

La Responsabilité populationnelle en pratique : l'intégration clinique

Cinq territoires s'engagent dans une prise en charge partagée

Cornouaille

Aube-Sezannais

Douaisis

Deux Sèvres

Haute Saône



©Groupe « Pionniers de la Responsabilité populationnelle »



SOMMAIRE

1.

LES LEVIERS DE TRANSFORMATION DES ORGANISATIONS DE SANTÉ

2.

LES ÉTAPES D'UNE APPROCHE POPULATIONNELLE

3.

VERS UNE EXPÉRIMENTATION À GRANDE ÉCHELLE

4.

FINANCER L'INTÉGRATION CLINIQUE



1. LES LEVIERS DE TRANSFORMATION DES ORGANISATIONS DE SANTÉ

RÉPONDRE AU TRIPLE DÉFI

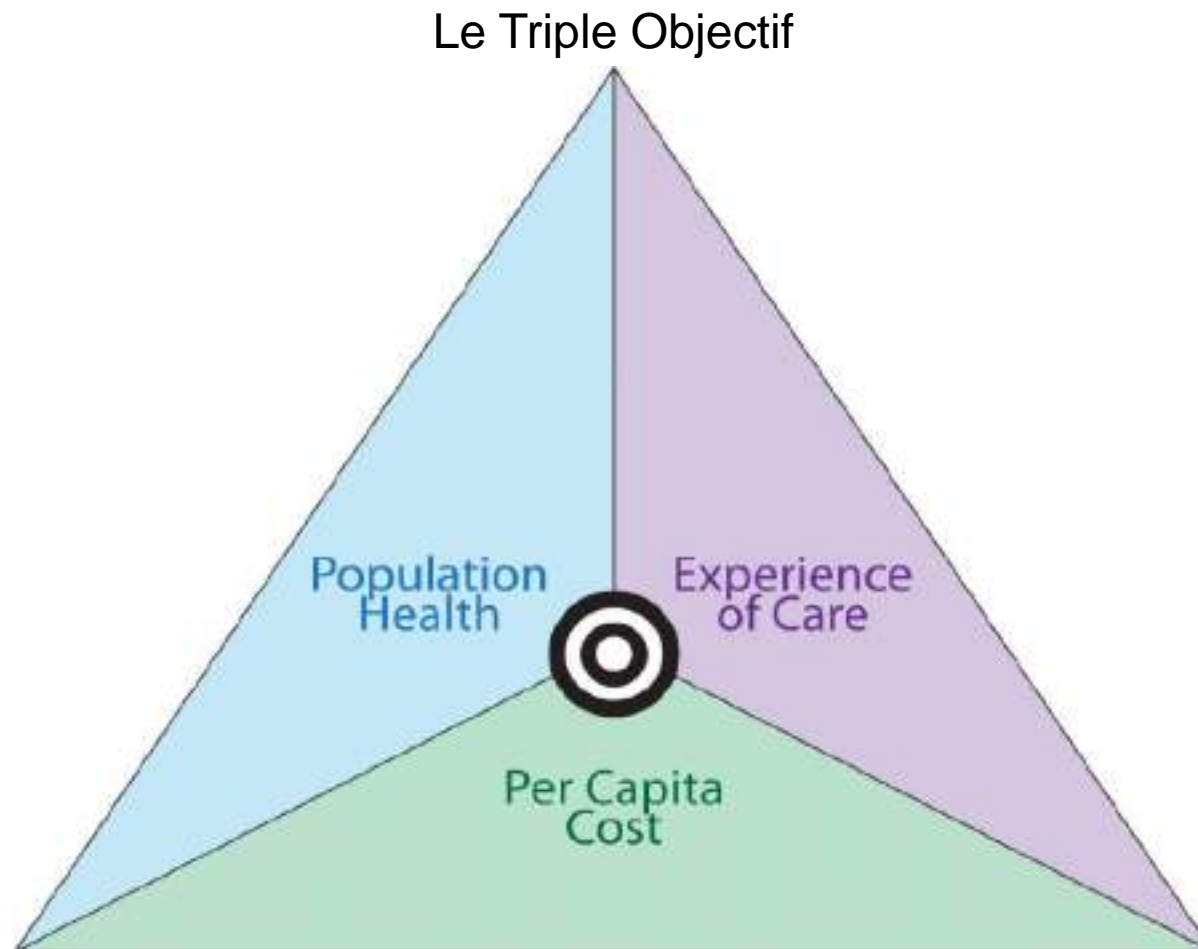
Défi épidémiologique

Défi démographique

Défi technologique

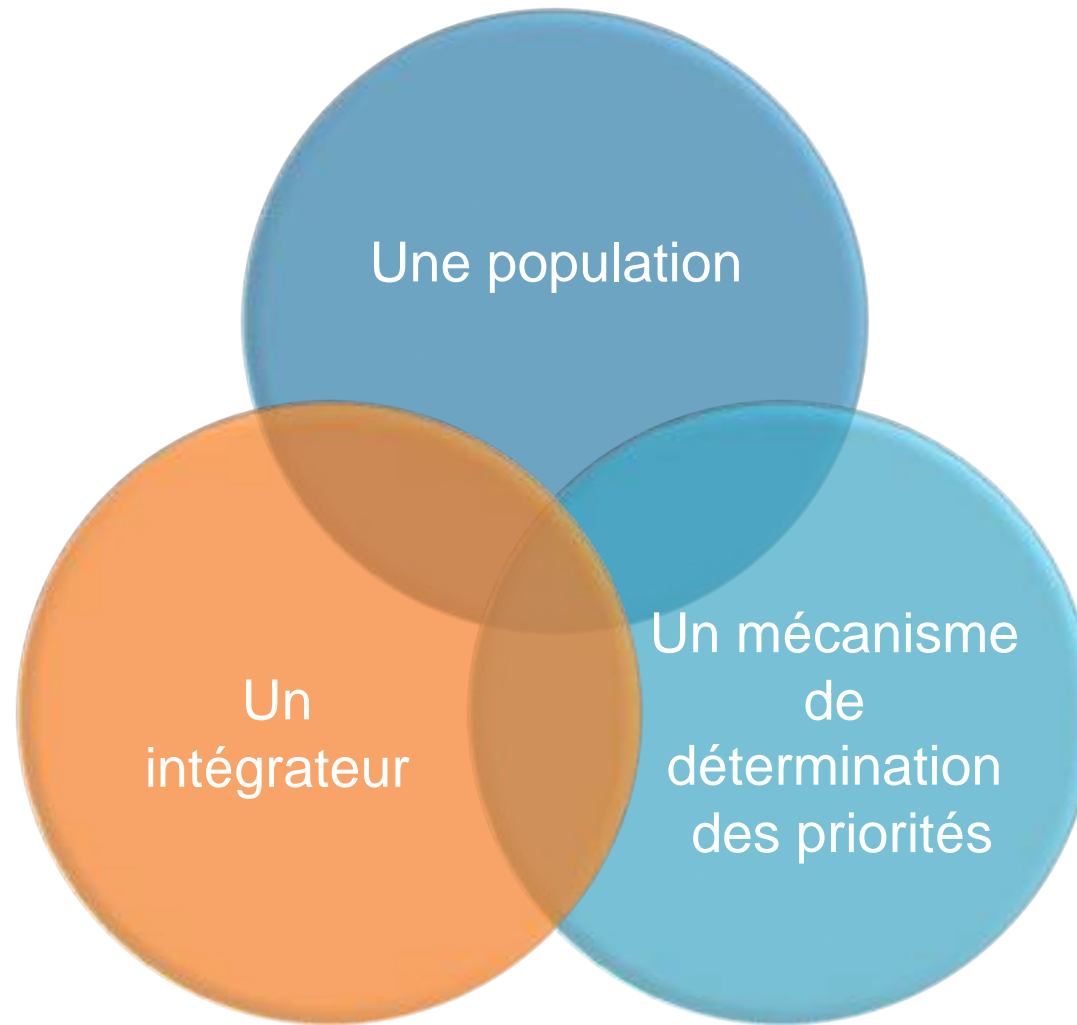
... Dans un contexte budgétaire contraint !

CE QU'UN SYSTÈME/ORGANISATION DOIT FAIRE



Source : Berwick, IHI, 2008

LES INGRÉDIENTS DE BASE



Source : Berwick et al. 2008

MAIS...

