

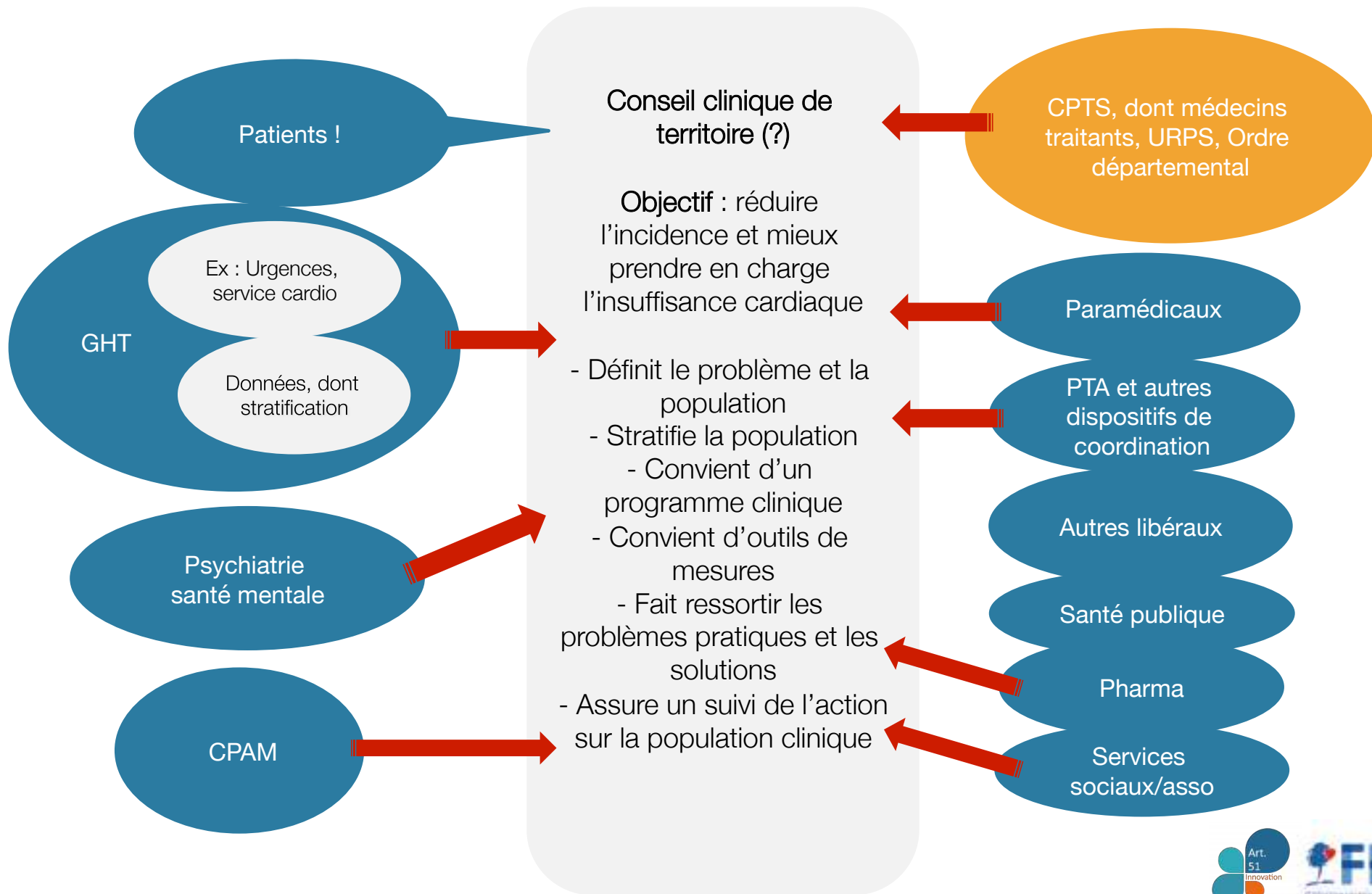
### 3. ELABORER UN PROGRAMME CLINIQUE PARTAGÉ POUR CETTE POPULATION

Par ex: si le programme clinique dit qu'un « coaching » alimentaire doit être offert à un patient, il faut identifier « qui » peut faire cela, à Troyes, à Niort, etc. Cela implique un travail de recensement des ressources

