



PREMIERE RENCONTRE REGIONALE DE LA RESPONSABILITE POPULATIONNELLE DE BRETAGNE 28 JANVIER 2020 - QUIMPER

Le 28 janvier 2020, est organisée la première rencontre régionale de la responsabilité populationnelle en Bretagne par le Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille, établissement support de l'Union Hospitalière de Cornouaille et la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) Union Pour la Santé du pays de Quimper en lien avec la Fédération Hospitalière de France (FHF) et l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) – Médecins Libéraux de Bretagne.

Améliorer la santé d'une population et la prise en charge des patients, au meilleur coût pour la société : voilà le modèle d'intégration clinique fondé sur la Responsabilité populationnelle qui est expérimenté dans 5 territoires volontaires en France rassemblant une population de près de 1,5 millions d'habitants dont le territoire de la Cornouaille.

Les meilleurs systèmes de santé montrent que la performance passe par la capacité à mettre en œuvre le « Triple Objectif » : une meilleure santé pour la population, une meilleure prise en charge de patients au sein de cette population, au meilleur coût pour la société.

Une expérimentation est donc engagée sur un modèle d'intégration *clinique*, adapté au contexte français, et qui s'appuie sur la Responsabilité populationnelle de l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire.

L'ensemble du projet est intégré dans le dispositif de l'article 51 et le volet national « IPEP » (incitation à une prise en charge partagée). Ce cadre permet d'expérimenter un modèle de financement innovant et adapté à la démarche et des outils de mesure des résultats.

1. Un nouveau paradigme d'organisation et de fonctionnement

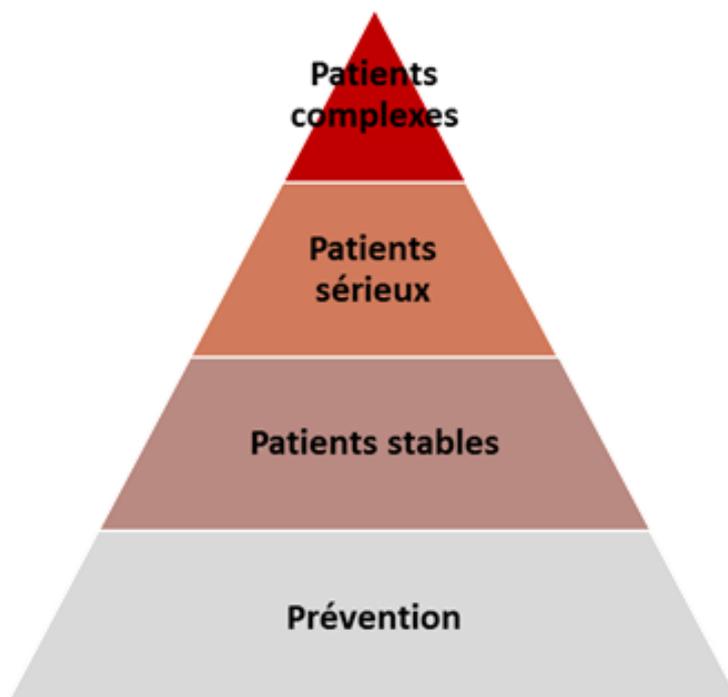
Nos systèmes de santé, conçus en fonction de profils pathologiques aigus et de populations jeunes, font face à une triple transition : épidémiologique, démographie et technologique. Face à ces transitions, un nouveau paradigme d'organisation et de fonctionnement émerge depuis une quinzaine d'année qui repose sur le Triple Objectif pour une population donnée, sur un territoire donné.

En liant prévention, réponse aux besoins de santé et mesure de l'efficacité médico-économique, le Triple Objectif permet d'adopter un cadre guidant l'action des professionnels et des régulateurs. Cette approche incarne une révolution culturelle pour notre système de santé et ses acteurs, sur un territoire donné : elle permet de passer d'une logique curative à une logique préventive et de santé.