Des défis « propres » à la France

DES DÉFIS « NOUVEAUX »

Extension des déserts médicaux

Fortes inégalités de santé

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

Crise du modèle de financement

DES DÉFIS ANCIENS

Très grande fragmentation du système

« Opposition » ville/hôpital

Faiblesse de la prévention

Complexité du système pour le patient/
la population

LES LEVIERS D'AMÉLIORATION DES SERVICES DE SANTÉ



Source : FCASS/CFHI

ALIGNER LES INTÉRÊTS DANS UN SYSTÈME FRAGMENTÉ : L'EXCELLENCE CLINIQUE

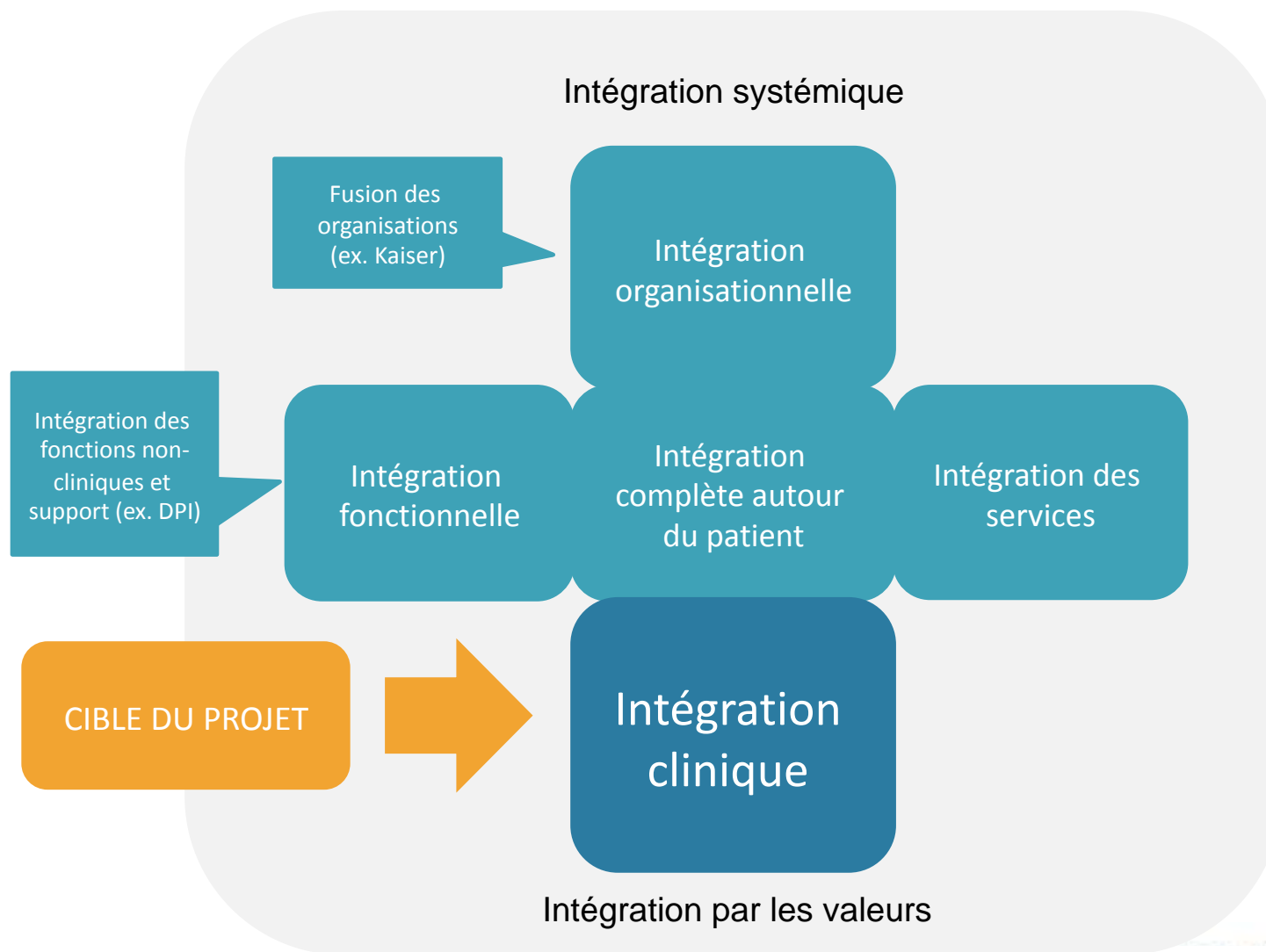
Les incitations financières ne suffisent pas à aligner les intérêts
(Denis et Malone, à venir, Hilligoss et al.2016)

