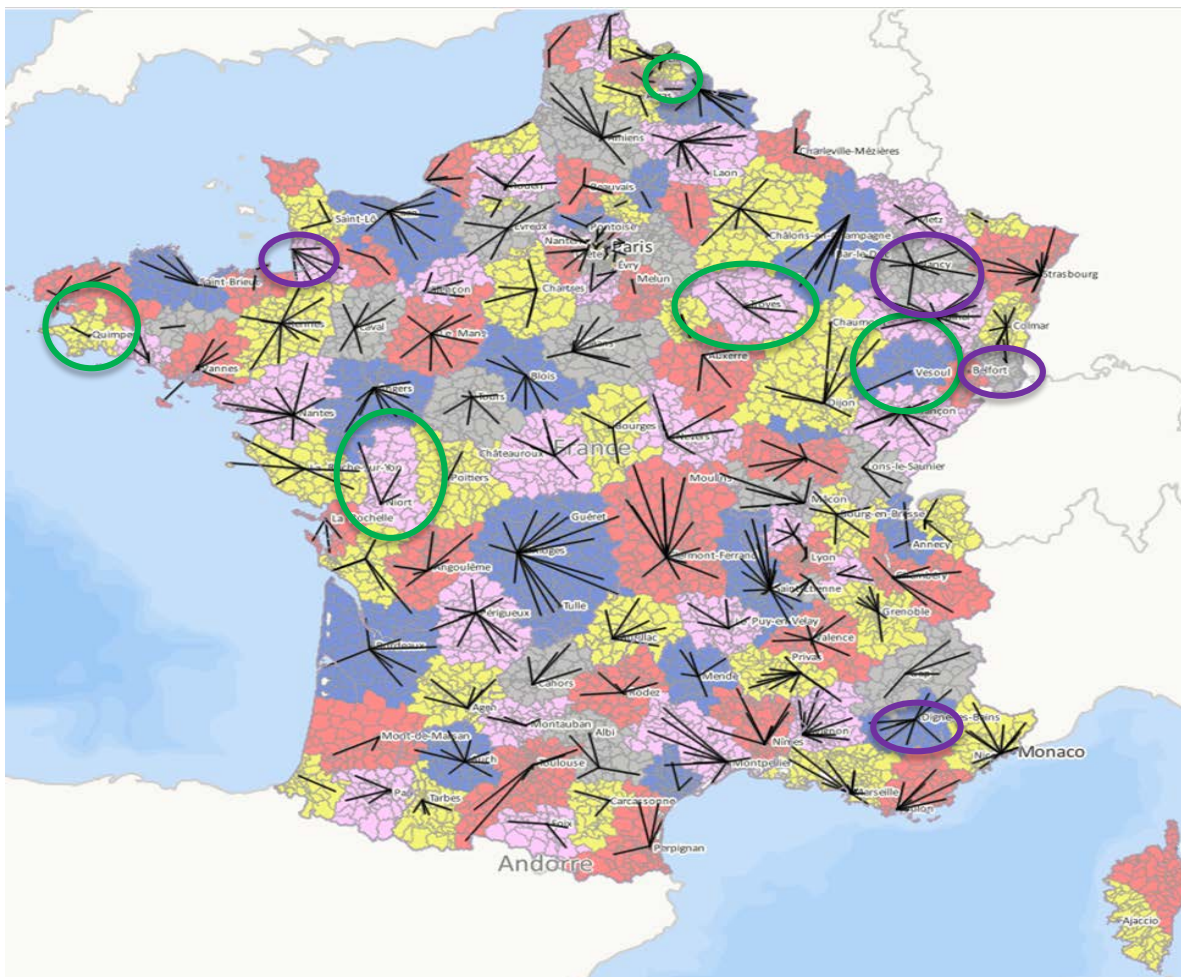
Concevoir et déployer une approche populationnelle



Le groupe « Pionniers de la RP »



Des Territoires de Responsabilité



FHF DATA, 2019
BMC HealthServ. 2021

- Ces territoires sont construits pour intégrer nécessairement un GHT...
- ...mais aussi pour couvrir l'ensemble de la consommation de services des résidents
- ...pour tout type d'établissement, sur tous les champs (MCO, HAD, SSR, Psy)

IDENTIFIER DES POPULATIONS (2022)

TERRITOIRE	POPULATION DU TERRITOIRE	INSUFFISANCE CARDIAQUE	A risque	DIABETE Type 2	A risque
AUBE-SEZANNAIS	315 290	4 838	45 940	10 194	80 225
CORNOUAILLE	297 086	5 300	49 087	8 080	93 305
DEUX-SEVRES	362 938	6 332	51 064	11 856	102 011
DOUAISIS	215 081	3 464	35 326	8 092	55 551
HAUTE-SAONE	170 235	3 738	25 713	6 126	50 638
	1 360 630	23 575	207 131	44 359	381 730
<i>France</i>		1 099 363	9 377 967	2 030 365	17 396 327

PCSI
International,
2019, 2022
EMOIS, 2020,
2023

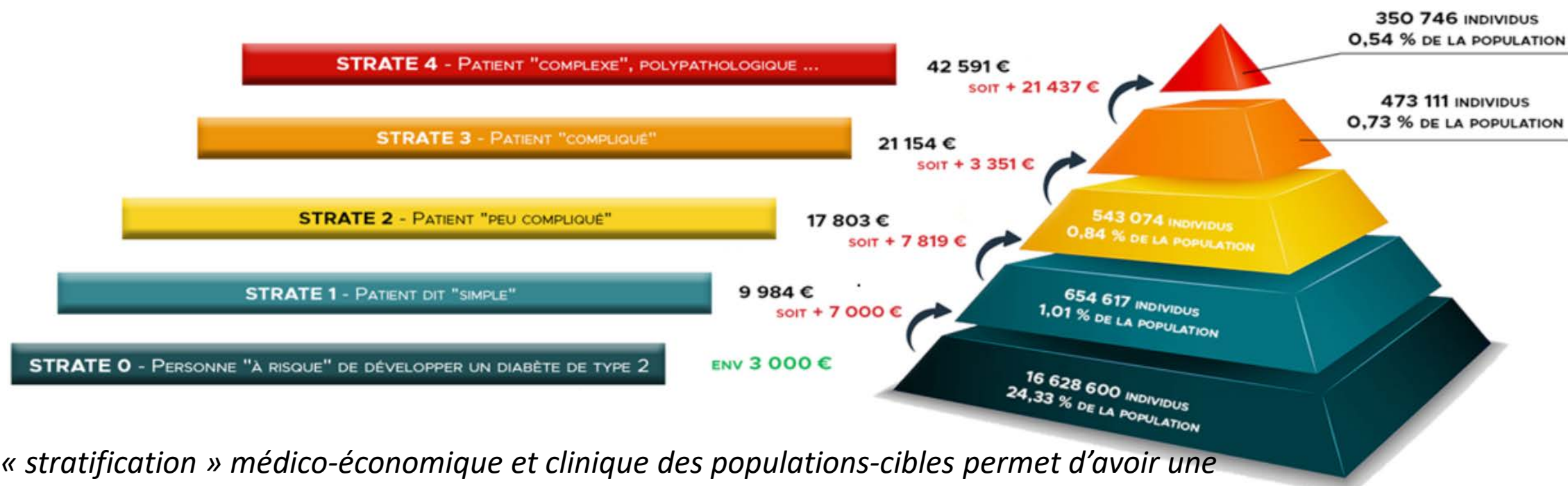
- On s'intéresse à des **résidents** du territoire, qu'ils fréquentent ou non l'hôpital public de ce territoire ≠ fille active
- On intègre tout type d'établissement
- On couvre tous les champs (MCO, Psy, HAD, SSR)
- Méthodologie FHF Data/Dim des cinq territoires
- On trouve entre 65% et 78% des personnes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

