

Mettre en œuvre la Responsabilité populationnelle



Le désaccord

- Systèmes conçus pour des populations jeunes

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

- Des épisodes aigus et limités dans le temps

Explosions des pathologies chroniques

- Nécessitant peu de coordination

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

- Essentiellement réactifs

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

- Médico centrés

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

- Hospitalo-centrés et hautement techniques

Interventions coûteuses avec impact limité sur la santé de la population

Un impact massif sur nos établissements

Diabète de type 2

France (2023)

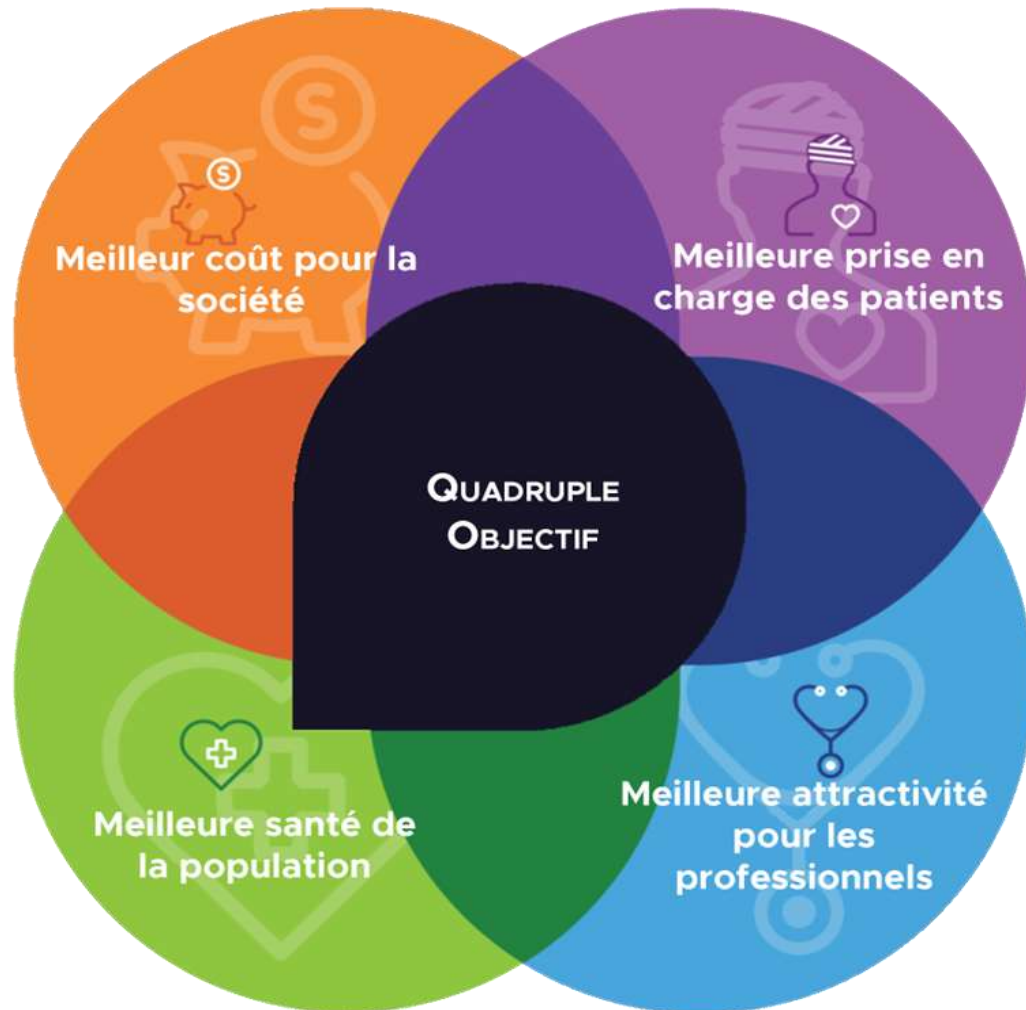
- 1 979 870 personnes identifiées
- 52,8% ont eu au moins un séjour MCO à l'hôpital
- 2 291 654 séjours
- 28,8% de ces séjours sont arrivés par les urgences : 659 996 séjours....
- 13 008 personnes amputées (0,63%)
- 12 821M€ en coûts d'hospitalisation
- Soit 6 194€ en moyenne par patients

Insuffisance cardiaque

France (2023)

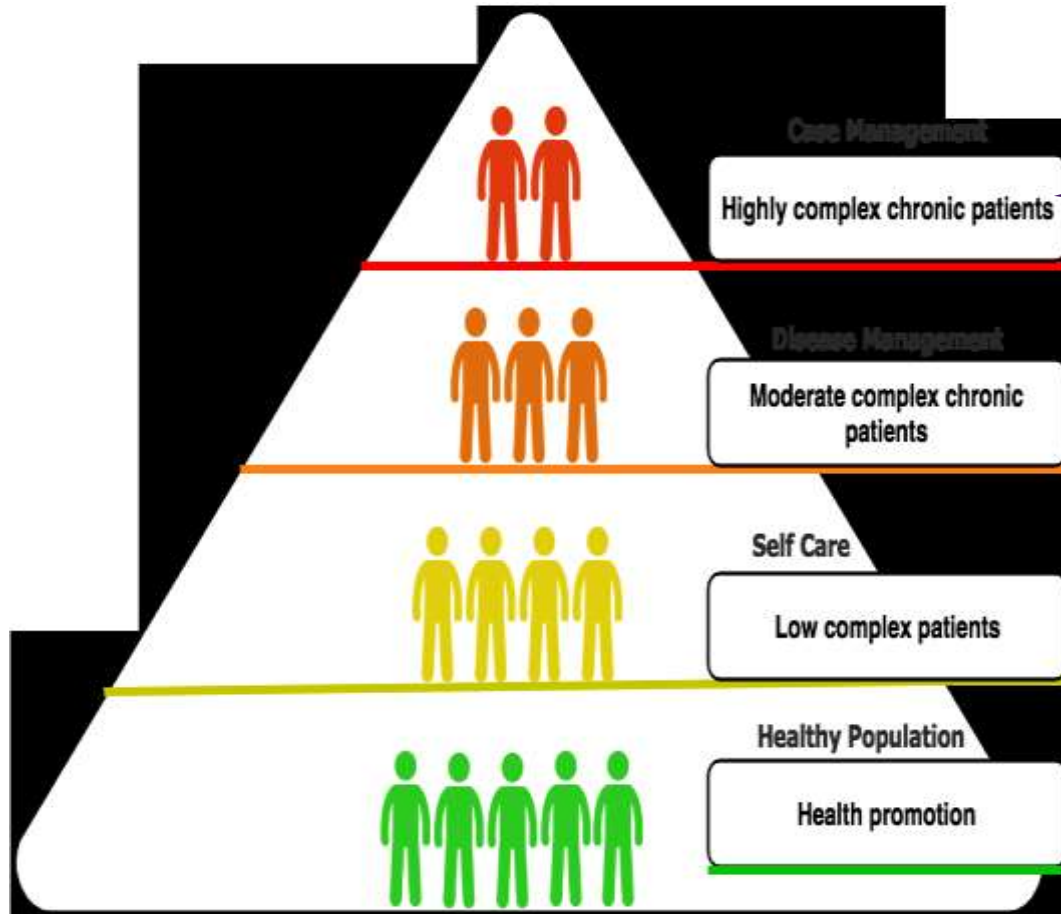
- 1 113 533 personnes identifiées
- 57,2% ont eu au moins un séjour MCO à l'hôpital
- 1 683 245 séjours
- 40,9% de ces séjours sont arrivés par les urgences
- 11 560 M€ en coûts d'hospitalisation
- Soit 9 361€ en moyenne par patient

Viser le Quadruple 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

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
pathologies 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
- Elargissement du cercle des
intervenants

Une dynamique mondiale



Un pionnier dans l'intégration : le pays basque

2010 : « Strategy to Tackle the Challenge of Chronicity in the Basque Country »



- Système de santé espagnol régionalisé
- 2,7 millions habitants
- Système de santé « national », financé par l'impôt
- Ministère de la Santé planifie
- OSAKIDETZA est l'opérateur public

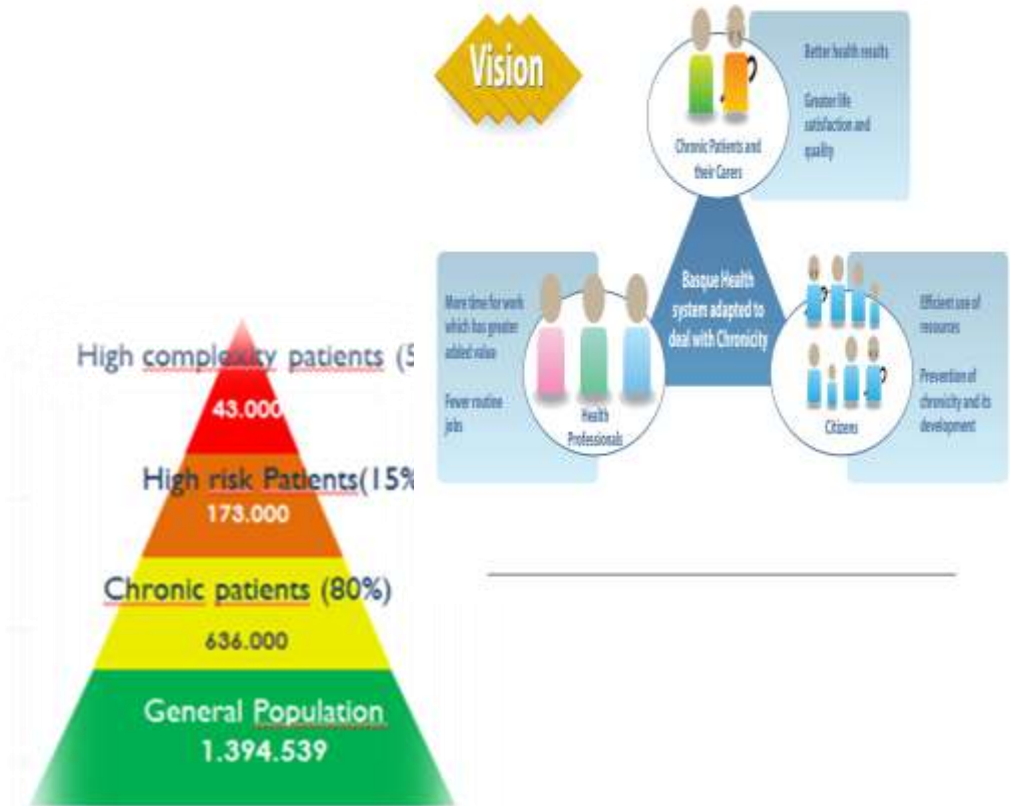
Table 10: Policies

Health care for chronic patients will change with the introduction of five strategic policies



Table 9: Vision of Strategy for Chronic Illnesses

The Strategy for Chronic Illnesses aspires to substantially improve the lives of patients and carers, health professionals and citizens