Les « mécanos » structurels ont des effets mitigés sur l'intégration clinique
(Contandriopoulos et al.2014, Mintzberg, 2017)

Les motivations intrinsèques priment chez les professionnels de santé
(Janus, 2010)

L'excellence clinique permet de s'appuyer sur les motivations intrinsèques pour
générer de la performance

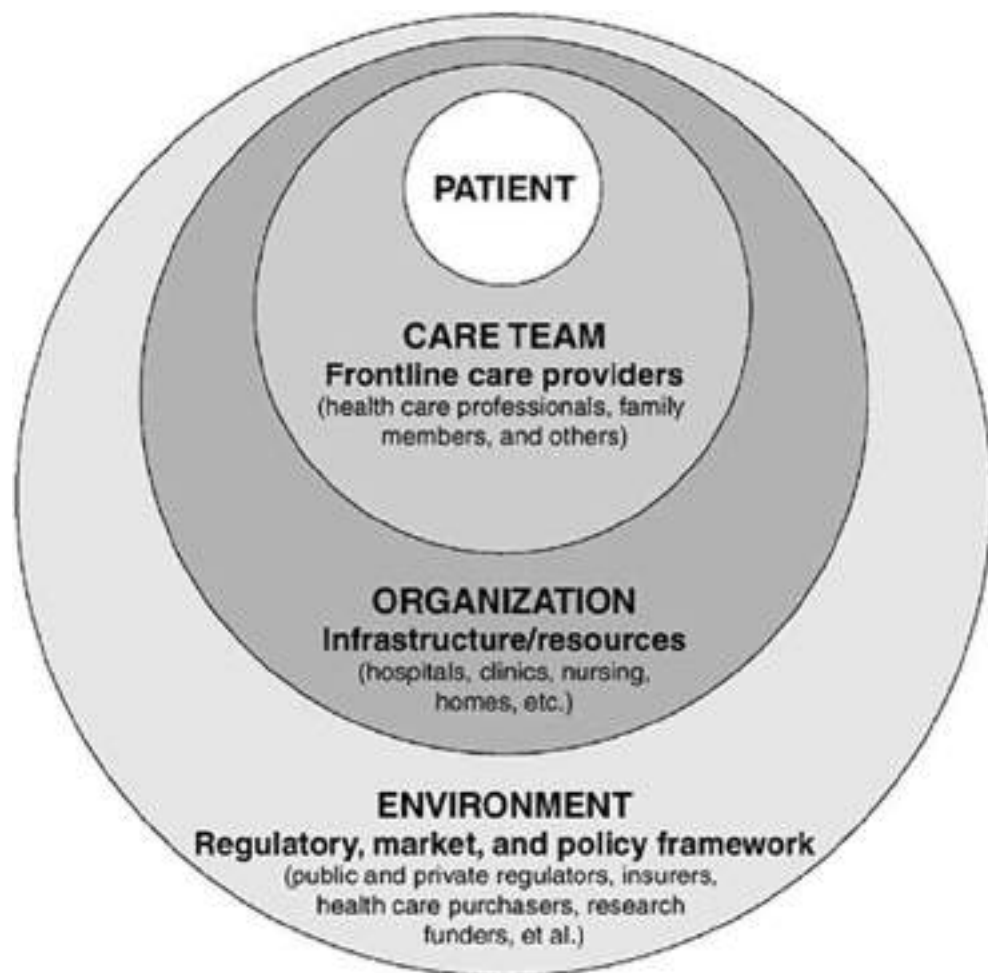
VERS L'INTÉGRATION CLINIQUE



« L'intégration clinique implique que les services rendus par les professionnels soient intégrés dans un processus unique au sein et à travers des professions, au moyen protocoles ou de lignes directrices partagées »

(Curry et Ham, 2015)