Ou encore, réduction de X% du taux de recours aux urgences pour les +75 ans

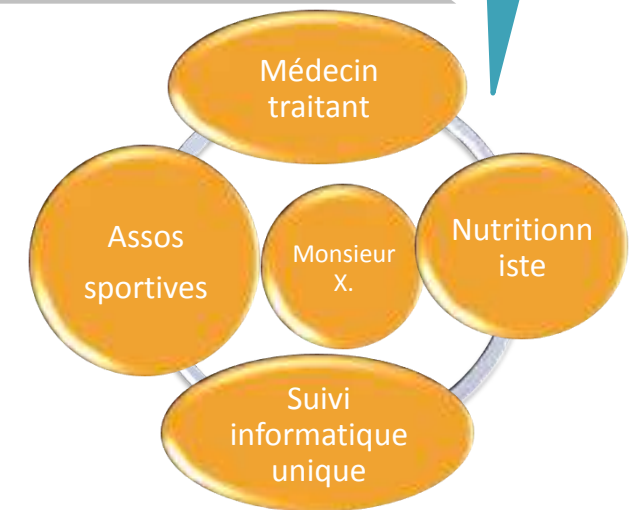
- ❖ Le programme clinique est la « recette de cuisine » sur laquelle se mettent d'accord les cliniciens pour une population donnée
- ❖ Il associe, pour chaque strate de la pyramide :
  - Des protocoles de prise en charge basées sur les meilleurs pratiques cliniques
  - Des ressources réelles correspondant aux besoin cliniques (sanitaires –incluant santé mentale-, sociaux et médico-sociaux).
  - Des indicateurs et des cibles de résultats finaux (par ex. vacciner 75% des +65ans contre la grippe (env.50% aujourd'hui))
  - Une assignation (flagging) de patients réels à chaque strate, à laquelle correspond une offre de service déterminée par le programme
  - Des registres de suivi des patients

### 3. L'ÉLABORATION EN COMMUN DE PROGRAMMES CLINIQUES



# EX 1 : MONSIEUR X, 18 ANS, QUARTIER DIFFICILE, EN SURPOIDS, HISTOIRE FAMILIANE À RISQUE = RISQUE CARDIAQUE

## Strate 1 : Prévention



- Identification via un programme de dépistage
- Assignation d'un médecin traitant, le cas échéant
- Mise en contact avec des associations sportives
- « Coaching » alimentaire
- Suivi via consultations chez son médecin traitant, note au registre clinique

Qui peut faire cela ?