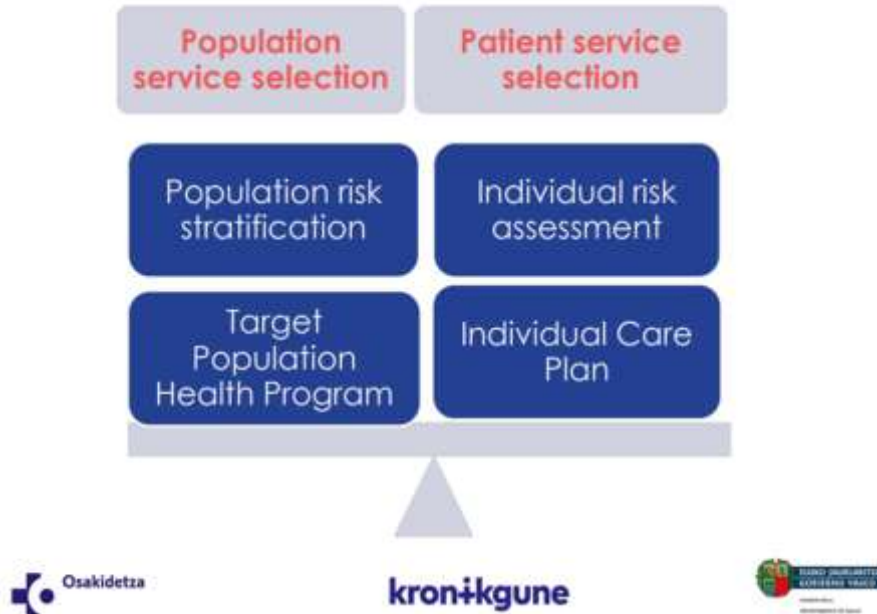
En pratique



Architecture organisationnelle depuis 2015

- 13 « **Organisations de santé intégrées** » (IHO)
- Regroupant dans une organisation unique les soins primaires et les hôpitaux
- Populations de 30 à 400 000 habitants
- Financement unique pour l'ensemble
- **Stratégie nationale de santé** pour définir les priorités collectives

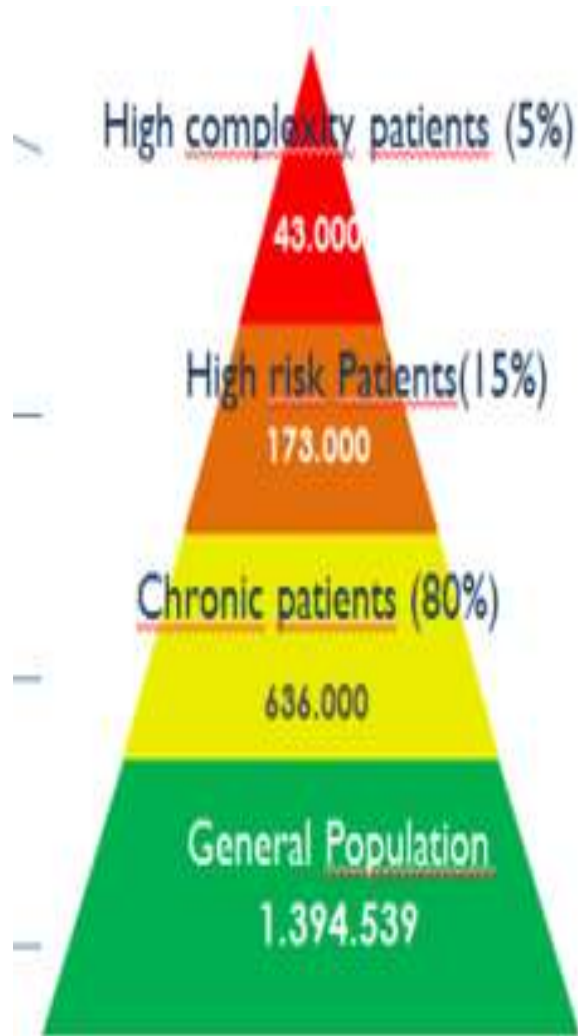
Risk stratification and Service selection



Approche du changement

- Chaque IHO développe sa **propre stratégie de santé**, en se basant sur les priorités nationales et une stratification nationale des besoins de santé
- Chaque IHO développe **des parcours cliniques intégrés**, allant de la prévention jusqu'aux patients complexes
- Accent mis sur **l'autonomisation du patient**/de la personne et le maintien dans la communauté
- Chaque IHO met sur pied des **comités cliniques et techniques mixtes** pour développer de nouveaux parcours, interventions, bonnes pratiques et assurer leurs transferts dans les pratiques cliniques
- Encouragement aux **équipes locales** pour développer des initiatives et faciliter leur généralisation

De la stratification...aux « parcours territoriaux »

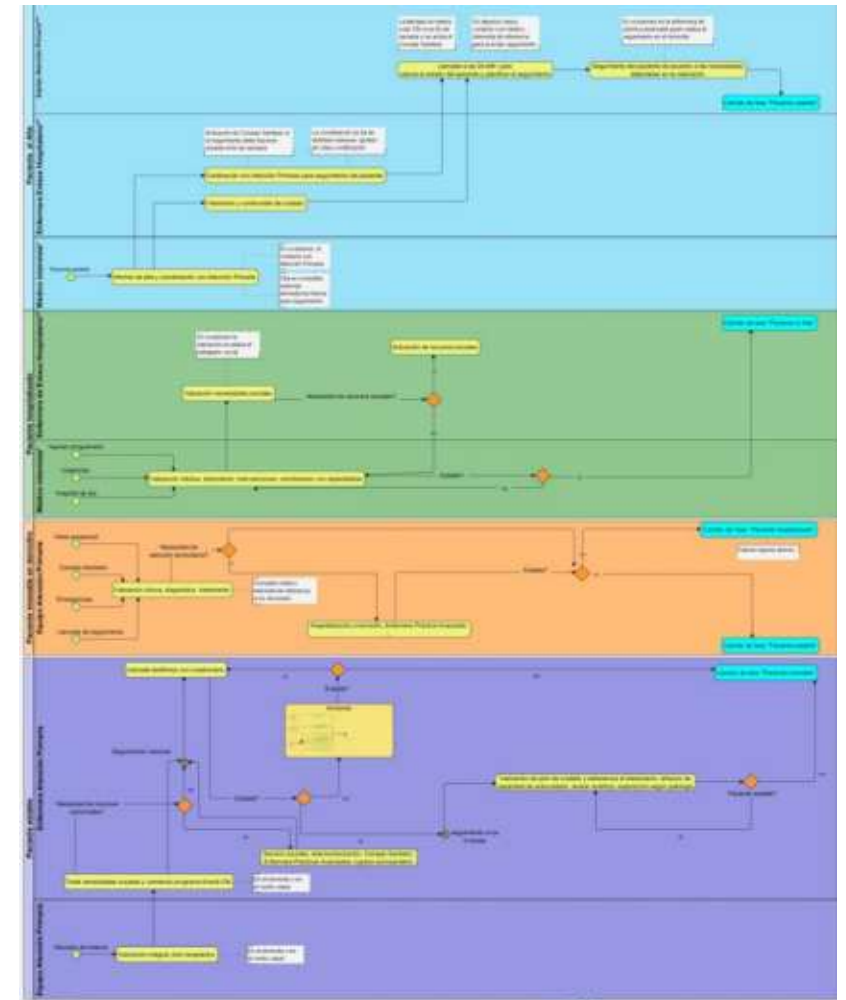


Patients
polypathologiques âgés

Suivi renforcé
« spécialisé »

Suivi renforcé à
dominante ambulatoire

Patients « stables »



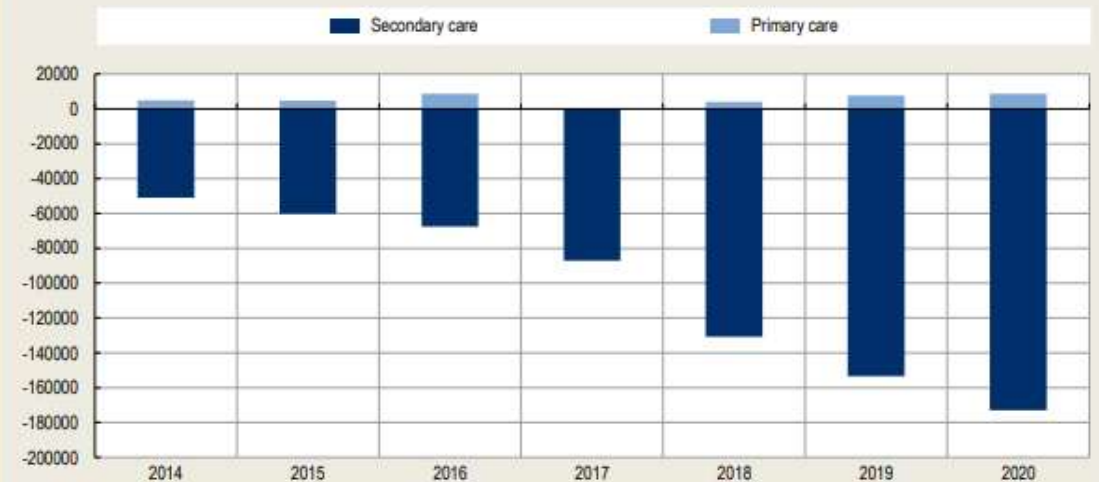
Quel impact ?

The Basque Country's integrated care model increases primary care contacts and reduces hospitalisations. A primary objective of the Basque Country's integrated care model is to keep patients in a stable condition for longer. This is measured by comparing utilisation of healthcare services between those who have and have not accessed the integrated care model. Results from recent studies show patients who access this model of care are more likely to access primary care and less likely to be hospitalised:

- Mateo-Abad et al. (2020^[4]) using data from a control and intervention group found those in the latter:
 - had a higher number of contacts with their GP (via phone) per year (6.7 versus 3.6 in the control group, $p=0.002$) (results for face-to-face visits were not statistically significant)
 - had a lower number of hospitalisations per year (1.6 versus 2.3 in the control group, $p=0.008$)
 - had a lower number of emergency visits per year (0.3 versus 1.3 in the control group, $p<0.001$)
 - [These results align with a similar study by Mateo-Abad et al. (2020^[5]), which included data from five other European regions operating comparable models.]²
- Soto-Gordea et al. (2018^[2]) also using data from a control and intervention group found those in the latter:
 - were twice as likely to make contact with primary care
 - had 7% more contacts with primary care
 - had a 9% lower probability of being hospitalised
 - recorded a 4% lower hospitalisation rate.

Patient and provider experiences of the integrated care model are largely positive. Healthcare professionals, patients and carers who participated in the integrated care model provided largely positive feedback – for example, health professionals felt more alert and watchful, while patients felt they received more co-ordinated care and that management of information improved (Mateo-Abad et al., 2020^[4]). Qualitative feedback from patients in a study examining the same model of care across multiple regions in Europe³ however recorded mixed results – for example, patients felt health professionals understood them better, yet they also felt less supported from health and social institutions (Mateo-Abad et al., 2020^[5]).

Figure 6.1. Estimated impact of the integrated care model on healthcare expenditure – scenario analysis (2013-20)

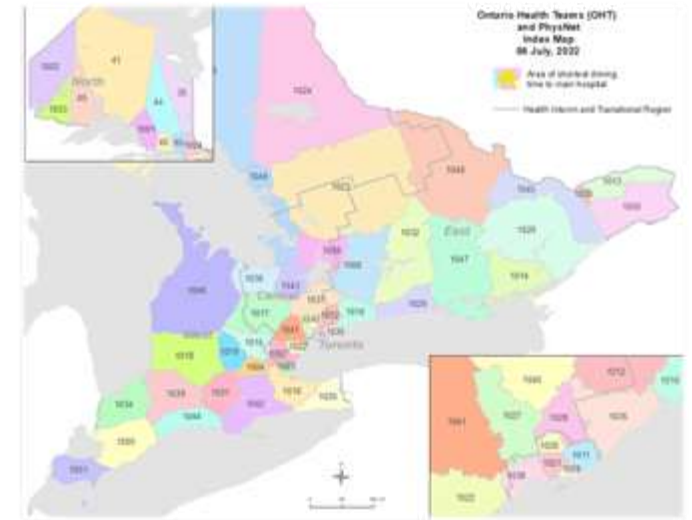


Note: The figures are not cumulative, rather they represent estimated annual changes in expenditure. The baseline year is 2013.
Source: Soto-Gordea (2017^[6]), "Incorporating Budget Impact Analysis in the Implementation of Complex Interventions: A Case of an Integrated Intervention for Multimorbid Patients within the CareWell Study", <https://doi.org/10.1016/j.jval.2016.08.002>.