A. La connaissance d'une population et de ses besoins

La première étape consiste à choisir une population sur laquelle porteront les actions de l'organisation. Cela peut être la totalité de la population d'un territoire donné, ou des sous-populations de celles-ci (personnes âgées, jeunes, personnes atteintes ou à risque de pathologies chroniques, etc.).

Cette population est ensuite « stratifiée » en fonction de ses besoins, pour permettre à l'organisation de développer des actions. Il s'agit d'éviter que les personnes présentant des facteurs de risque ne développent la pathologie, et d'éviter que les personnes atteintes de la pathologie ne voient leur état se dégrader.



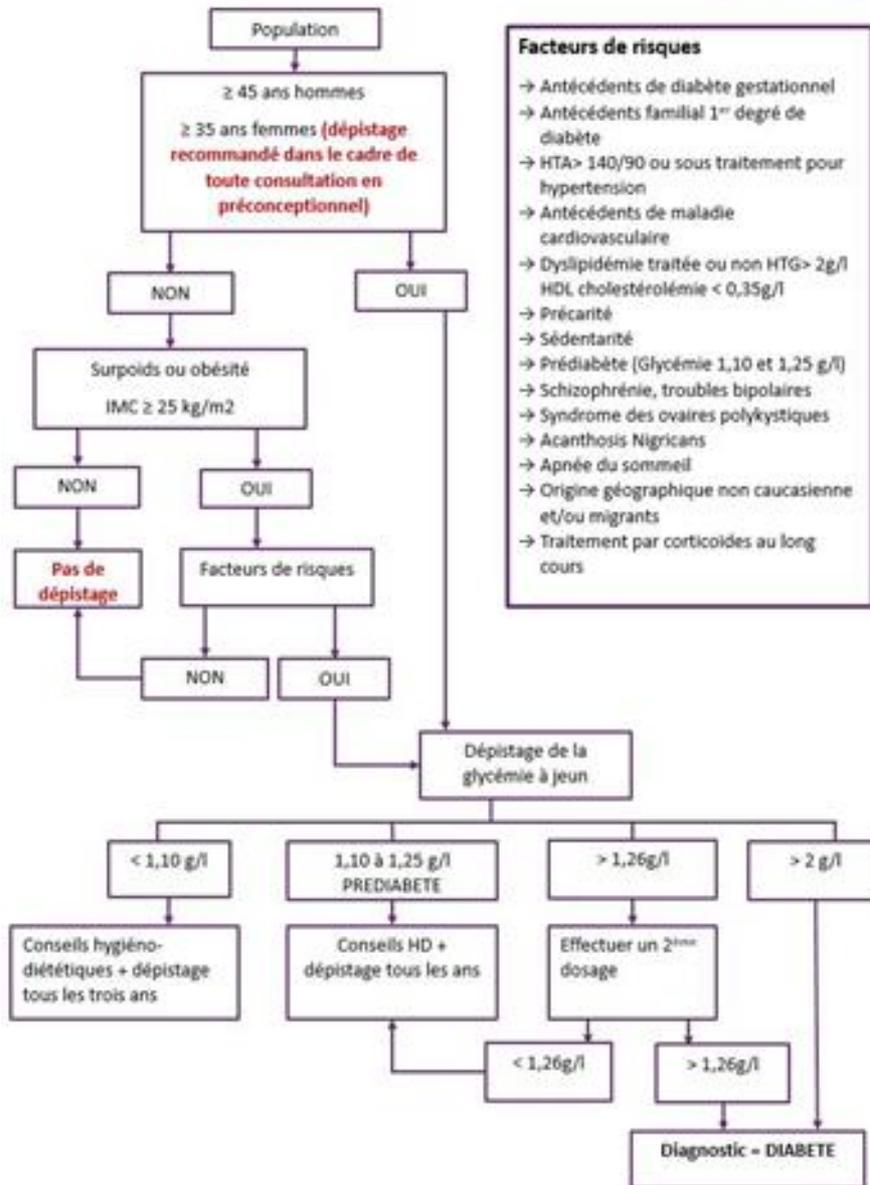
B. Les programmes cliniques

Pour ce faire, **l'organisation développe et met en œuvre un ensemble d'actions propres à chaque strate, en fonction du meilleur savoir disponible : des programmes cliniques.**