*Attention : données issues du
PMSI/méthodologie ©



Une stratification clinique...et médico-économique

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



La « stratification » médico-économique et clinique des populations-cibles permet d'avoir une **vision homogène des besoins de santé**, qui se traduisent par une **demande de services de santé**.

Elle est élaborée en couplant une exploitation des bases nationales de données de santé et une expertise médicale de haut niveau

Elle permet d'estimer ce que la société épargnerait en maintenant une personne (ou dix, ou 100 ou 1000...) dans une strate donnée, et donc de valoriser la prévention



Connaitre les besoins de la population : la stratification de l'Insuffisance cardiaque (2021)

Remboursements
AM sur 5 ans

Parcelle "France" fin de période 2017-2021

Insuffisance cardiaque

97 698 €

73 714 €

51 642 €

34 781 €

17 958 €

15 627€



STRATE 5
52595 individus

0.079% de la pop. (FR=0.079%)
4.87% de la file IC (FR=4.87%)

STRATE 4
34934 individus

0.05% de la population (FR=0.053%)
3.24% de la file Insuffisance cardiaque (FR=3.24%)

STRATE 3
139577 individus

0.211% de la population (FR=0.211%)
12.94% de la file Insuffisance cardiaque (FR=12.94%)

STRATE 2
277883 individus

0.42% de la population (FR=0.42%)
25.75% de la file Insuffisance cardiaque (FR=25.75%)

STRATE 1
574022 individus

0.87% de la population (FR=0.87%)
53.2% de la file Insuffisance cardiaque (FR=53.2%)

STRATE "A RISQUE D'INSUFFISANCE CARDIAQUE"

9455081 individus
14.26% de la population (FR=14.26%)

52 595 individus

34 934 individus

139 577 individus

277 883 individus

574 022 individus

9 455 081 Individus

Jourdain, Desnos, Gomez et al. 2021...



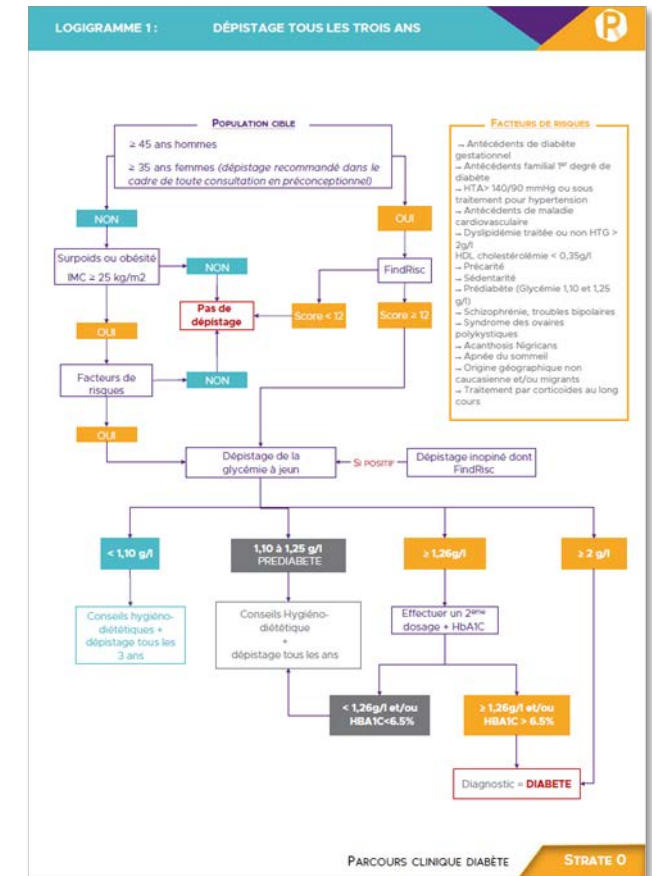
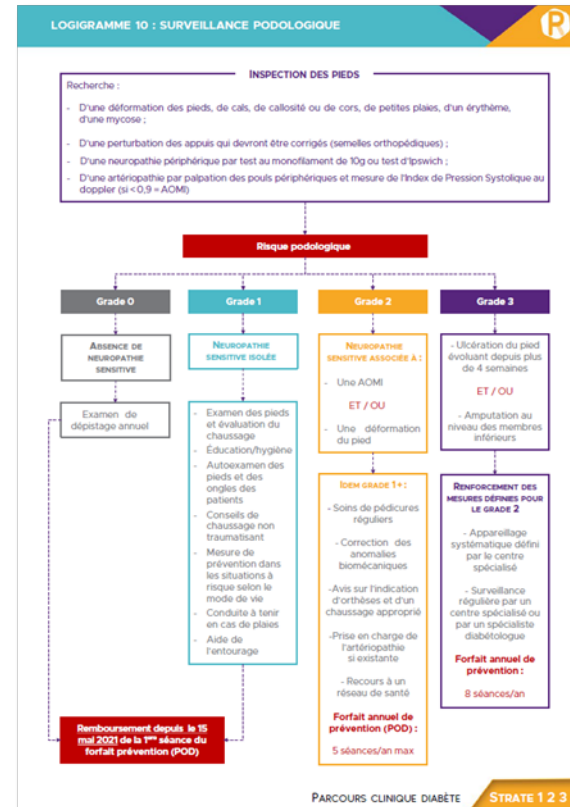
SAVOIR QUOI FAIRE : LES LOGIGRAMMES DE PRISE EN CHARGE

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

Ils sont conçus en accord pour être cohérents avec notre stratégie, en **ciblant en particulier l'ambulateur**