VERS DES MICRO-SYSTÈMES CLINIQUES INTÉGRÉS



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

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

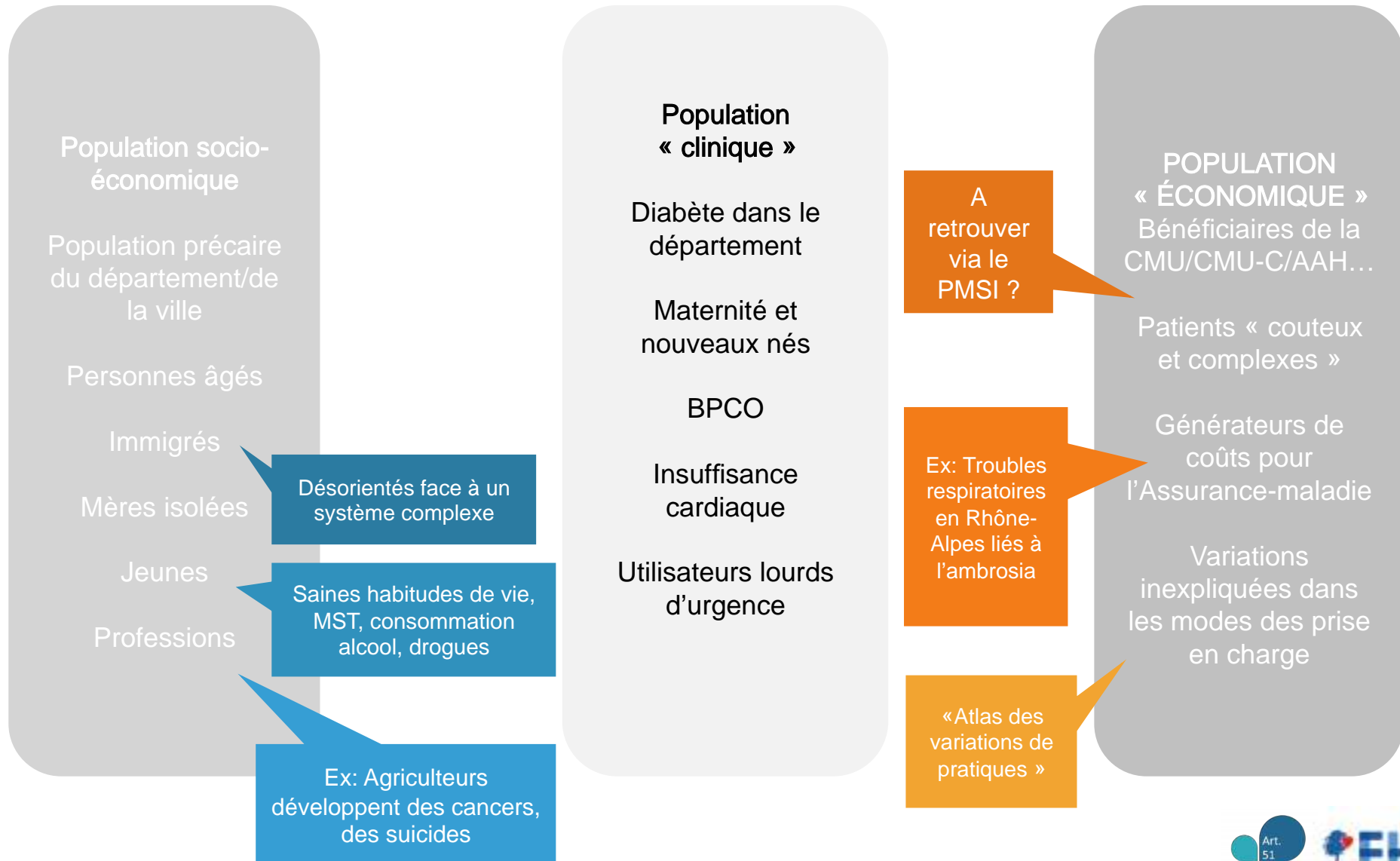


2. LES ÉTAPES D'UNE APPROCHE POPULATIONNELLE

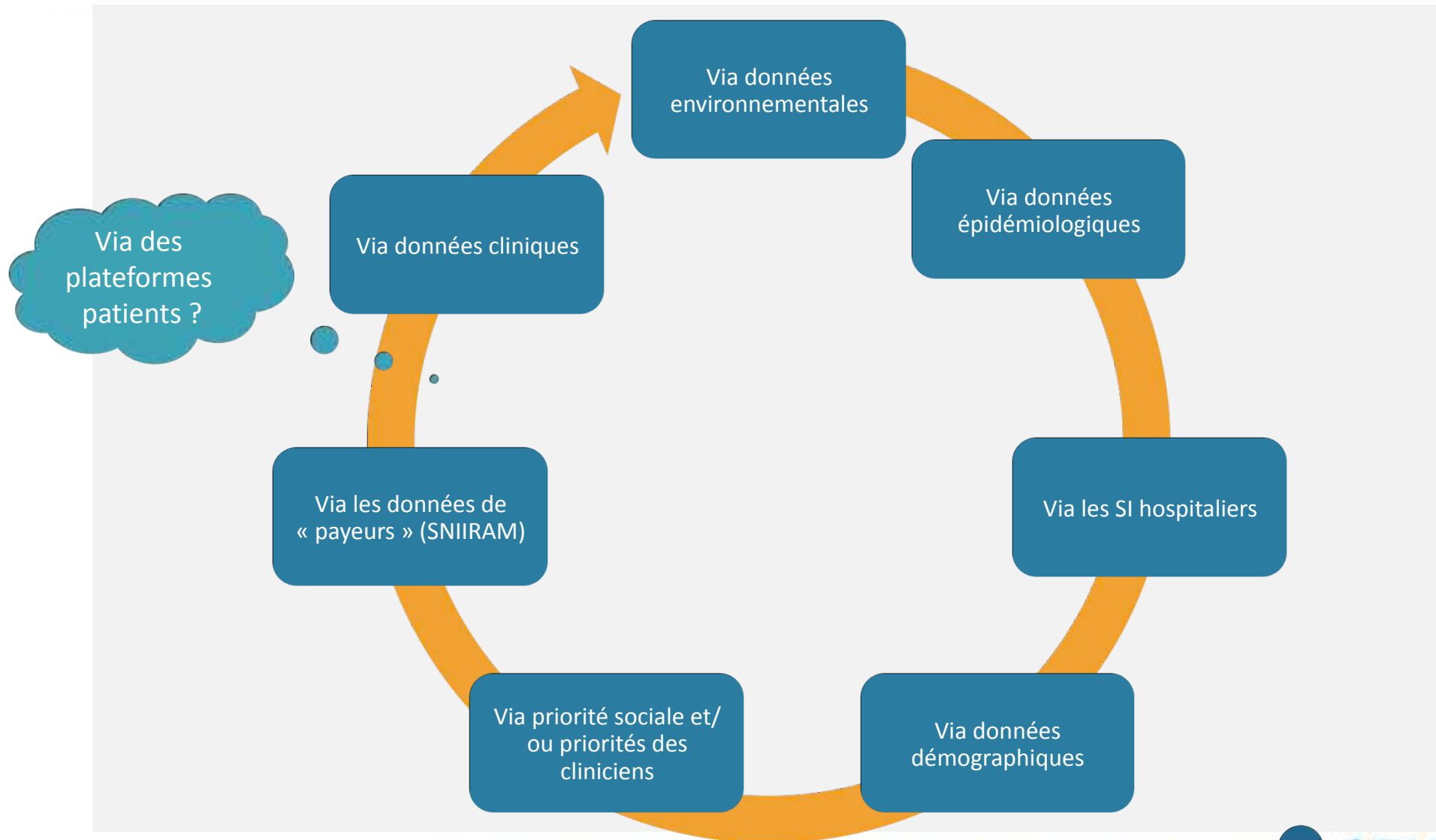
L'APPROCHE POPULATIONNELLE EN CINQ ÉTAPES

1. Identifier une population d'intérêt
2. Stratifier cette population en fonction des besoins et des facteurs de risque
3. Elaborer, pour cette population et en fonction des besoins, des programmes cliniques
4. Mettre en œuvre et mesurer ce qui se passe
5. Capitaliser sur l'expérience pour améliorer le programme, et donc la réponse aux besoins, la prise en charge et l'efficience