Ces programmes impliquent, par leur nature même, la participation d'un ensemble d'acteurs, de façon à répondre à tous les besoins. Chaque personne, en fonction de ses besoins, est assignée à une strate de la pyramide, à laquelle correspond un ensemble d'actions devant être réalisées par les acteurs de santé pour la maintenir en santé et éviter sa progression dans la strate supérieure.

Logigramme 1 : Dépistage tous les trois ans

STRATE 0



DIABETE : Logigramme concernant la strate zéro et le dépistage tous les trois ans

C. Les systèmes d'information

Ces modèles intégrés nécessitent des systèmes d'informations performants, pour connaître les besoins de santé de la population visée, pour permettre le suivi de personnes incluses dans les programmes, voire pour effectuer un suivi médico-économique du système. **De très nombreux systèmes utilisent des plateformes de gestion de la population**, qui permettent à la fois de suggérer l'inclusion d'une personne dans un programme en fonction de ses besoins, de proposer les actions correspondant à la strate où se situe la personne, et de suivre son exécution. Ces plateformes sont capables de lier des données cliniques (par ex. le niveau d'HbA1c – hémoglobine glyquée) et des actions à exécuter.

D. De nouveaux types d'organisation

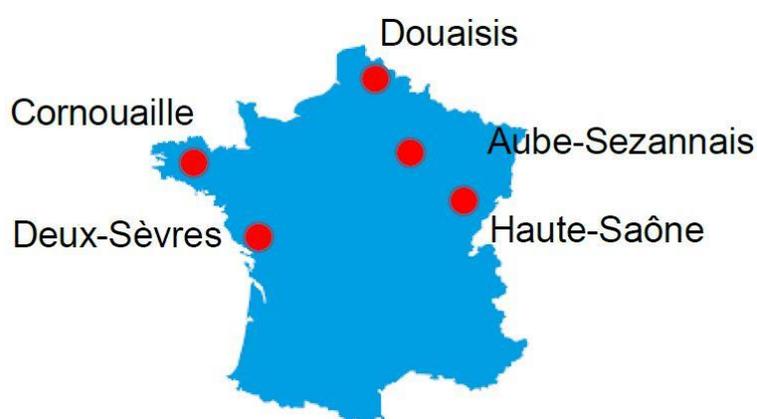
Cette approche nécessite un haut niveau d'intégration. Certaines des organisations les plus performantes sont totalement intégrées, comme Kaiser. Mais d'autres modèles émergent, visant à **faire travailler comme un système clinique unique un ensemble d'acteurs juridiquement indépendants** : c'est notamment le cas des ACO américains, qui se développent aussi au Royaume-Unis, mais aussi du programme belge INTEGREGO et des Réseaux locaux de service au Québec.

2. Un modèle d'intégration clinique propre à la France : l'expérience des territoires « Pionniers de la Responsabilité populationnelle » dont le territoire de Cornouaille

Compte-tenu des spécificités de notre système de santé, viser un modèle structurellement intégré serait illusoire. C'est pourquoi la FHF a développé un modèle d'intégration clinique fondé sur la Responsabilité populationnelle. Ce concept, importé du Québec, insiste sur **la responsabilité partagée de l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire à l'égard de la santé d'une population et de la bonne prise en charge des patients**.

Ainsi, le patient n'est plus le patient « de l'hôpital » ou « du médecin », mais bien une personne dont les acteurs de santé sont collectivement responsables. Il s'agit d'une responsabilité éthique et professionnelle, ce qui remet le métier et l'expertise de chacun au cœur de la démarche. Le concept rencontre un écho fort sur le terrain et a démontré son efficacité pour fédérer et susciter l'engagement des acteurs pour mieux prévenir, mieux soigner, et garantir des parcours optimisés.