L'Ontario (Canada)

- En 2023, 57 « Equipes Santé Ontario » avaient été approuvées par l'Agence Santé Ontario, couvrant plus de 90% de la population ontarienne
- Couvrant une population de **plus de 800 000 habitants** en zone urbaine, à **50 000** en zone rurale
- Toutes ESO devront développer des programmes cliniques intégrés pour les populations suivantes
 - Insuffisance cardiaque, Diabète, BPCO, AVC
- La **gouvernance** des ESO devra systématiquement inclure : des prestataires de **soins primaires**, des prestataires de **soins à domicile** et en milieu communautaire, des **hôpitaux publics**, des prestataires en santé mentale et toxicomanie, des **patients et familles**, des médecins et cliniciens
- Toutes les ESO devront mettre sur pied des « **équipes soutien** » (FSO), chargés de : la communication, la gestion de projets, la gestion des achats, la gestion financière, l'aide à la décision et l'analyse



*Ontario Health is strongly committed to the four objectives that the **Quadruple Aim** set for the design and delivery of an effective health care system: Improving patient experience; improving population health outcomes; achieving better value; and improving front-line provider experience*

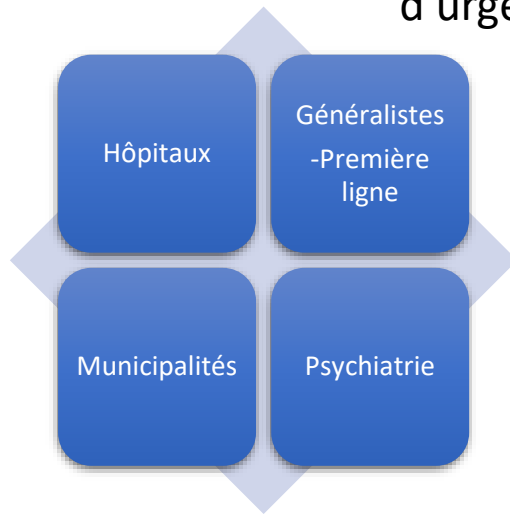
-Plan stratégique 2022-2023, Santé Ontario



Le Danemark : les « Clusters de Santé »

Création de 21 « Cluster de Santé »
(*Health Cluster, sundhedsklynger*)

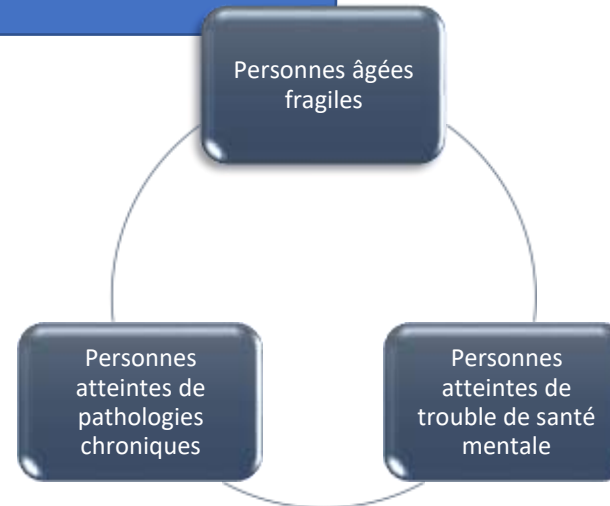
- Autour de chacun des 21 hôpitaux majeurs, disposant de services d'urgence (4-5 cluster par région)



Gouvernance stratégique unique

Comités cliniques conjoints

- Concevoir et déployer en commun des parcours clinique intégrés, en proximité
- Concevoir et mettre en œuvre des projets communs et des programmes de prévention communs
- Mettre en œuvre et suivre localement des priorités nationales



Objectifs

- Renforcer davantage le suivi des pathologies chroniques en ville, dans un contexte de pénurie de MG, en mobilisant mieux les ressources hospitalières, notamment en lui permettant de se projeter hors les murs, en appui à la première ligne de services
- Remédier à la fragmentation du leadership entre régions...municipalités et médecins généralistes qui sont des professionnels libéraux organisés dans une convention nationale déléguée aux régions

Gesundes Kinzigtal : le « Triple Objectif » en Allemagne



*“Since 2006 the Gesundes Kinzigtal (GK) model has demonstrated how a people-centred focus on **population health management** can lead to significant gains in achieving the **Triple Aim** of better population health, improved experience of care, and reduced per capita costs.”*

Groene et al. 2016



©OptimedisAG

*« The Gesundes Kinzigtal Integrated Care initiative is a population-based integrated care system **that covers all sectors and indications of care for members of two statutory health insurers in the Kinzigtal region of Germany** »*

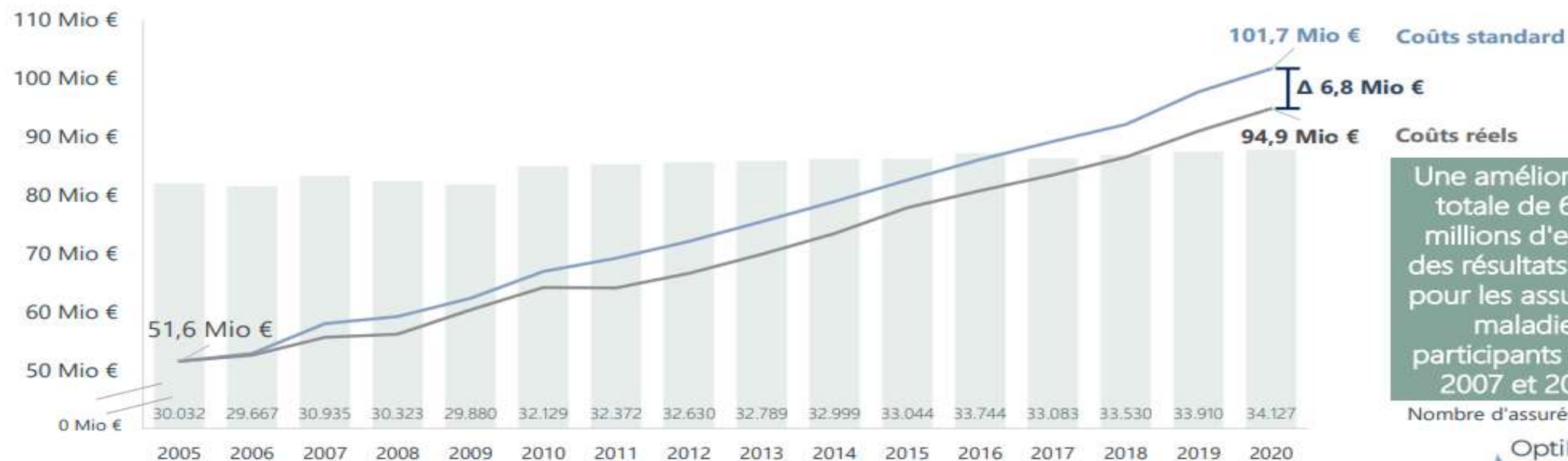
- Créé en 2006
- Le modèle lie :
 - Les associations de médecins locales et les hôpitaux
- Un « intégrateur », qui sert de soutien au programme : Optimedis AG
 - Il « couvre » plus de 30 000 personnes dans la vallée de Kinzigtal.

Lano (2013), EuroHealth, Vol.19,
n°2

Est-ce que cela fonctionne ?

Impact financière: l'économie générée à travers d'un parcours de soin optimisé, la prévention secondaire et tertiaire, une plus forte capacité autogestion du patient et l'équité d'accès au soin

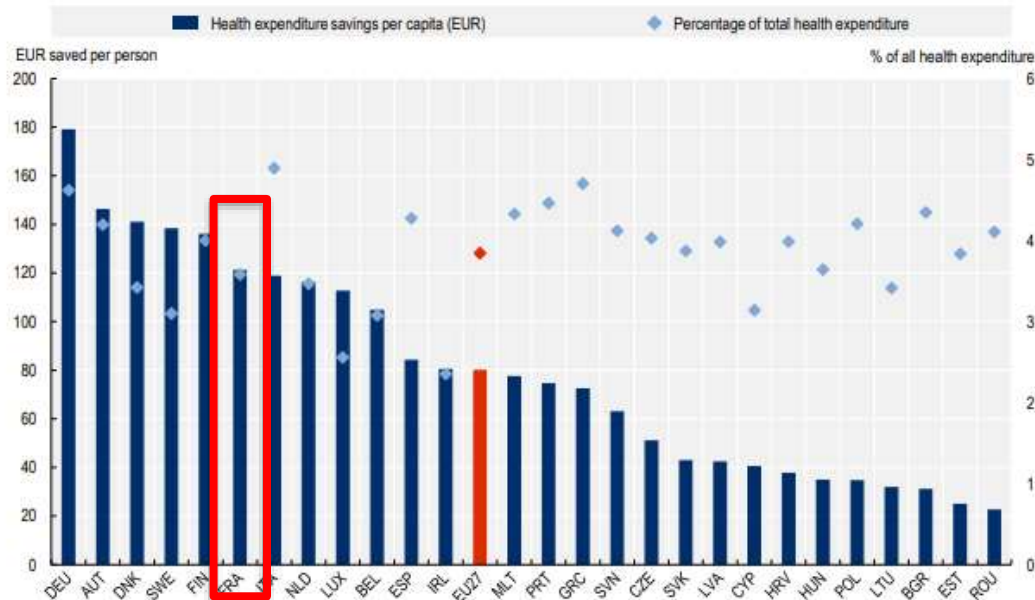
Évolution des coûts standard des soins de santé, des coûts réels et du nombre d'assurés par l'AOK et la SVLFG dans la "Gesundes Kinzigtal"



Une amélioration totale de 66,7 millions d'euros des résultats bruts pour les assureurs maladie participants entre 2007 et 2020

Ce qu'il est possible d'espérer : Optimedis AG/Gesundes Kinzigtal

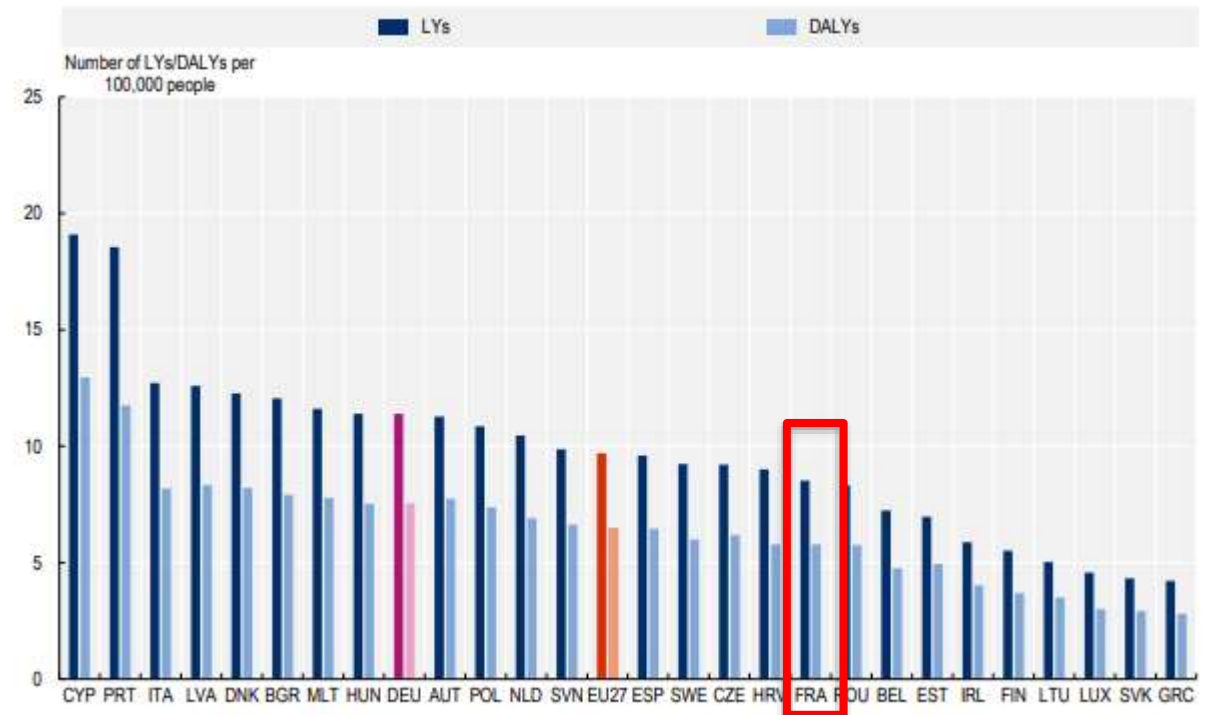
Figure 3.5. Health expenditure (HE) savings as a percentage of total HE and per capita (EUR), average 2022-50 – OptiMedis, EU27 countries



Note: Per capita costs reflect the population aged 20 years and over.