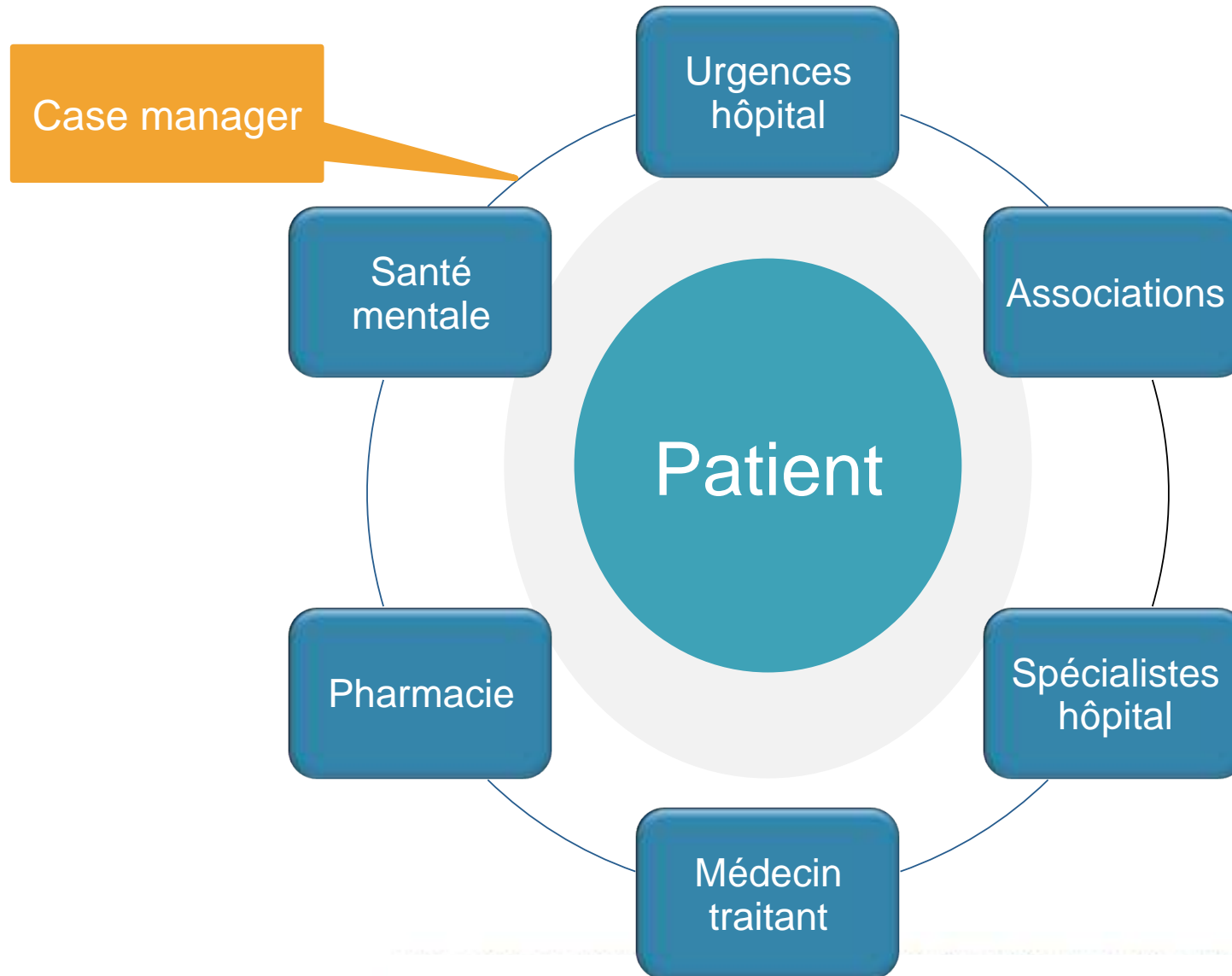
Via les services municipaux ?

## EX 2 : MR. X, 80 ANS, POLYPATHOLOGIE, PERTE D'AUTONOMIE, PROBLÈMES SOCIAUX LOURDS

Assignation à la strate « patients complexes »

- Adaptation d'un « chronic care model »
- Gestionnaires de cas
- Impliquant
  - Familles
  - Médecin traitant
  - Santé mentale
  - Associations
  - Pharmaciens