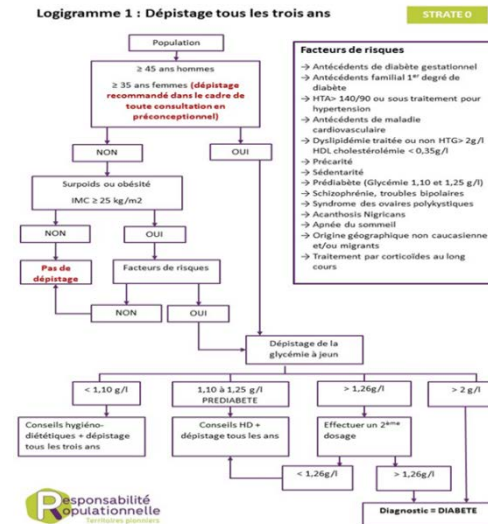
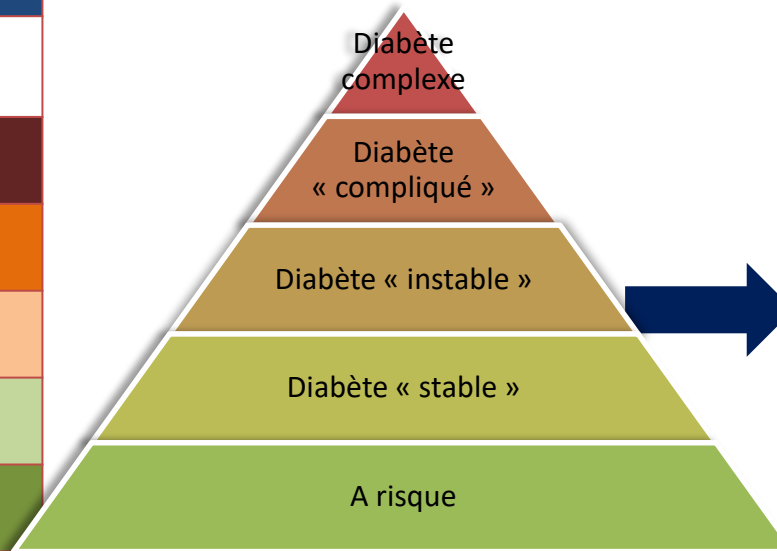


Objectif : rendre le plus facile possible l'exécution des standards par le plus grand nombre de professionnels possible



DE LA STRATIFICATION...AUX PARCOURS DE SANTE TERRITORIAUX

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



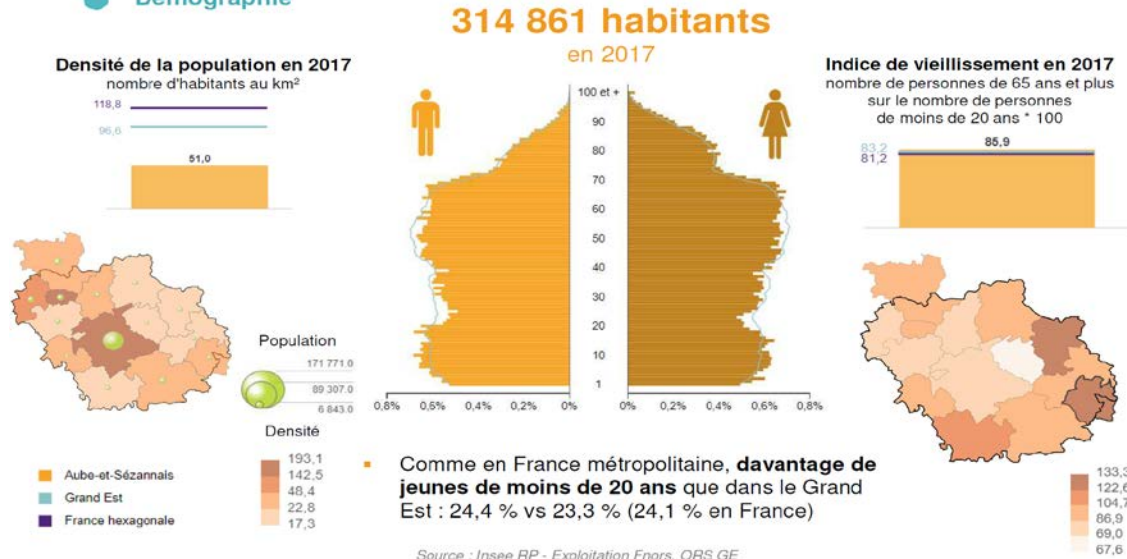
- A chaque strate de la pyramide correspond un **profil clinique**
- A chaque profil correspond un ou plusieurs **logigrammes de prise en charge**
- La pyramide permet de lier un profil de personne avec les actions appropriées
- L'ensemble permet aux acteurs de construire des **parcours adaptés**



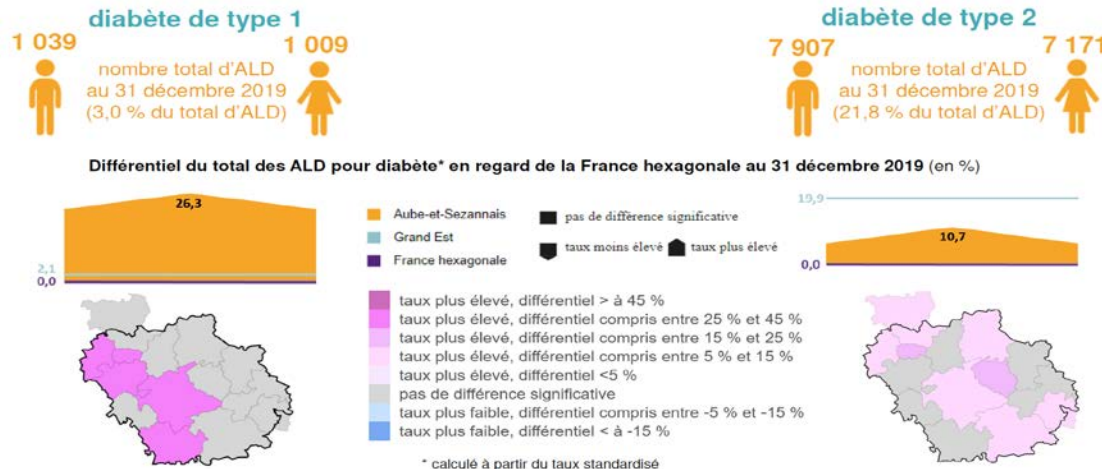
La Responsabilité Populationnelle... comment ça marche...