Source: OECD analysis based on neural networks and OECD's SPHeP-NCD microsimulation model.

Figure 3.3. LYs and DALYs gained per 100 000 people, 2022-50 – OptiMedis, EU27 countries



Source: OECD analysis based on neural networks and OECD's SPHeP-NCD microsimulation model.

- Le modèle Optimedis est probablement le plus proche de la réalité française
- Leur site régional « Gesundes Kinzigtal » a fait l'objet d'une évaluation OCDE en 2023



Retour en France....

- La France doit engager le mouvement vers un système de santé *territorialisé, intégré et orienté vers le maintien en santé*
- Compte-tenu de l'extrême éclatement du système, un *principe unificateur* est nécessaire
- Qu'est-ce qui réunit tous les acteurs de santé, au delà de leur statut, de leur lieu d'exercice, de leur profession ?
- C'est la part qu'ils ont à jouer dans le maintien en santé d'une personne et d'une population, dans un système interdépendant
- Donc....
 - La Responsabilité populationnelle
 - Mais que fait-on ensuite ?



Le « GPRP »

En janvier 2018, mise sur pied d'un groupe de 5 GHT « pionnier », au départ pour échanger sur des bonnes pratiques (Aube, Cornouaille, Deux-Sèvres, Douaisis, Haute-Saône)

Puis, décision d'utiliser ce groupe pour développer et tester un modèle d'intégration clinique de type

RP

Les objectifs du modèle

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**



En pratique...

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)

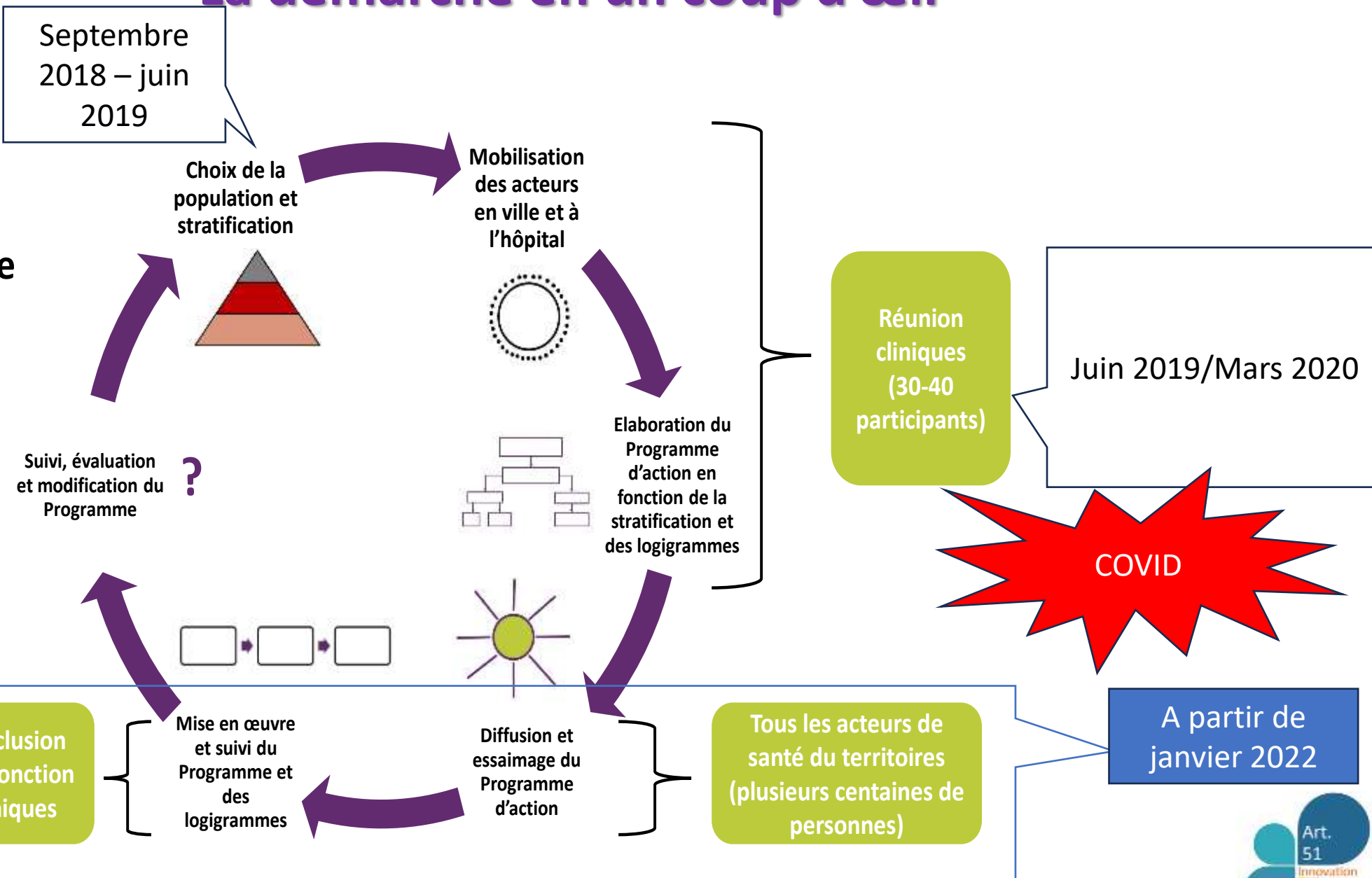
Insuffisance
cardiaque (à risque
ou atteint)

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 démarche en un coup d'œil

Concevoir et déployer une approche populationnelle



Les “Territoires Pionniers de la Responsabilité Populationnelle”



Cornouaille
Pop. 297 038

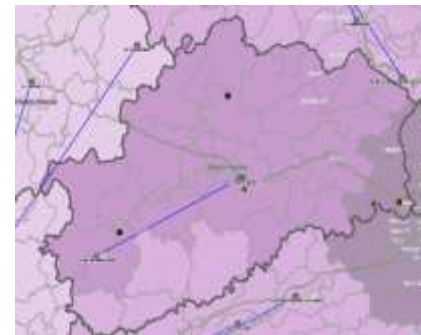


Douaisis
Pop. 220 802



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
	1 365 280	23 575	209 932	44 012	381 730
<i>France</i>		1 079 011	9 455 081	2 015 495	17 396 327

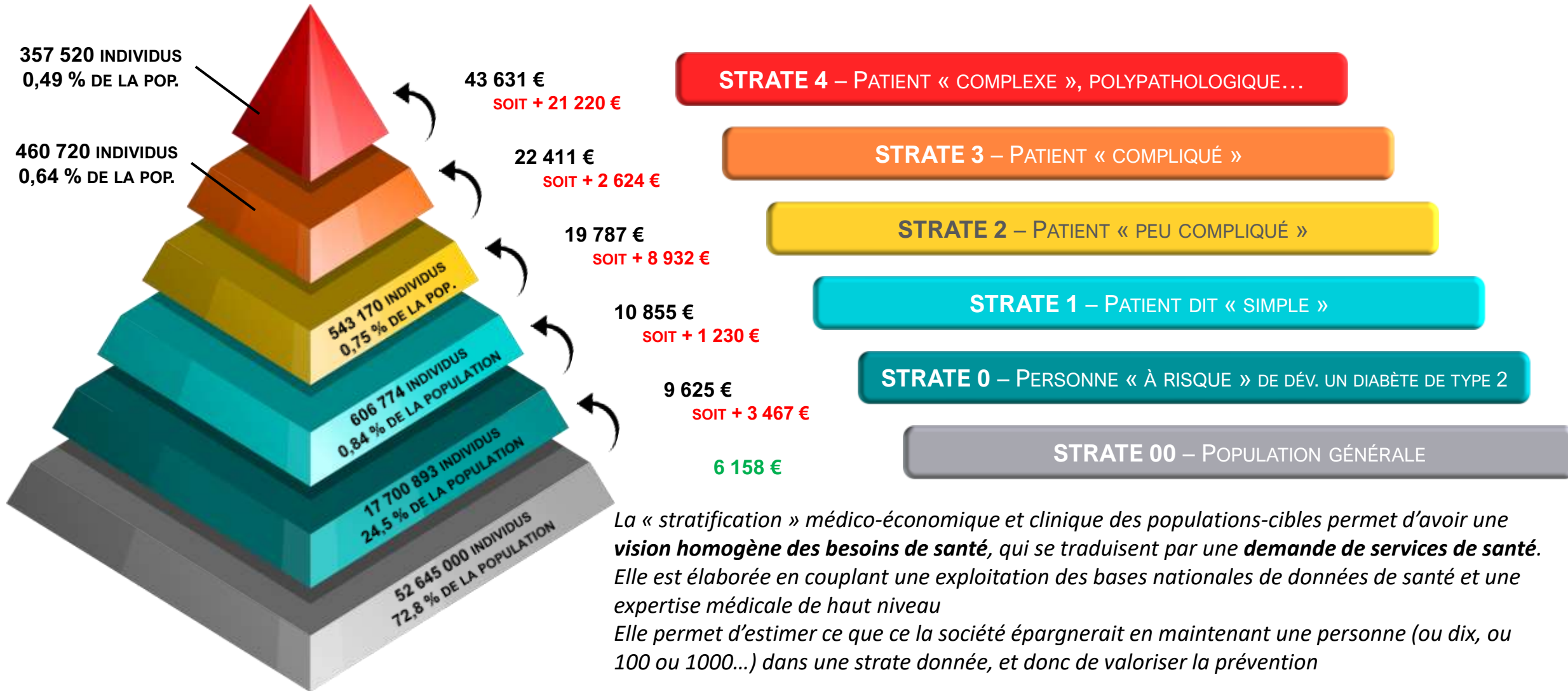
- On s'intéresse à des **résidents** du territoire, qu'ils fréquentent ou non l'hôpital public de ce territoire ≠ fille active
- On intègre tout type d'établissement
- On couvre tous les champs (MCO, Psy, HAD, SSR)
- Méthodologie FHF Data/Dim des cinq territoires
- On trouve entre 65% et 78% des personnes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