# UN MICRO-SYSTÈME POUR UN PATIENT COMPLEXE



# LES AVANTAGES D'UN PROGRAMME CLINIQUE PARTAGÉ

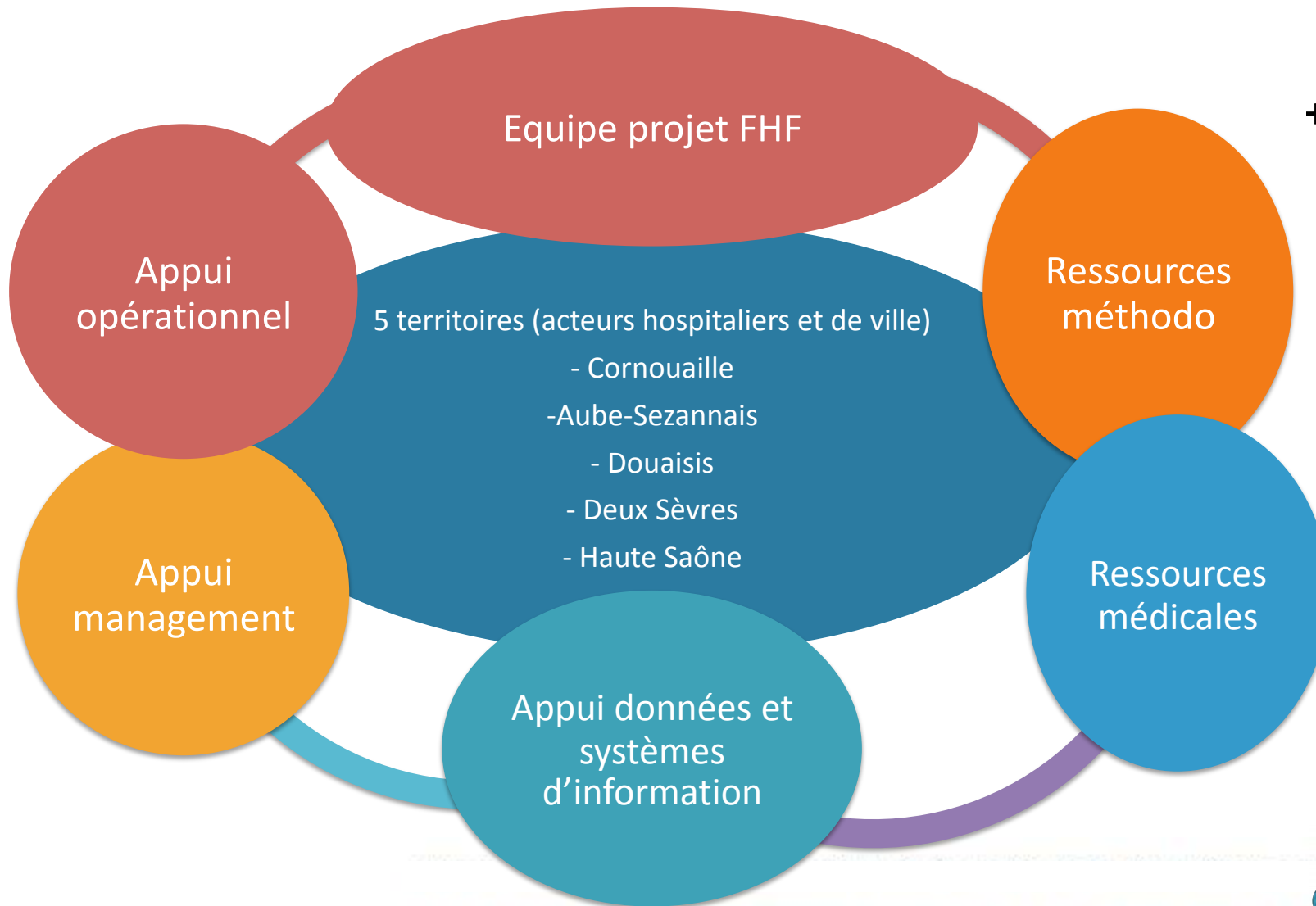
- Comme il est basé sur les connaissances scientifiques les plus à jour, il intègre dès le départ un haut niveau de qualité et de pertinence
- Le mode d'élaboration, ville/hôpital, pose les bases de l'intégration clinique
- Le mode d'élaboration, par les cliniciens d'un territoire, sur la base de la meilleure littérature, assure l'appropriation de la démarche par les cliniciens
- Comme il est élaboré par les cliniciens eux-mêmes, il constitue un « contrat moral » entre eux, ce qui augmente l'adhésion aux protocoles
- Sa mise en œuvre peut-être suivie et le programme amélioré : les « déviations positives » sont repérées, analysés puis intégrées au programme. Les déviations « négatives » (ex. examen redondant) sont repérées et analysées