Connaitre sa population et son territoire: Diagnostic territorial FNORS

● Démographie



● État de santé : affections longue durée (ALD) pour diabète

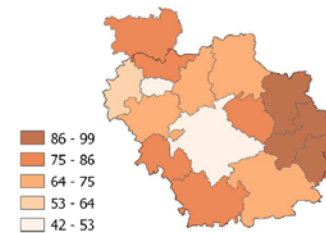


● Autres déterminants de santé : équipements sportifs et licences sportives

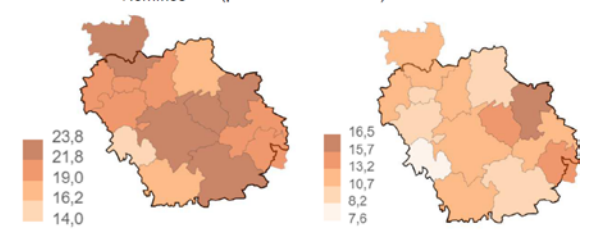
Un taux d'équipements sportifs de 54 pour 10 000 habitants proche du niveau national (55 pour 10 000) et plus faible que dans le Grand Est (59 pour 10 000). Des taux de licences sportives délivrés plus faibles que dans le Grand Est (16,7 vs 19,0 pour 100 habitants)

- Des taux d'équipements disparates au sein des EPCI variant de 42 pour 10 000 dans la CA Troyes Champagne Métropole à 98 pour 10 000 dans la CC des Lacs de Champagne
- Des taux de licences sportives délivrés moins important chez les femmes

Taux d'équipements sportifs en avril 2021
(pour 10 000 habitants)



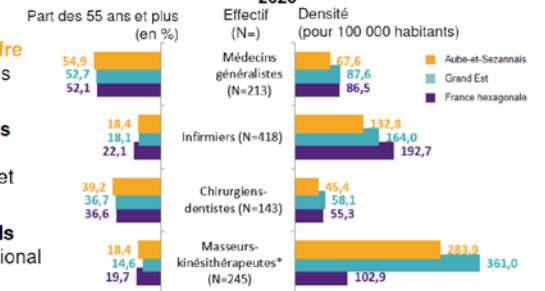
Taux standardisés selon l'âge de licences sportives délivrées en 2017
Hommes (pour 100 habitants) Femmes



● Offres de soins de 1^{er} recours

- Globalement, un territoire moins bien doté en offre libérale de premier recours, avec des densités plus faibles qu'aux niveaux régional et national
- Des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes plus jeunes qu'en France (mais plus âgés qu'en Grand Est). A l'inverse, des médecins généralistes et des chirurgiens-dentistes un peu plus âgés.
- Un éloignement de l'ensemble des professionnels de 1^{er} recours par rapport au niveau régional et national

Professionnels de santé libéraux (ou mixtes) au 1^{er} janvier 2020



Part de la population à moins de 5 minutes (en %) et temps moyen d'accès (en minutes)

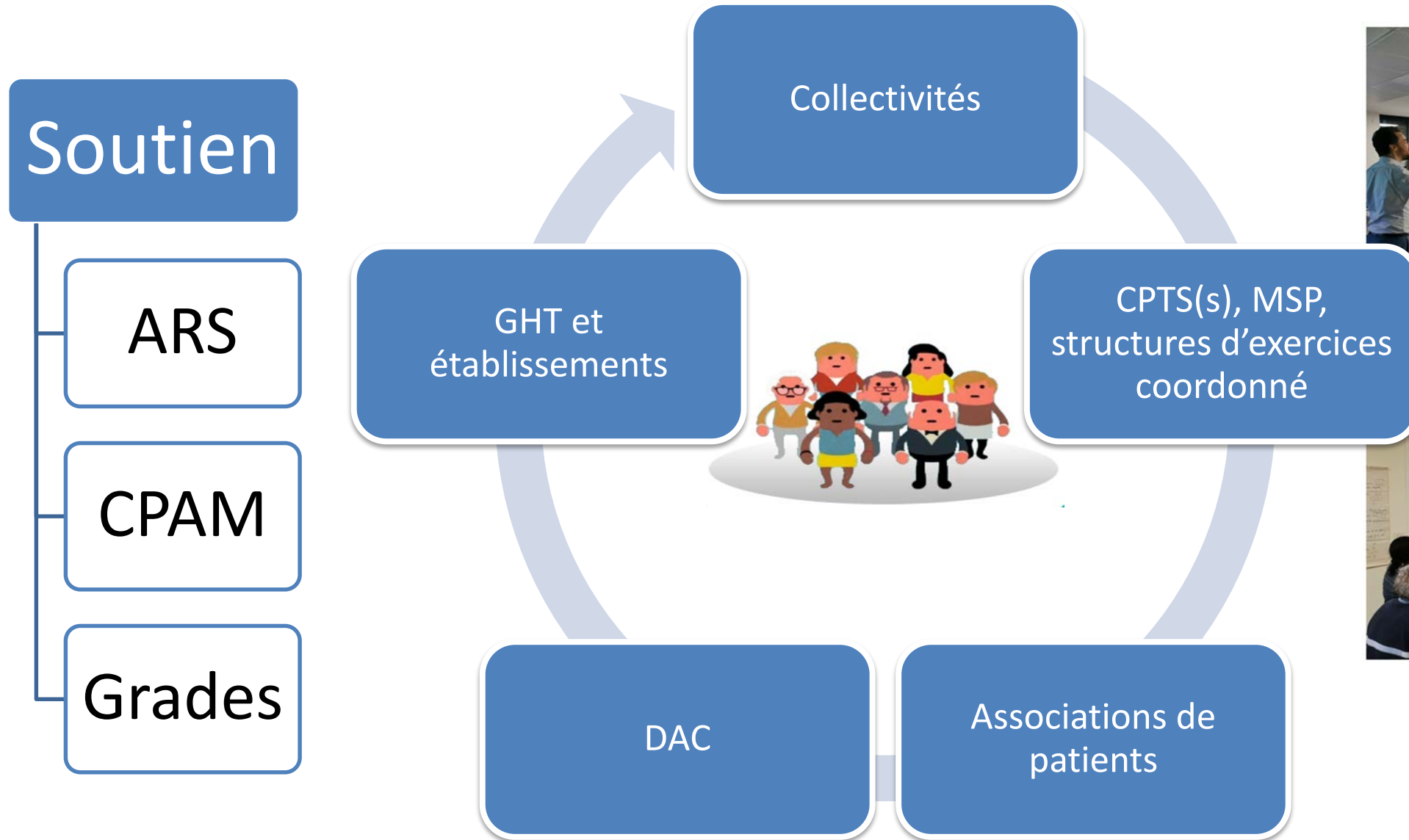
Professionnels de santé libéraux (ou mixtes)	TRP Aube-et-Sézannais % population à moins de 5 minutes	Temps moyen d'accès en minutes	Grand Est Temps moyen d'accès en minutes	France métro. Temps moyen d'accès en minutes
Médecins généralistes	70,3	2,6	1,7	1,2
Infirmiers	75,3	2,2	1,4	0,9
Chirurgiens-dentistes	61,7	4,2	2,6	2,1
Masseurs-kinésithérapeutes	70,3	2,7	1,8	1,3
Offices de ville	69,3	2,8	2,1	1,3

Précision méthodologique :

Depuis 2016, les distances et temps d'accès aux professionnels de santé et aux structures sont calculées à partir des distances routières fournies par le distancier Mitriz de l'Insee. Ils ont donc un caractère théorique car, en pratique, les trajets ne se font pas forcément en voiture, et certains critères ne sont pas pris en compte dans la modélisation (recherche d'une place de parking, feux rouges...). Ils permettent cependant d'appréhender des situations très diverses en matière d'accessibilité et d'enclavement des territoires. Pour chaque commune, le temps d'accès à un équipement, par exemple un professionnel de santé, est le temps d'accès entre le chef-lieu de la commune et celui de la commune équipée la plus proche. Lorsque le professionnel est présent dans la commune, le temps d'accès est alors considéré comme étant nul. Le temps moyen d'accès pour un territoire supracommunal (par exemple une région) représente la moyenne des temps d'accès communaux de ce territoire pondérée par la population. La population de chaque commune est prise en compte de sorte qu'une commune très peuplée pèse davantage dans le calcul qu'une commune moins peuplée.