Cinq territoires pionniers, deux populations communes



Pour tester le modèle, **cinq territoires ont été volontaires (l'Aube et le Sézannais, la Cornouaille, les Deux-Sèvres, le Douaisis et la Haute-Saône), rassemblant au total près de 1.5 millions d'habitants.**

Ces cinq territoires travaillent de concert sur deux populations : les personnes atteintes ou à risque de diabète de type 2 ou d'insuffisance cardiaque.

Les GHT de ces cinq territoires ont été à l'origine de la démarche et en assument les aspects opérationnels et logistiques, qui sont très prenants.

Néanmoins, la démarche se fait dans un partenariat d'égal à égal avec les acteurs de ville (professionnels de santé médicaux et non médicaux), qui sont très demandeurs. Ainsi, la gouvernance de la démarche, sur le terrain, est assurée par des organisations mixtes ville/hôpital : CPTS, GCS ou association.

En Cornouaille, la démarche est initiée par l'Union Hospitalière de Cornouaille et son établissement support le CH de Quimper et la CPTS Union Pour la Santé du pays de Quimper qui sont partenaires dans une structure commune le « Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) « Alliance Cornouaille Santé ».

L'ensemble de la démarche repose sur la notion d'intégration clinique, ce qui implique qu'elle **s'adresse en priorité aux cliniciens**. L'ensemble des outils et méthodes développés visent à permettre à ces cliniciens de mieux faire leur travail, et surtout à leur permettre de développer et mettre en œuvre des actions correspondant aux besoins réels des populations de leurs territoires.

Des méthodes de travail adaptées par la constitution de réunions cliniques

Les cinq territoires ont adopté la même méthode de travail, qui vise à faire élaborer, par les acteurs de santé, des programmes cliniques adaptés à leur population et visant le Triple Objectif.

Ce travail s'est effectué à l'occasion de « réunions cliniques », réunissant un large éventail d'acteurs de santé (de la médecine scolaire aux services de l'hôpital en passant par les médecins généralistes) pour leur faire élaborer leurs propres programmes.

La méthode s'appuie sur l'analyse des données de population, des recommandations de bonnes pratiques et enfin des ressources disponibles sur le terrain. A partir de ces trois ingrédients, les cliniciens se mettent d'accord sur des actions visant à mettre en œuvre les recommandations, en fonctions des ressources.

En Cornouaille, les réunions, d'une durée de deux heures, se sont déroulées durant toute l'année 2019 : 5 réunions sur le diabète et 3 sur l'insuffisance cardiaque. Diabète : entre 15 et 20 participants selon les réunions.

Les réunions étaient composées d'acteurs de santé avec le souhait de garantir une pluridisciplinarité. Aussi, ont participé à ces rencontres : diabétologues – cardiologues – médecins généralistes – médecin du sport et de rééducation – médecins spécialistes des Activités Sportives Adaptées (APA) – médecins tabacologues et PASS – pharmaciens libéraux et hospitaliers – diététiciens – kinés – assistantes sociales – conseillère technique de l'inspection académique – Usagers – IDE libérales et hospitalières – cadres de santé – responsable d'un Contrat local de santé.