*Attention : données issues du PMSI/méthodologie ©



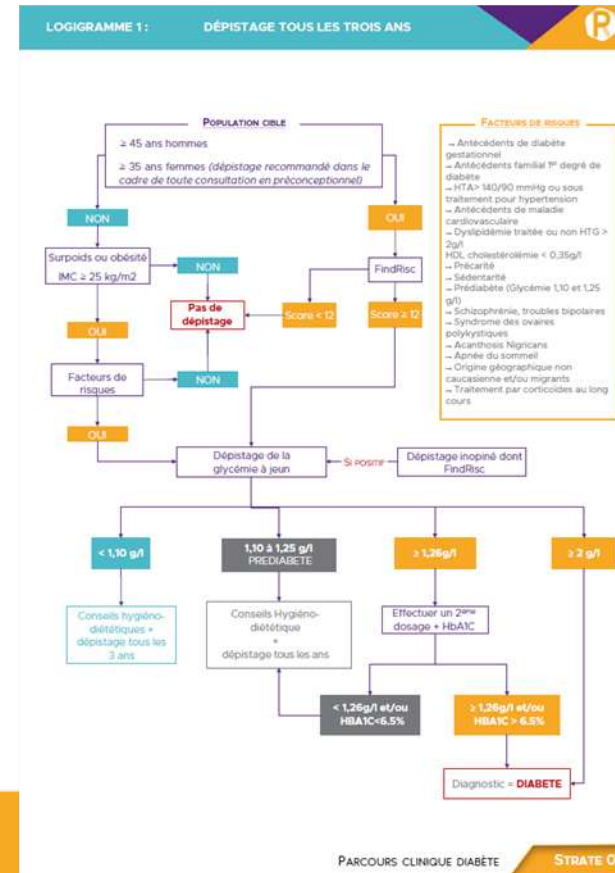
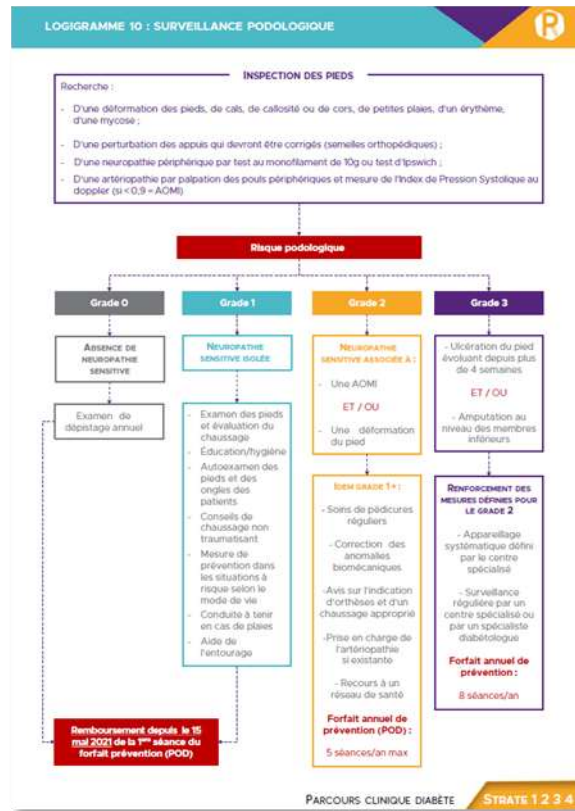
Connaitre les besoins...

STRATIFICATION MÉDICO-ÉCONOMIQUE DE LA POPULATION DIABÉTIQUE DE TYPE 2, PARCELLE FRANCE COÛT MOYEN / INDIVIDUS SUR 5 ANS (PÉRIODE 2019-2024)



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.

Savoir quoi faire ...

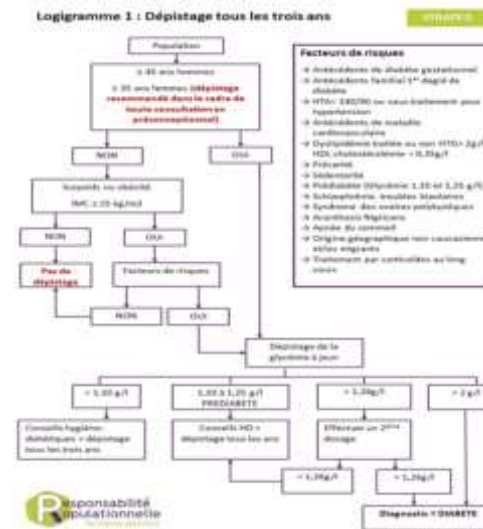
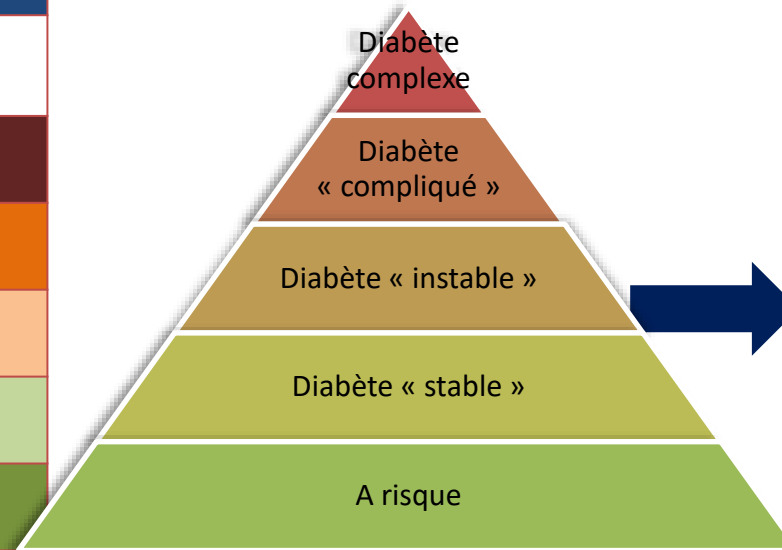


Objectif :
rendre le plus facile possible l'exécution des standards par le plus grand nombre de personnes possible



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

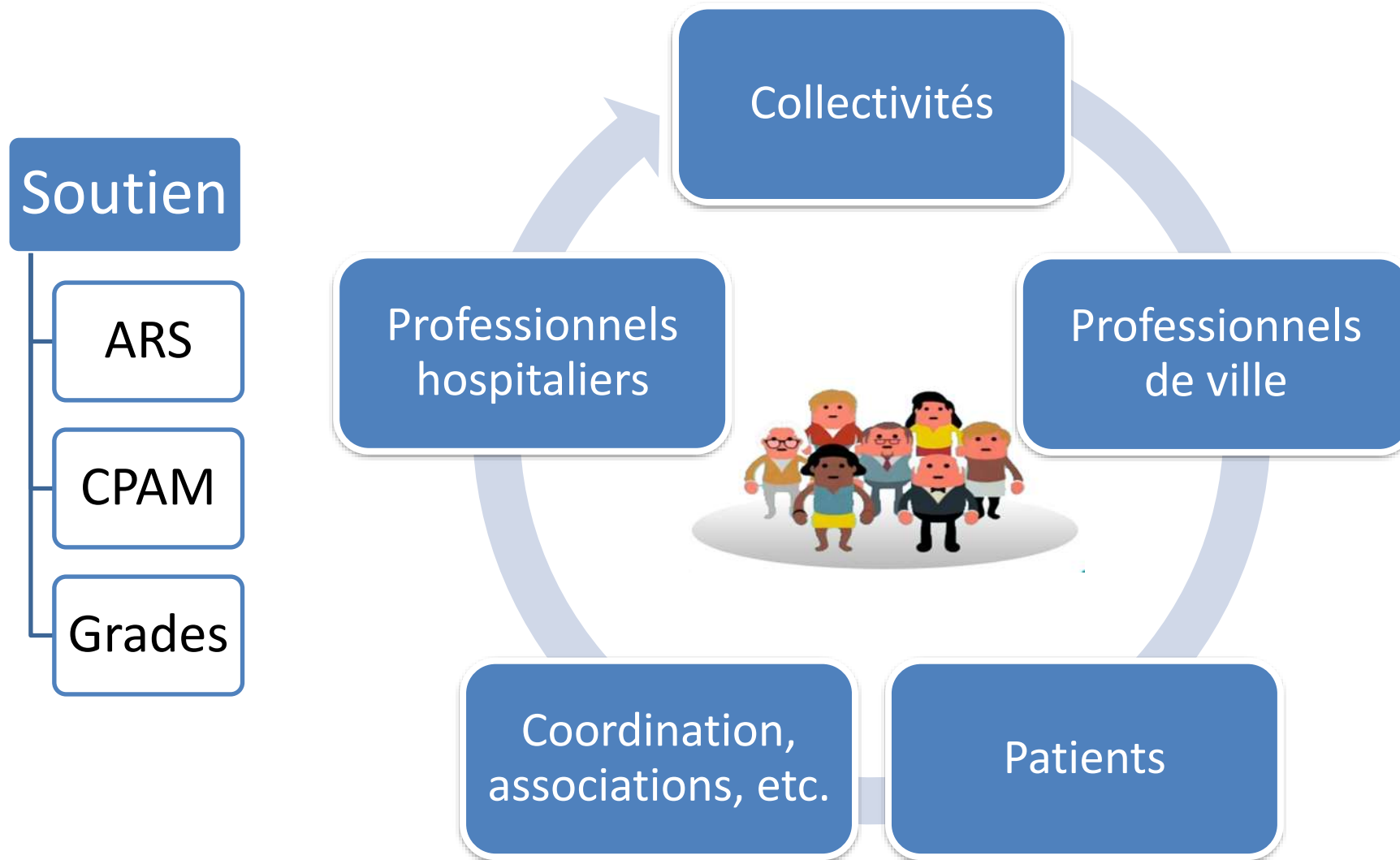


- A chaque strate de la pyramide correspond un **profil clinique**
- A chaque profil correspond un ou plusieurs **logigrammes de prise en charge**
- La pyramide permet de lier un profil de personne avec les actions appropriées
- L'ensemble permet aux acteurs de construire des **parcours adaptés**



Les « réunions cliniques »

Une « coalition territoriale d'acteurs de santé »



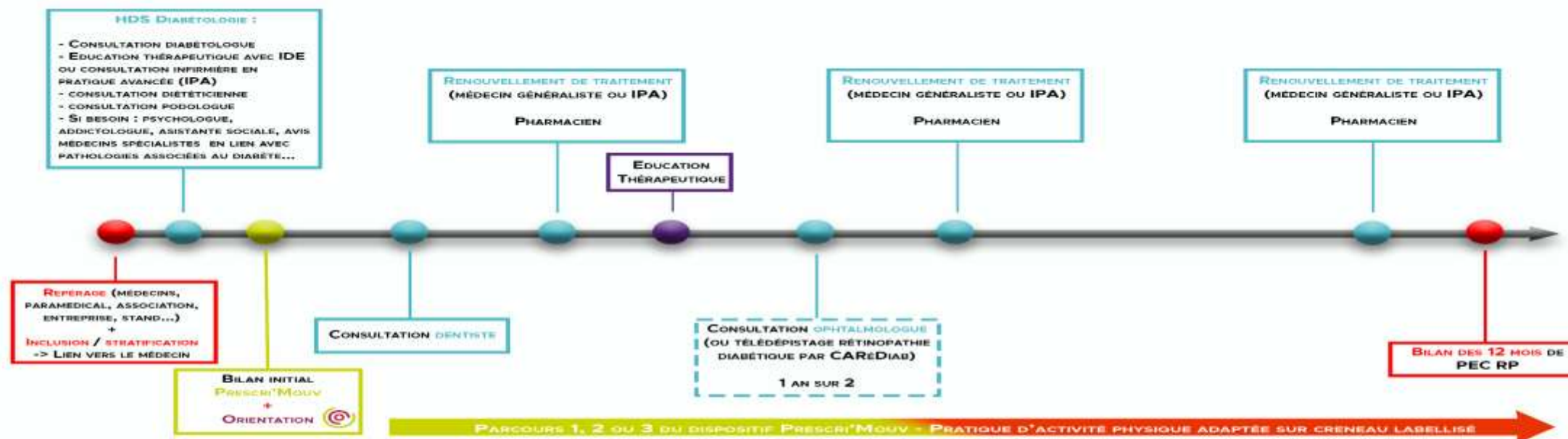
Le contenu du programme d'action

- 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.)