Les « réunions cliniques »

Une « coalition territoriale d'acteurs de santé »



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 territoire 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

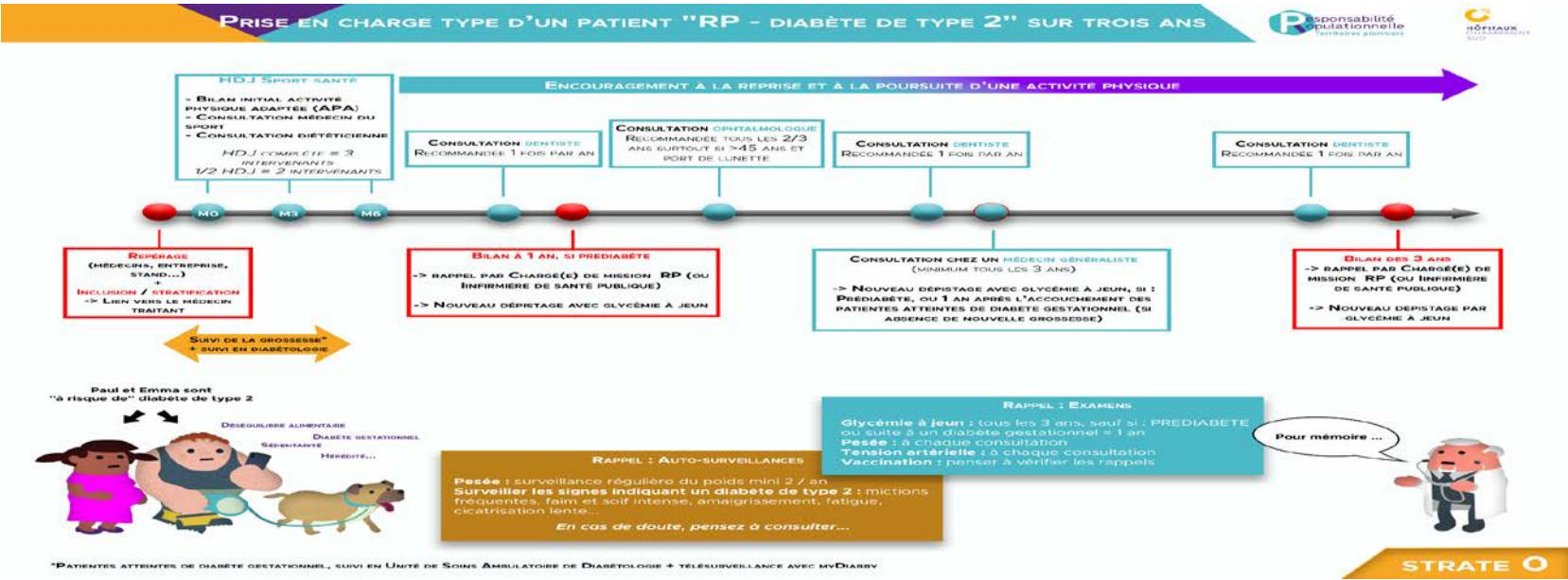
Inclure de "vraies" personnes
dans les programmes d'action



La Responsabilité Populationnelle...

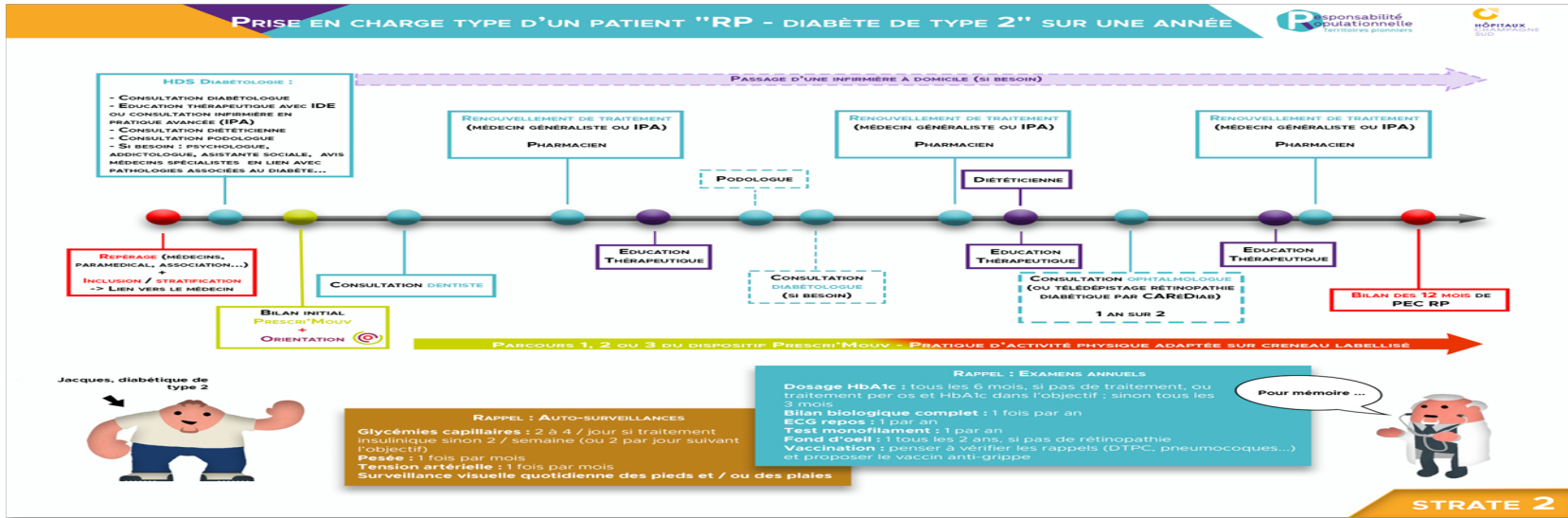
Vers des parcours territorialisés et homogènes

- Repérage & inclusion via : médecin traitant, médecine de santé au travail, les actions de santé publique, les associations ...
- Strate 0 : prévention primaire +++
- Sur 3 ans



Strate 1 à 4 : suivi du parcours de santé ; prévention primaire, secondaire et tertiaire

Sur 1 an



La Responsabilité Populationnelle... Comment ça marche...

Aller au devant des personnes et populations...