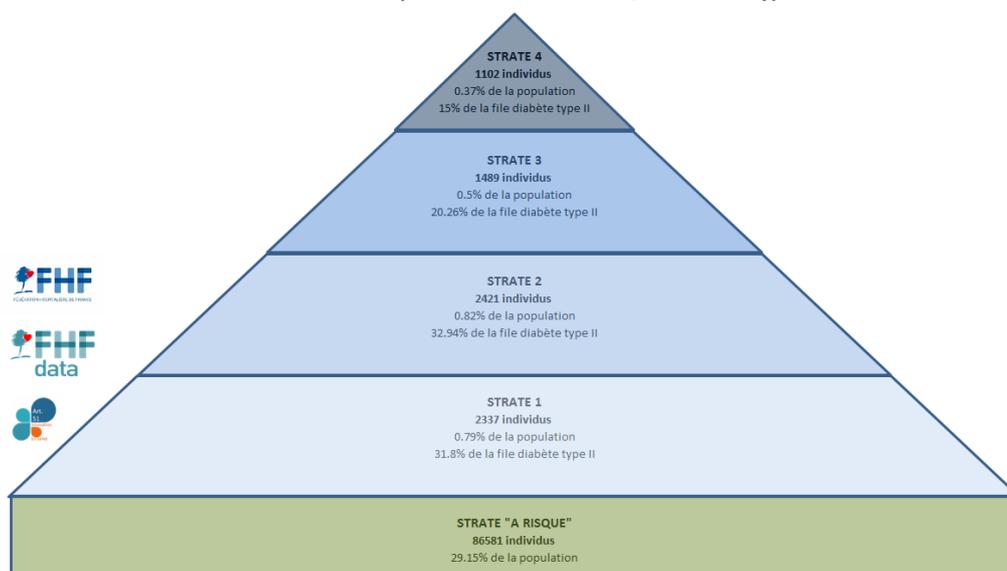
Des outils novateurs

L'ensemble des outils et des méthodes nécessaires au déploiement d'une approche populationnelle étaient à inventer en France. Ce travail a été accompli depuis un an en mobilisant les ressources des cinq territoires, celles de la FHF, et celles des partenaires, dont l'Institut National d'Excellence en Santé et Services Sociaux du Québec (INESSS).

A été ainsi développée une approche novatrice permettant de « créer » des territoires de santé, puis de repérer parmi les résidents de ces territoires ceux qui constituent les populations de références.

Cela permet de produire, à destination des cliniciens, l'ensemble de données populationnelles le plus complet qu'ils n'aient jamais eu. La capacité à repérer des populations permet de stratifier celles-ci en fonction de leurs besoins, donnant ainsi aux acteurs de santé des territoires un outil opérationnel puissant. Ainsi, pour la Cornouaille, les données ont permis d'évaluer la population concernée par le dispositif sur le diabète.

Parcelle Union-hospitaliere-de-Cornouaille, diabète de type II



Sources : PMSI 2013-2017 Atih, INSEE, FHF data

Avec les sociétés savantes, des algorithmes simplifiés de prise en charge sont développés. Enfin, en collaboration avec l'INESSS, ont été formés 25 professionnels de santé à la méthode d'animation COMPAS+, utilisée avec succès au Québec pour répondre au même objectif.

Des logigrammes ont également été construits avec les sociétés savantes sur les parcours des patients en fonction de la stratification. Ceux-ci ont ensuite été travaillés par les cliniciens dans les territoires afin que les propositions collent avec les ressources disponibles du territoire.

C'est ainsi que, pour la Cornouaille, sur la partie diabète, des parcours cliniques ont été travaillés la strate zéro à partir du logigramme national.

DIABETE

4 réunions

STRATE 0 - Objectifs : Proposer à la population présentant des facteurs de risques de rentrer dans un parcours de dépistage