Des parcours de santé territorialisés, construits sur l'Etat de l'Art

PRISE EN CHARGE TYPE D'UN PATIENT "RP - DIABÈTE DE TYPE 2" SUR UNE ANNÉE



Jacques, diabétique de type 2



RAPPEL : AUTO-SURVEILLANCES

Glycémies capillaires : 2 par semaine (ou 2 par jour suivant objectifs)
Pesée : 1 fois par mois
Tension artérielle : 1 fois par mois
Surveillance visuelle quotidienne des pieds et / ou des plaies

RAPPEL : EXAMENS ANNUELS

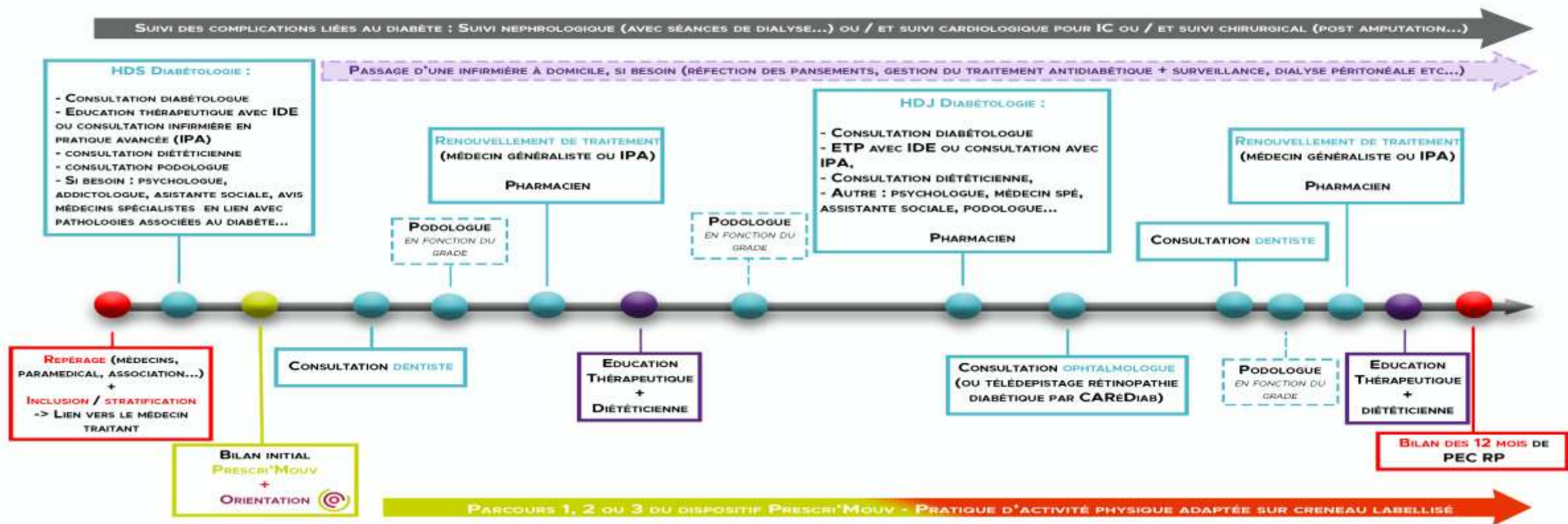
Dosage HbA1c : tous les 6 mois, si pas de traitement, ou traitement per os et HbA1c dans l'objectif ; sinon tous les 3 mois
Bilan biologique complet : 1 fois par an
ECG repos : 1 par an
Test monofilament : 1 par an
Fond d'oeil : 1 fois tous les 2 ans, si pas de rétinopathie
Vaccination : penser à vérifier les rappels (DTPC, pneumocoques...) et proposer le vaccin anti-grippe

Pour mémoire ...



STRATE 1

Le parcours « strate 1 » dans l'Aube et Sézannais



Jacques, diabétique de type 2



RAPPEL : AUTO-SURVEILLANCES

Glycémies capillaires : 2 à 4 / jour sous traitement insulinique
Pesée : 1 fois par mois, à chaque consultation
Tension artérielle : 1 fois par mois
Surveillance visuelle quotidienne des pieds et / ou des plaies

RAPPEL : EXAMENS ANNUELS

Dosage HbA1c : tous les 3 mois
Surveillance cardiovasculaires : à chaque consultation (HTA, dyslipidémie)
Surveillance complications macro- et microangiopathiques : 1 fois par an minimum
ECG repos : 1 à 2 fois par an, en fonction du terrain
Bilan biologique complet : 1 fois par an
Test monofilament : 1 à 2 fois par an
Fond d'oeil : 1 par an
Vaccination : penser à vérifier les rappels (DTPC, pneumocoques...) et proposer le vaccin anti-grippe

Pour mémoire ...