IDENTIFIER UNE POPULATION

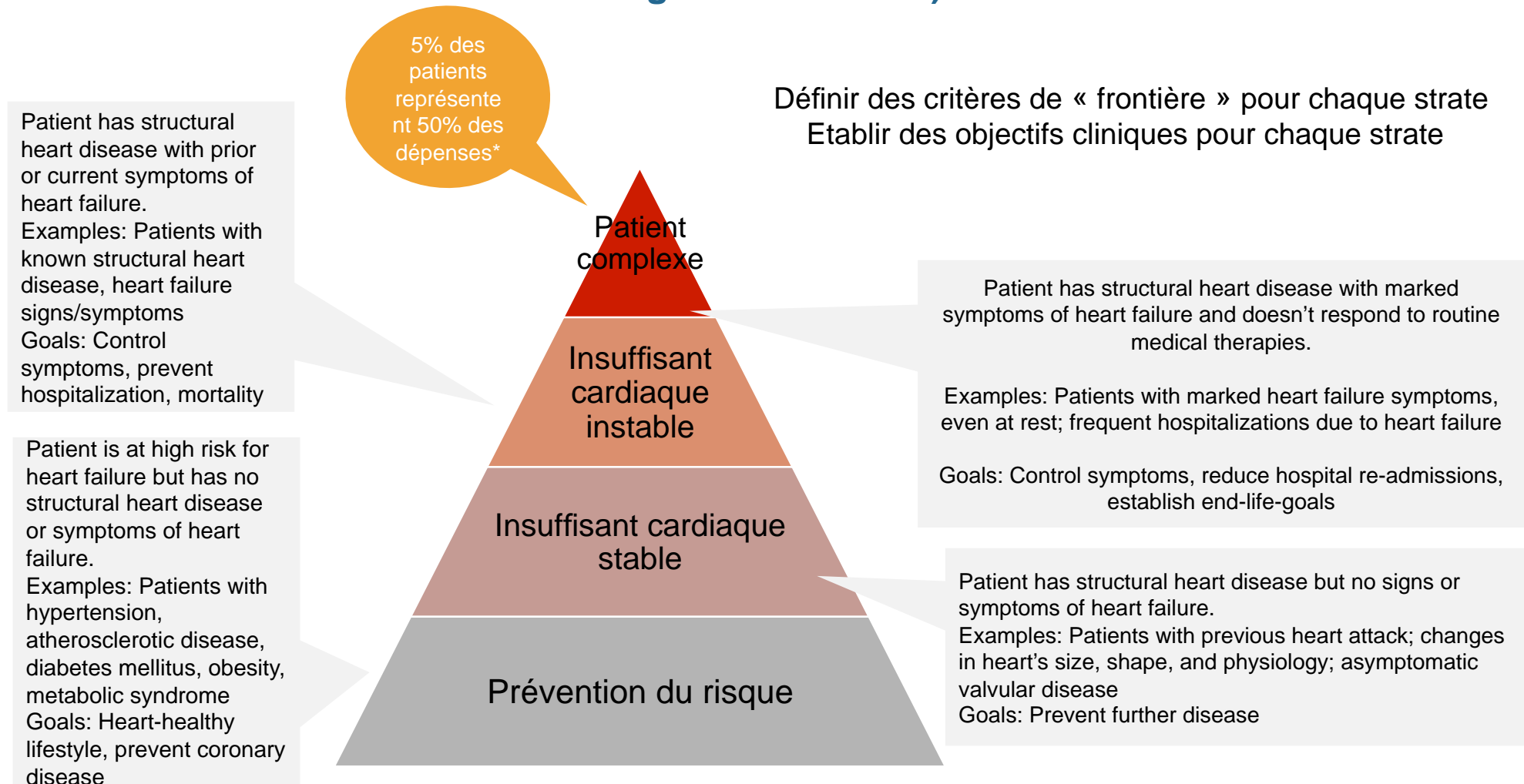


« TROUVER UNE POPULATION »



STRATIFIER UNE POPULATION

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



Source : Intermountain Healthcare + Blumenthal 2016

LES BONNES QUESTIONS, LES BONS CHIFFRES

7% des DRG (GHM) représentent 70% du volume d'activité
(Intermountain Healthcare, NEJM Catalyst, 2017)

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

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

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

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

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