### 3. VERS UNE EXPÉRIMENTATION À GRANDE ÉCHELLE

# LE GROUPE « PIONNIERS DE LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE »

Population totale :  
+-1.5 million

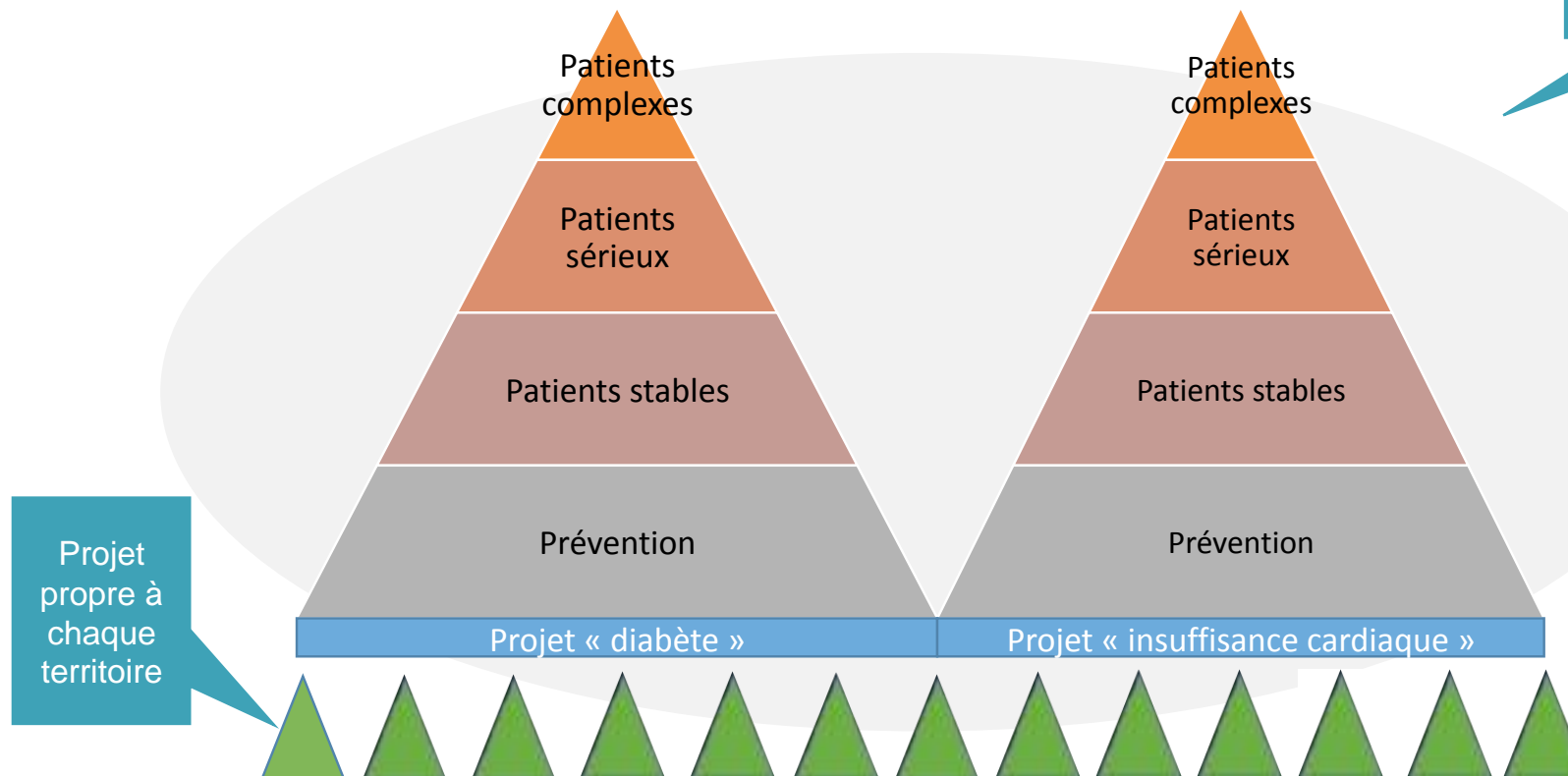




# L'ARCHITECTURE ADOPTÉE

- Le choix de travailler en commun sur deux pathologies permet de créer un environnement d'apprentissage collaboratif
- La méthode permet un test de concept très robuste