Logigramme 1 - 2

Actions envisagées	Dispositif prévu	Enjeux de faisabilité
<i>Information des professionnels du territoire et la population : présentation du dispositif</i>	<i>Communication Ville - Hôpital - écoles...</i>	Au niveau local : équipe à la rencontre des publics visés Outils à élaborer : plaquette information - affiches santé publique... Campagne nationale de sensibilisation....
Repérer la population : hommes et femmes > 45 ans et femmes > 35 ans dans le cadre des consultations préconceptionnelles la population IMC \geq 25 kg/m ² avec facteurs de risques	Qui repère ? Médecin libéraux - traitants Infirmière libérales Médecin du travail Médecins et IDE scolaires Sages-femmes	Dispositif pouvant évoluer suivant l'évaluation
Prescrire le bilan biologique : glycémie à jeun	Le patient repéré consulte son médecin (prescripteur) et recueil des résultats Dépistage à renouveler selon les résultats biologiques : glycémie > 1,26g/l : 2ème dosage	Prescription et réalisation de la glycémie à jeun par IDE libérale ?
Accueillir l'usager et inscription dans le programme	Transmission des résultats labo et orientation vers IDE de coordination de parcours : Accueil et inscription dans le programme Recueil du consentement du patient Organisation du suivi...	Recrutement IDE de coordination de parcours : fiche de poste
Eduquer les patients : conseil hygiéno - diététiques et éducation en Santé	Programmation de RDV pluridisciplinaires : diététicienne - APA +/- médecin du sport - tabacologue - assistante sociale - IDE éducation en santé dans un même lieu : pôle de santé publique (rencontres des professionnels regroupés) et sur le territoire : acteurs de santé participants au programme Retour des résultats au médecin traitant	Professionnels regroupés seulement sur le pôle de Santé Publique à ce jour. Évolution possibles dans des maisons médicales ? Quel financement ? Financement au parcours préventif non élaboré Financement des professionnels libéraux qui participent au programme : médecin traitant et diététicien - assistante sociale... ?
Dépistage à renouveler selon les résultats biologiques : glycémie < 1,10g/l : dépistage tous les 3 ans glycémie de 1,10 à 1,25g/l : dépistage tous les ans glycémie < 1,26g/l (au 2ème dosage) : dépistage tous les ans	Même process	Pérennisation des programmes / financement
2ème dosage glycémie > 2g/l : diagnostic de diabète Identificatiopn du type de diabète	Suivi par médecin traitant et/ou diabétologue	
Diabète gestationnel	Même process et suivi par le médecin traitant et les gynécologues et sages- femmes	

3. Des partenaires indispensables à la réussite de l'expérimentation

Du point de vue national, la démarche d'intégration clinique basée sur la Responsabilité populationnelle est porteuse d'espoir, facteur de motivation pour les professionnels. Elle permet de redonner du sens au travail et de rendre opérationnels une série de dispositifs visant à mieux coordonner les acteurs. **Elle réoriente l'action de notre système vers la prévention et la santé et permet de viser l'efficacité sanitaire.**

Dans l'immédiat, il apparaît que des enjeux existent à deux niveaux : rendre possible la généralisation de l'approche et assurer le succès de l'expérimentation en cours.

Ainsi, **les ARS** peuvent jouer un rôle important dans la démarche, en impulsant, sans toutefois se substituer aux cliniciens. Elles peuvent en effet apporter plusieurs types de ressources cruciales pour permettre aux acteurs de bien travailler : financements – ingénierie organisationnelle – système d'information..... car, en pratique, cette approche constitue la déclinaison opérationnelle des projets territoriaux de santé.

L'Assurance Maladie est également un acteur incontournable dans le dispositif en permettant un accès aux données et en facilitant le travail des acteurs de santé.

D'autres partenaires doivent également être parties prenantes comme **l'Education Nationale** mais également les **collectivités territoriales**.

Un gros travail doit ainsi être réalisé en parallèle des travaux des cliniciens pour diffuser l'expérimentation au-delà des seuls acteurs de la santé.

D'ores et déjà, la démarche appliquée sur les deux populations (Diabète et Insuffisance Cardiaque) est reconnue par le Ministère de la Santé puisqu'elle est intégrée dans le volet IPEP de l'article 51. En effet, le modèle IPEP permet la redistribution aux acteurs d'une partie des économies générées sur les dépenses, en maintenant les modes principaux de rémunération. L'expérience du Groupe pourrait être riche d'enseignement dans le cadre des réflexions sur les nouveaux modèles de financement.