REPÉRER



Comment trouver ses patients : Un système d'inclusion multicanal et multipartenaires

Identifier son territoire : Base de codes postaux fournis par la FHF Data

Identifier les patients :

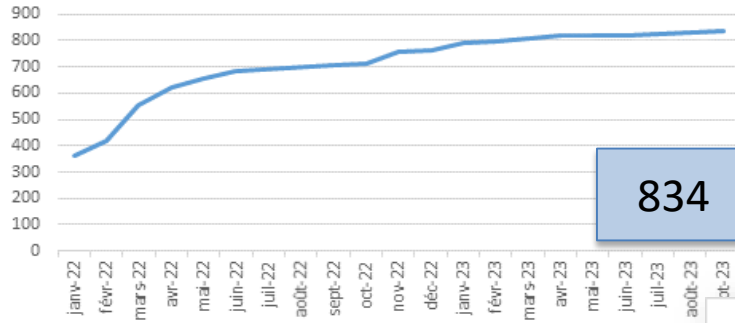
- via la base PMSI par application des algorithmes FHF Data (DIM), et relais via PH au MT
- Par un système de « rabattage », par tous les acteurs pouvant être au contact des résidents : ISP lors d'actions d'aller-vers, pharmaciens, lors de visites à la MSP, etc.
- Stratification et inclusion d'un patient dans une strate et un parcours systématiquement validée par MT, après consentement du patient

Une fois le patient inclus : *notification à l'ensemble des participants au parcours, avec strate et recos*
Information et *activation* du patient