STRATE 4

8 Territoires déploient actuellement l'approche

-Activités « terrain » bloquées entre mars 2020 et été 2021

-Groupe de pilotage bi-hebdomadaire

-2 à 3 séminaires en présentiel par année

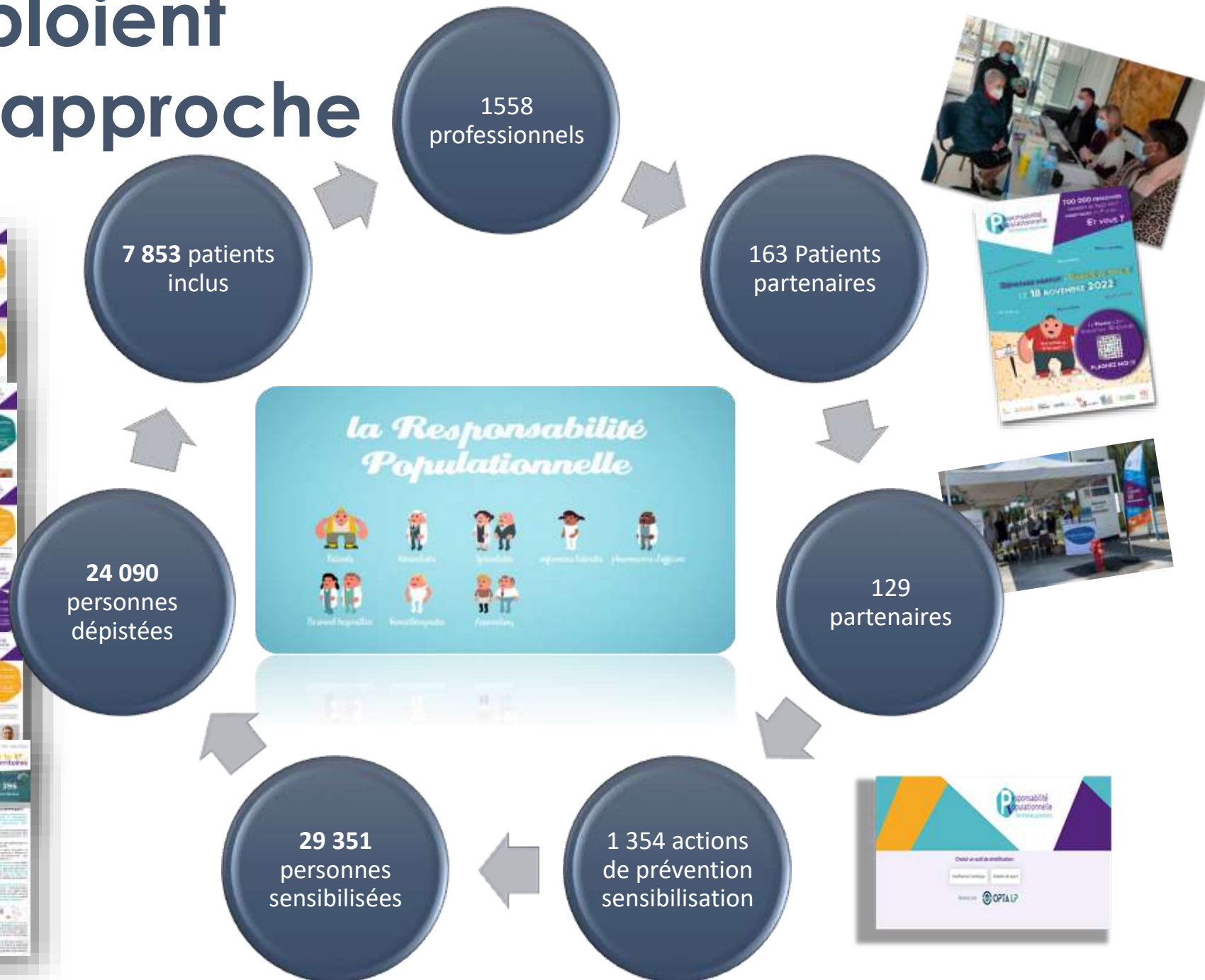
-Groupes thématique

-Développement d'indicateurs de déploiement

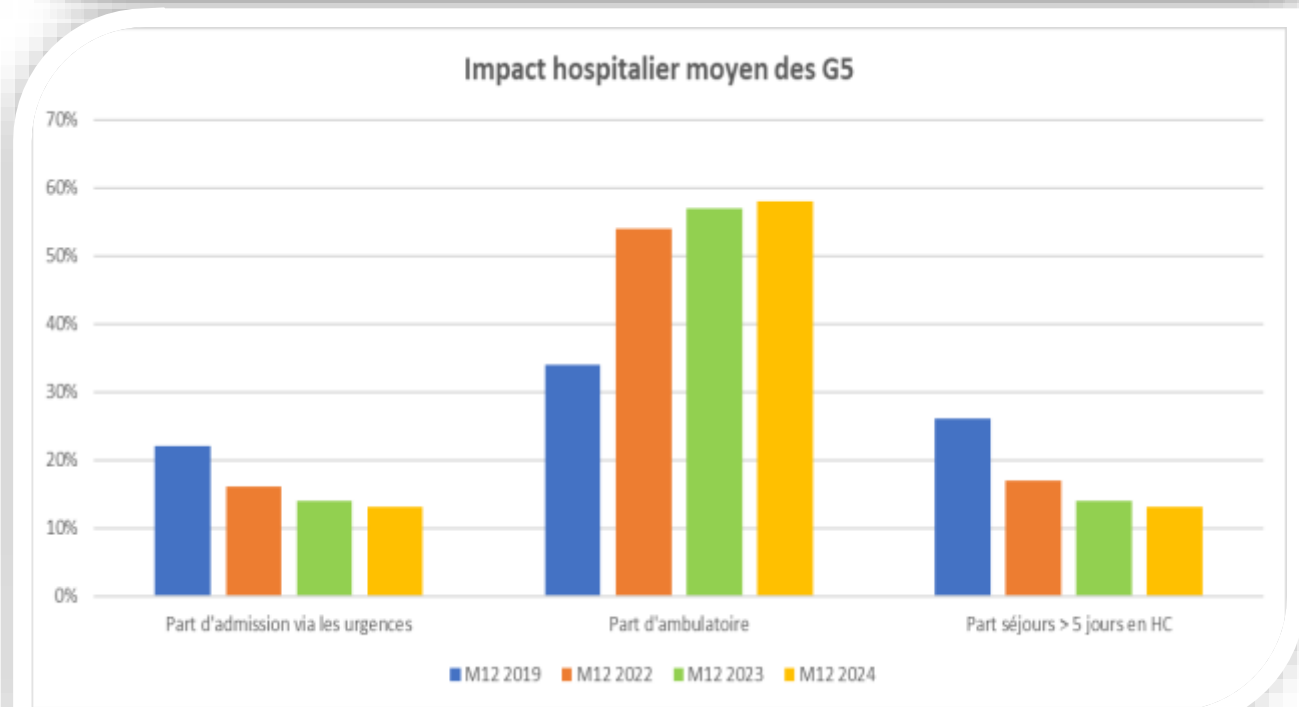
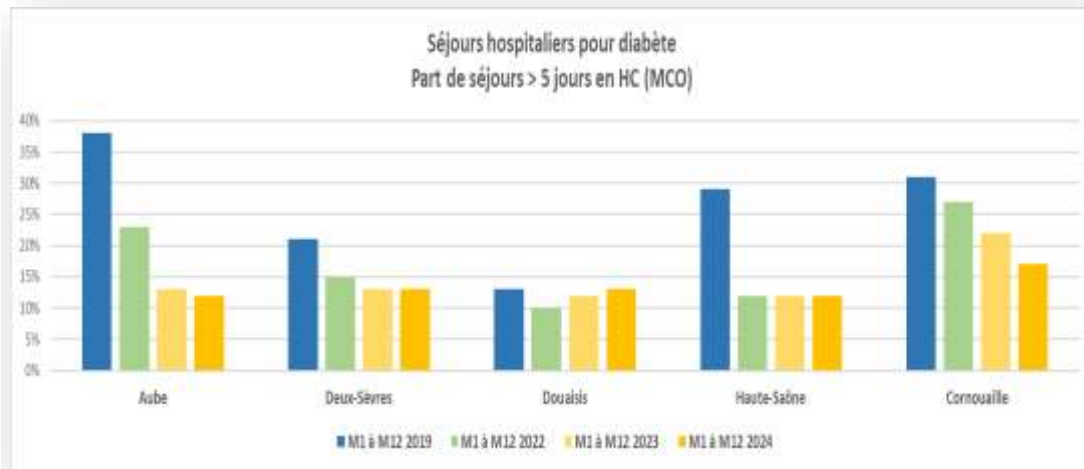
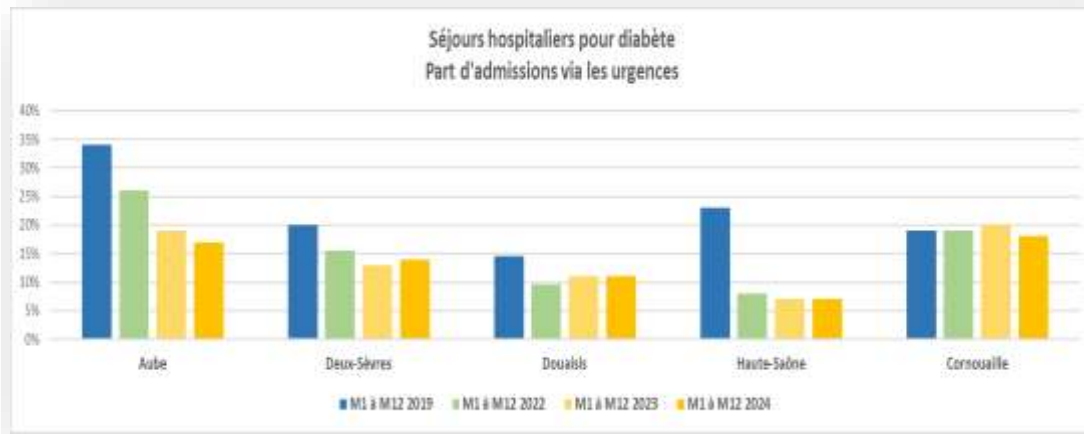
-Développement d'indicateurs d'impact

-Développement d'une identité visuelle et d'outils de communication

-Newsletter réalisée par les Territoires



Des impacts tangibles et convergents

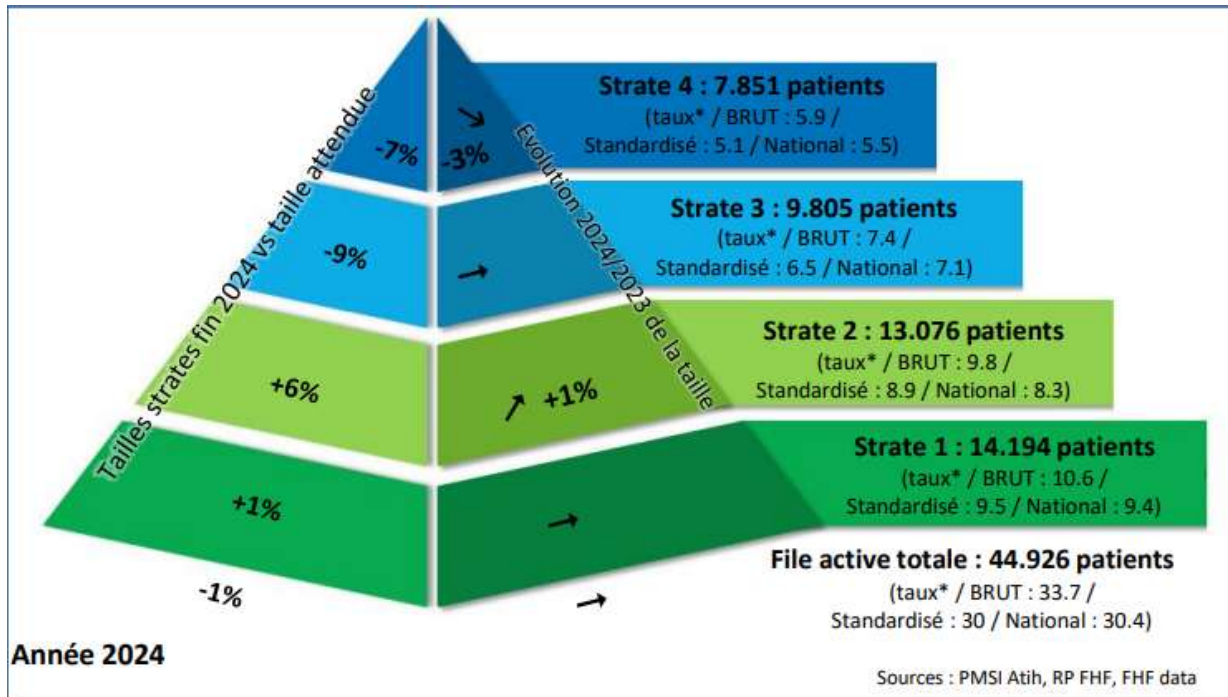


Sources ATIH, FHF DATA 2025

Un impact mesurable

A fin 2024, le coût moyen par patient est 6% inférieur à la moyenne nationale dans nos 5 Territoires Pionniers

- Alors que la qualité et la quantité de services a été augmentée



*taux pour 1.000 habitants



*coût BR AM tous séjours d'hospitalisation dans l'année (toutes causes)

Ex de lecture : En 2024, la file active locale a coûté 286M€* en hospitalisations toutes causes (BR AM). Le coût moyen par patient est de 6% inférieur à la référence nationale standardisée (6054€ standardisés vs 6446€).

Un début de bascule vers un système proactif ?

- Sur 2024, nos territoires ont « trouvé » 6% de patients diabétiques de strate 2 qu'attendus...et respectivement -9% et -7% des strates 3 et 4



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

Territoire de Haute-Saône

	2019 (Année)	Volume attendu	2024	Volume attendu
Séjours pour diabète	559	776 (-27%)	1 217	987 (+23,3%)
Coût moyen des séjours	2 345 €		1 555€	
Séjours ambulatoires	184	285 (-35.4%)	892	601 (+48,4%)
Taux ambulatoire/séjours	32%	37%	73%	61%
Séjours entrés par les urgences	21%		7%	

Données : ATIH, traitements FHF DATA/GPRP, 2021-24



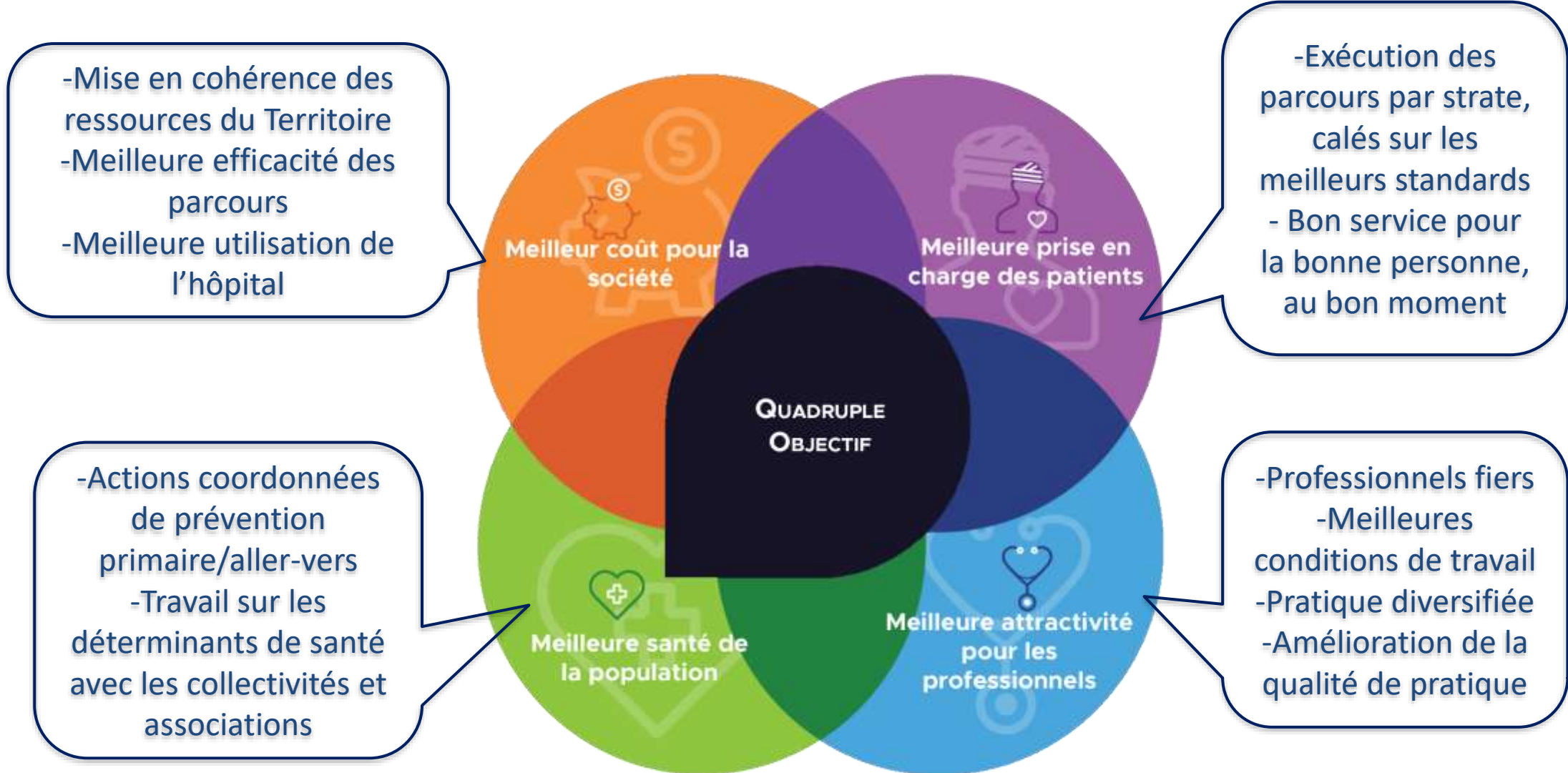
Et l'impact sur le sens et la qualité au travail ?