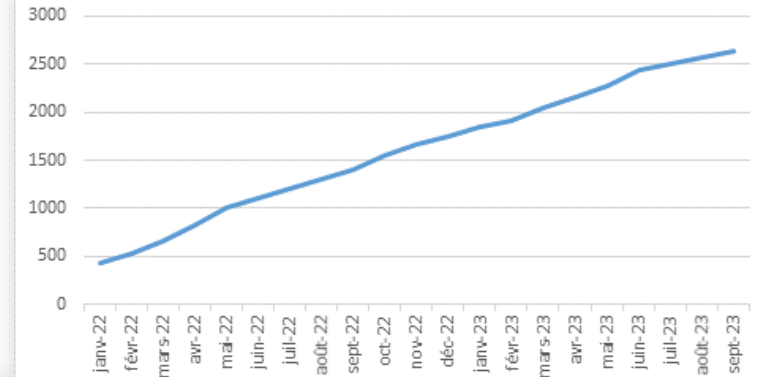
Au 30 septembre

Nbr acteurs participants activement à la démarche



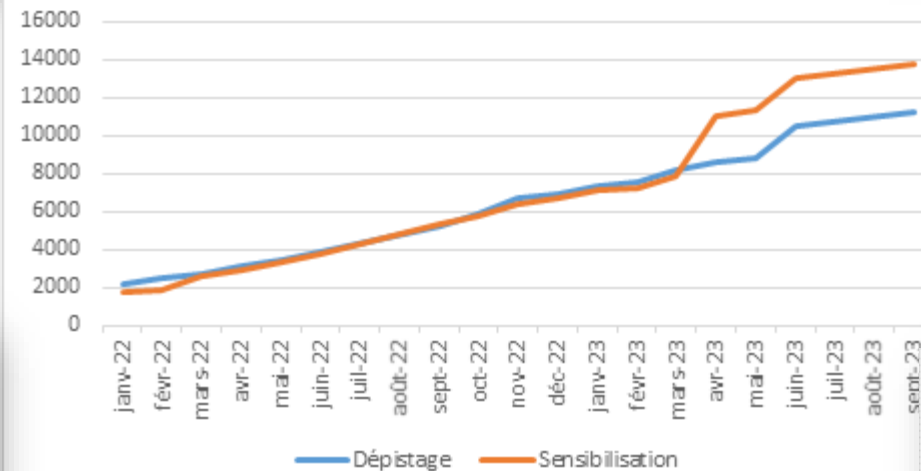
834

Inclusions DT2



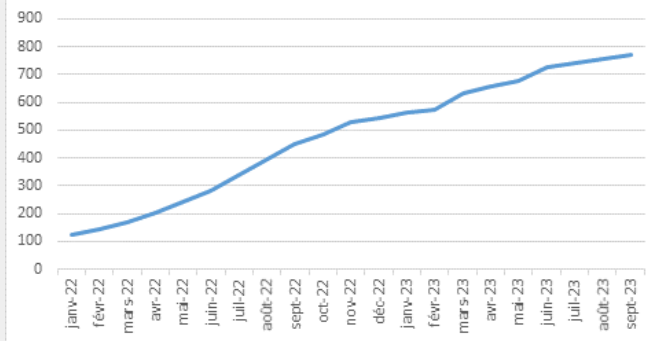
2 636

Nbr de pers dépistées et sensibilisées

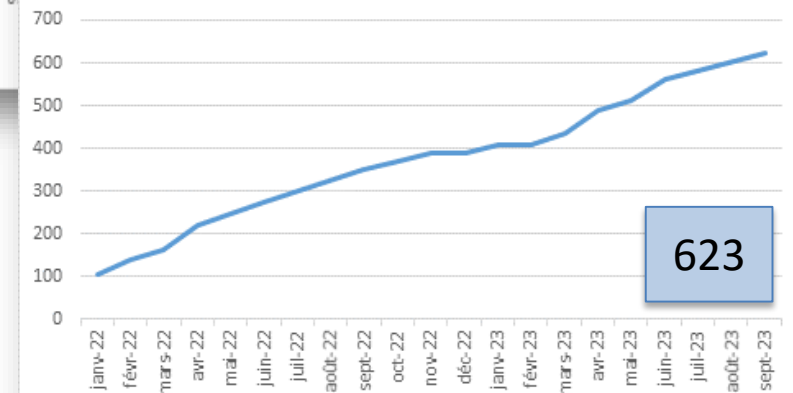


771

Nbr actions menées



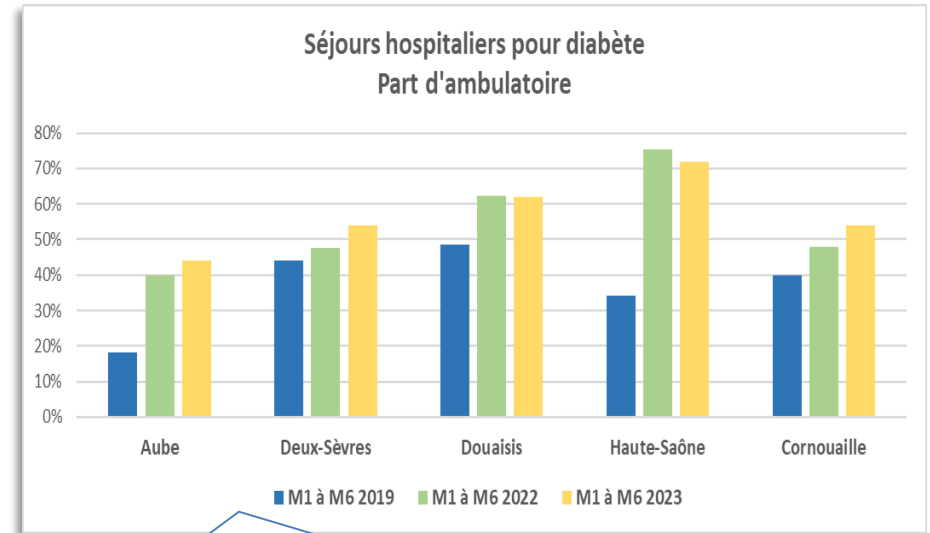
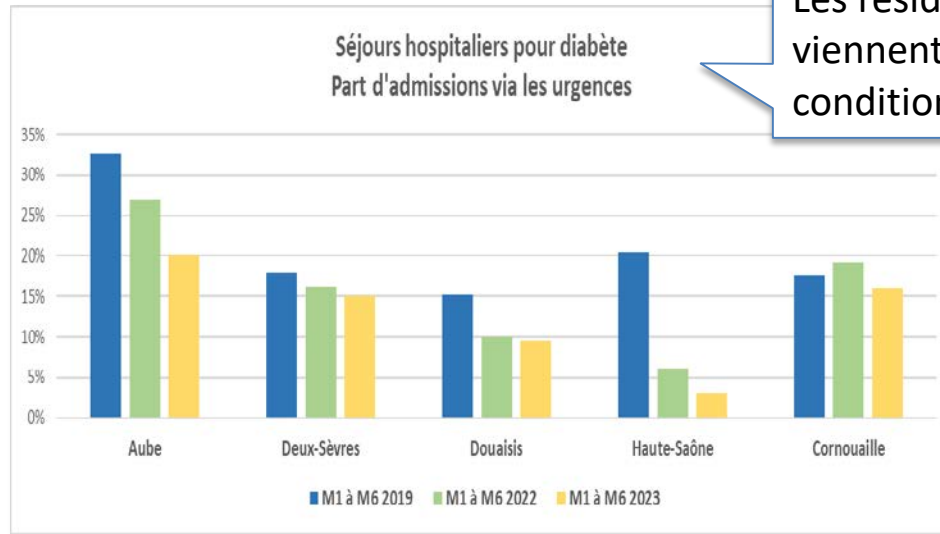
Inclusions IC



623

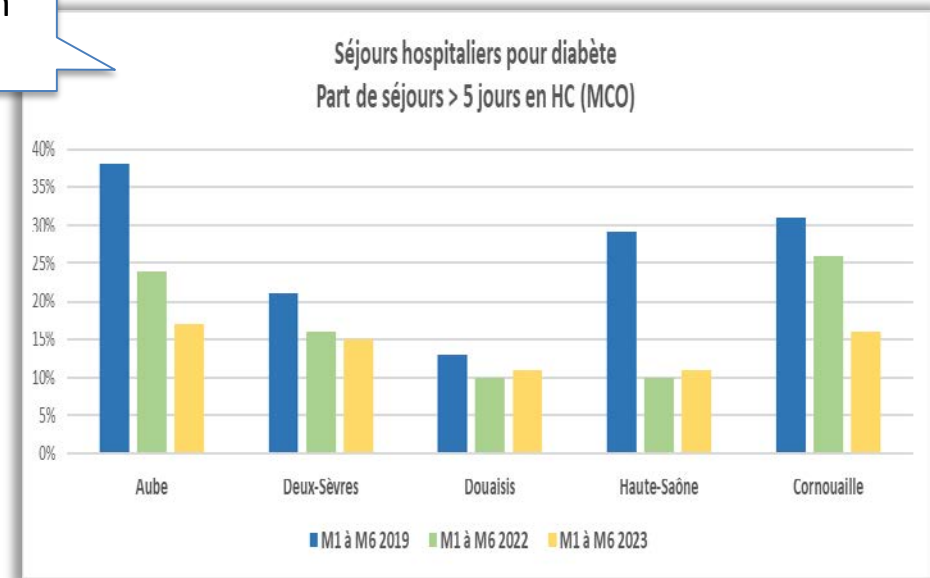
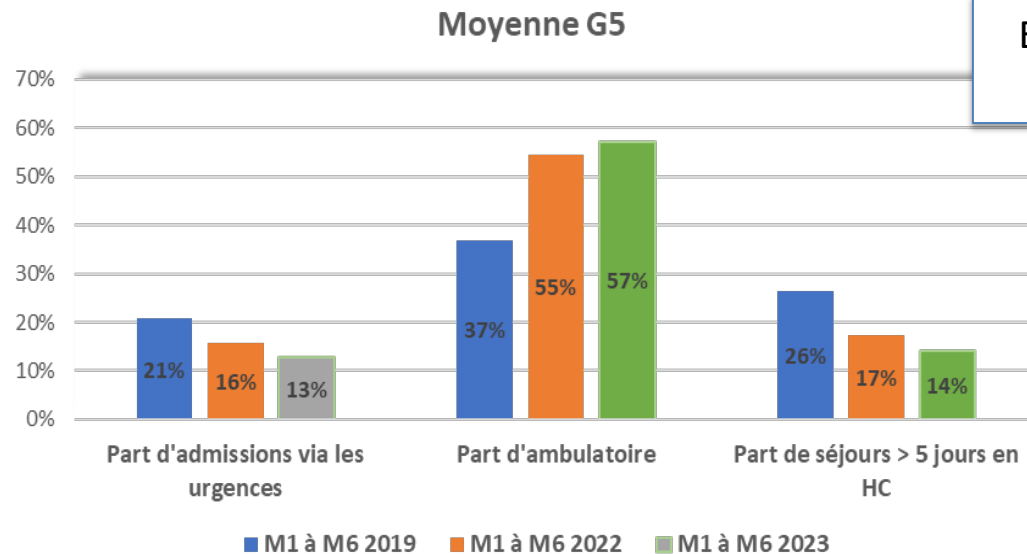
Le bon service...au bon moment

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



... 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	2023 (Trimestres 1-2)	Volume attendu
Séjours pour diabète	559	776 (-27%)	650	476 (+36.6%)
Coût moyen des séjours	2 345 €		1 425€	
Séjours ambulatoires	184	285 (-35.4%)	467	276 (+69.4%)
Taux ambulatoire/séjours	32%	37%	72%	58% (+14%)
Séjours entrés par les urgences	21%		3%	

Une amélioration des services, sans augmentation des coûts

Evolution du taux standardisé* de nouveaux entrants dans la FA pour 1.000 habitants vs taux national



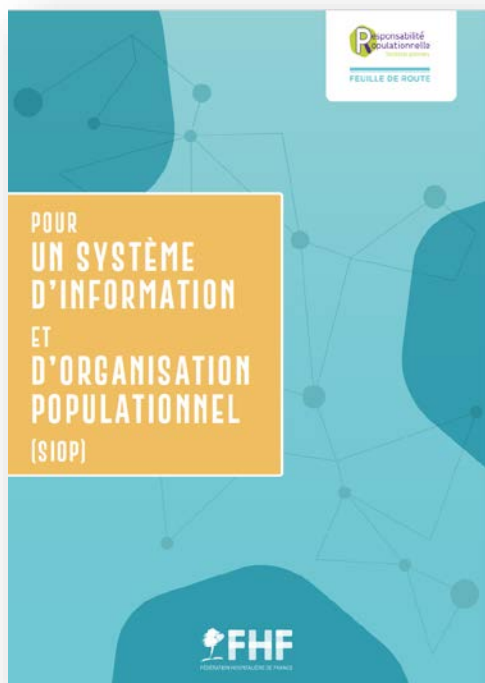
On « trouve » plus de diabétiques

...sans explosion des coûts

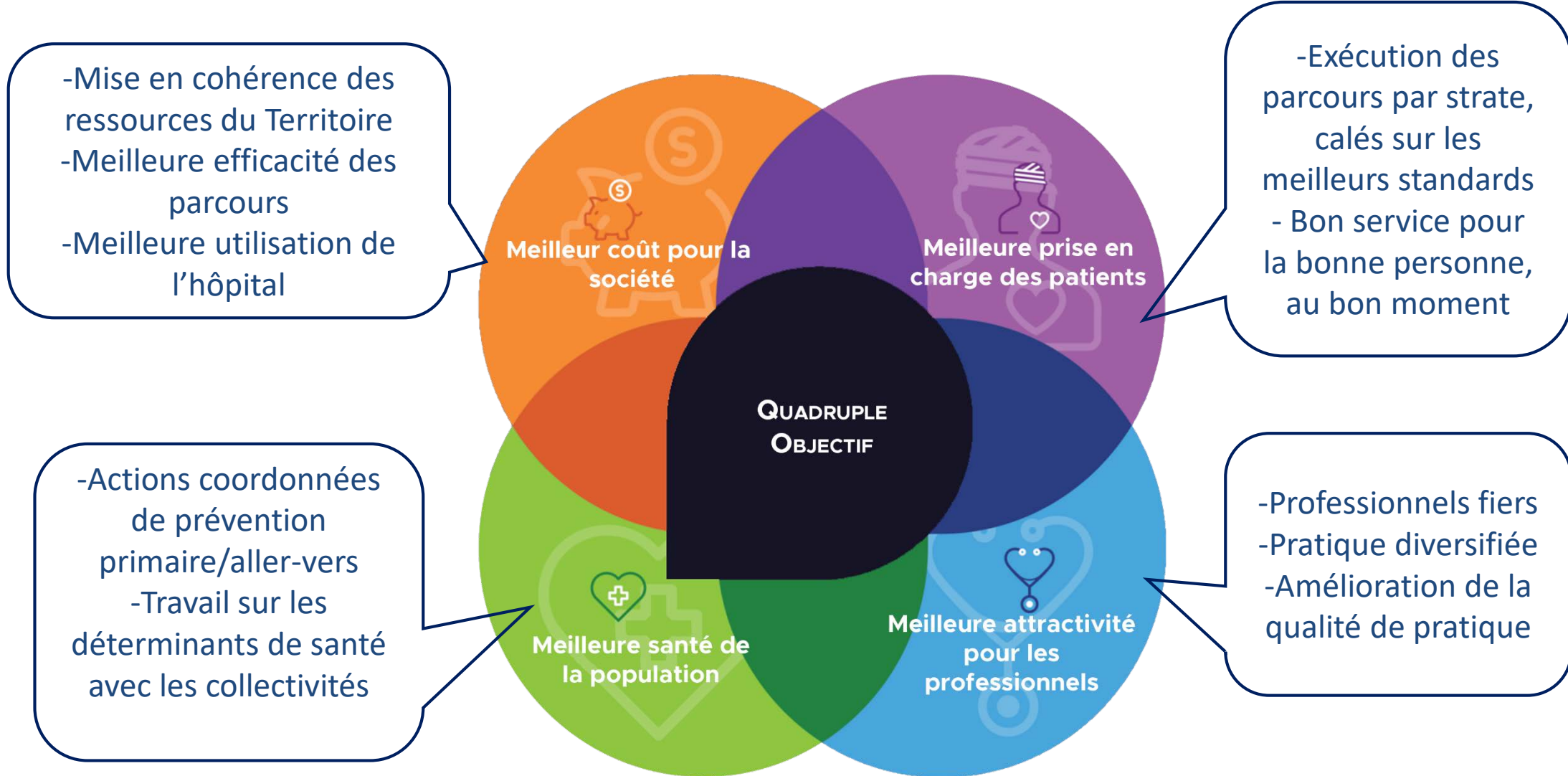
Evolution du coût* standardisé par patient de la file active vs coût national



Apprendre du terrain, pour créer des outils et de la méthodologie



Quadruple Objectif et Responsabilité populationnelle



Les enseignements « feu vert »

- Le modèle *fonctionne* : on constate une forte montée en charge, et on voit de l'impact à l'hôpital, qu'on peut lier par une chaîne causale ***sur des territoires très différents***
- Il parvient à **mobiliser un écosystème** territorial (associations, patients, collectivités, médecine du travail, etc.)
- Le modèle s'insère parfaitement dans d'autres dispositifs, notamment les **projets de santé des CPTS** (il leur permet même de toucher des primes), mais aussi les CLS
- On voit un rôle central des **infirmières**, sous toutes leurs formes (IDE, IDEL, IPA, ASALEE, ISP, Infirmières de coordination, de parcours, etc)...et des **patients** (+++++)
- De l'avis des professionnels, **les profils cliniques et recos/logigrammes sont extrêmement performants** (ex. MG : « *c'est la première fois qu'on va pouvoir mettre en œuvre facilement l'Etat de l'art...* »)
- **Les professionnels (et les patients)** qui travaillent dans le modèle **sont fiers** (« *Cela redonne du sens...* »)
- Le **rapport coûts/impact est imbattable** : 100K€/territoire/an
- Le modèle « s'institutionnalise » : insertion dans les **PMSP**, les PE, les **Projets de Santé des CPTS**...voire les **PRS**
- **De nouveaux Territoires arrivent, hors article 51**

Les enseignements « feu rouge »

- Le programme est **manifestement sous dimensionné** pour la tâche (100K€/an pour 400 000 habitants? + ressources FHF ?). Impossible de mener les deux pathologies de front
- L'Article 51, s'il était nécessaire au début pour stabiliser le groupe et trouver rapidement de l'argent, est clairement un frein : **le modèle belge des pilotes (INTEGREO) est meilleur**
- A un certain stade, les **SI deviennent indispensables** si on veut suivre de grosses cohortes
 - Nécessité impérieuse de plateformes partagées de gestion de population
- Pour le moment, on ne peut pas exploiter le **potentiel des DPI et LGC...**
- La COVID a déstructuré le déploiement
- Même si le modèle est d'abord un modèle clinique, il nécessite l'appui et le soutien des pouvoirs publics

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)
- 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