- **Amélioration de la collaboration** entre **la ville** et **l'hôpital** ; moins de guerres de territoire,
- Amélioration de l'inclusion des patients **isolés** et **difficiles à atteindre**,
- Les participants se sont habitués aux nouveaux processus et **ont montré qu'ils s'appropriaient** l'approche de Responsabilité populationnelle,
- Les professionnels de santé disposent de **meilleures informations**, de profils plus **détaillés** des patients et peuvent donc agir de manière plus **ciblée** ce qui augmente leur **satisfaction professionnelle**,
- L'accent mis sur **la prévention** et l'intervention précoce permet aux infirmières de voir **l'impact de leur travail**, ce qui leur donne le sentiment **d'être utiles**.
- Les patients **comprennent mieux leur pathologie** et sont plus **motivés/observants**.
- La Responsabilité populationnelle a changé le **paradigme de l'intervention** à **la prévention** et a déplacé l'accent de la « gestion des chiffres » vers **l'être humain** (tout en appuyant davantage les interventions sur l'utilisation stratégique des données)

Travail d'enquête dans les 5 Territoires pilotes menés en 2022-2023 par Pr. Katharina JANUS (Columbia University)



Quadruple Objectif et Responsabilité populationnelle



Les acquis des Territoires Pionniers

- Le modèle fonctionne...
- Il est construit pour être reproductible : kit « d'accueil »
- L'expérience des Territoires Pionniers a permis d'apprendre....
- ...de développer de la méthodologie



- Et de **mutualiser un savoir-faire** opérationnel et des outils



Une extension qui s'accélère, sur une solide base territoriale

2019...Territoires Pionniers/IPEP

- Aube-Sézannais
- Cornouaille
- Douaisis
- Deux-Sèvres
- Haute-Saône

2023...Extension « Vague 1 »

- Sud-Lorraine
- Nord-Franche Comté
- Alpes du Sud
- Alpes Maritimes
- Yvelines-Nord

2025...Extension « Vague 2 »

Extension « vague 2 »

- Martinique
- Alpes Dauphine (Grenoble)
- Doubs (Besançon)
- Strasbourg
- Brocéliande-Atlantique (Vannes)
- Lot-et-Garonne
- Sarthe



- **-53 CPTS partenaires de la démarche**
- **-196 professionnels formés à l'animation des réunions cliniques**
- **-Près de 800 participants aux réunions cliniques**
- **-Plus de 30 Territoires impliqués d'une façon ou d'une autre**



Ce que l'on constate

- La structuration est plus rapide et plus robuste
 - En termes **d'équipe-projet**
 - En termes **d'organisation territoriale** (intégration d'emblée des CPTS, DAC, CLS, ARS, CPAM, patients, forces vives)
 - En termes de **participants** aux réunions cliniques
- Le « rythme » est *très* rapide
 - Les **cinq territoires** de la « vague 2 » ont terminé leurs réunions cliniques et leur programme d'action (soit +/-6 mois de travail)
 - Les **programmes sont extrêmement complets** (de la prévention primaire aux patients complexes, en couvrant toutes les facettes des parcours de santé et un important travail sur les déterminants de santé)
 - Le **caractère opérationnel** de ces programmes est très abouti (fiches projets, responsables d'action, calendriers, etc.)
 - Des **stratégies territoriales** abouties
- Un début de soutien institutionnel
 - Soutien et financement de projet par ARS PACA et ARS BFC



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**



Les enseignements « feu orange »

- Le programme **doit** être une priorité pour le GHT, et être porté impérativement par le binôme/trinôme DG/PCME/PCMG
- **L'hôpital tire la ville** : si les libéraux ne voient pas que l'hôpital s'investit réellement, ils ne bougeront pas
- Il faut intégrer des vérités parfois « bizarres » :
 - **L'écrasante majorité des patients qui seront inclus sont déjà connus...** mais ce n'est pas parce qu'ils sont suivis en service diabéto qu'ils ne doivent pas être inclus
 - Le fait **d'inclure un patient ne veut pas dire lui assigner un case manager H24, 365jrs par an....**
 - **99% des actes nécessaires sont déjà payés** : on ne fait qu'appliquer l'Etat de l'Art
- La **COVID** a déstructuré le déploiement
- Les **Pionniers ont essuyé les plâtres**, alors qu'il fallait tout inventer...les nouveaux iront plus vite et mieux
- Il convient d'intégrer dès le départ du programme la **perspective d'un déploiement à grande échelle** sur le territoire, même si cela n'exclue pas de commencer petit...bref, il faut avoir une stratégie



Nouveaux rôles...nouveaux métiers



Les médecins spécialistes hospitaliers

- Les spécialistes *guident* la pratique de *l'ensemble* des professionnels de santé du territoire
 - Participation aux réunions cliniques, adaptation et explication des logigrammes
 - Organisations d'activités de formation continue (explication des logigrammes, parcours, programmes issus des réunions cliniques)
 - Expertise et recours pour les MG, via par exemple une ligne téléphonique dédiée ou télé-expertise
- Les spécialistes *amènent l'hôpital* au plus près du terrain
 - Via des HDJ délocalisées en MSP ou en hôpital de proximité, où ils travaillent en tandem avec les MG
- Les spécialistes *adaptent leur service et leur prise en charge* en fonction des besoins
 - Développement de l'HDJ et des hospitalisations programmées
 - Refonte des circuits patients pour les populations-cibles
 - *Réinvention* de la place des spécialistes : le suivi doit se faire en ville !



Les chargées de mission « RP »

- Les chargées de mission « RP » sont la cheville ouvrière du programme
- Plutôt profil infirmière, elles peuvent être employées n'importe où : c'est la fonction qui compte
- Incarne le lien *clinique et opérationnel* entre toutes les parties prenantes du programme : hôpital, ville, collectivités, associations, etc.
- Ambassadrices du programme : elles doivent être capables de comprendre le contenu médical et clinique
- Organisation et conduite d'opérations de prévention et « d'aller vers »
- Inclusion et suivi de patients, redirection vers les PS et/ou ressources adaptées (centres d'examen CPAM, etc.)
- Peuvent faire de la coordination clinique entre intervenants
- Formation des équipes au contenu du programme, dans l'hôpital (cadres, infirmiers, aides-soignants des services) et en dehors (professionnels libéraux)
- Liaison, partage d'expérience et mutualisation au sein du groupe « G5 »



Les infirmières de pratique avancée

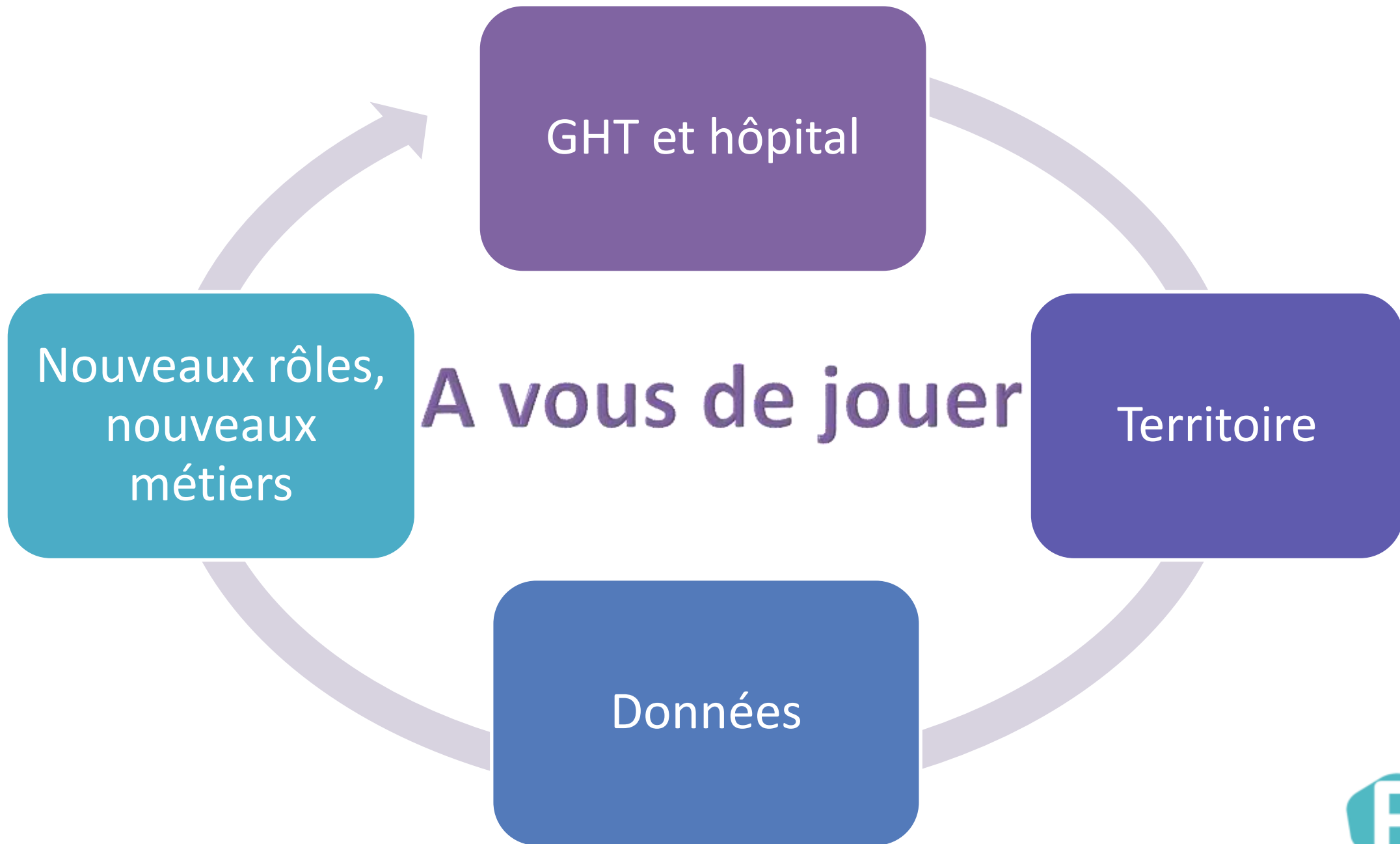
- En ville (MSP) et à l'hôpital
 - *Pré-évaluation et pré-inclusion du patient en fonction des strates, avant le bilan par le médecin*
 - *Après inclusion et plan de traitement du médecin : adaptation du parcours en fonction des caractéristiques propres de la personne (ex. nutrition, activité physique, etp....)*
- *Suivi renforcé de certains patients à risque, à l'intérieur des strates*
- *Développement de programmes spécifiques : ETP, etc.*
- *Analyse, évaluation et ajustement du suivi des parcours des patients, en fonction des recommandations et parcours par strate*



Les médecins DIM

- Le modèle replace les DIM sur leur cœur de métier, à savoir la mobilisation des données au service d'une **stratégie médicale et de santé** qui s'appuie sur les données de santé
- Participation aux **réunions cliniques** : explication et adaptation des indicateurs, compréhension des modes de construction et des limites
- **Dialogue avec les équipes médicales et cliniques** sur l'adaptation des parcours au regard des données de santé et des indicateurs GPRP
- Mobilisation des **bases locales** pour une analyse fine des populations et patients suivis
 - Capacité à mobiliser les DPI
- Réalisation d'enquêtes et d'indicateurs en local, à la demande des équipes
- *Réalisation d'études médico-économiques sur l'impact du programme*





A vous de jouer !