2 populations communes aux 5 territoires



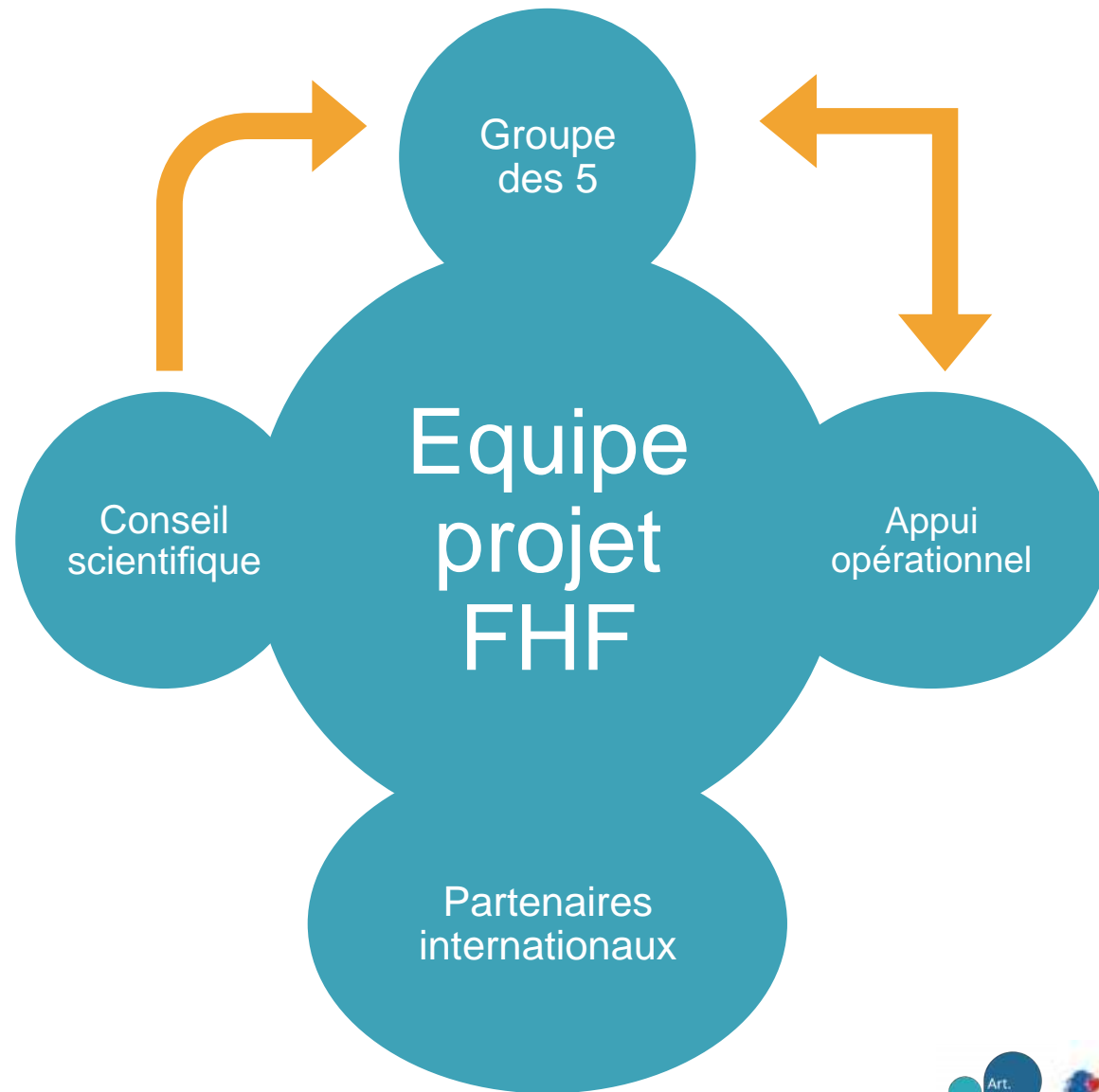
## PROCHAINES ÉTAPES

- Organisation des procédures de choix des populations/pathologie au sein de chaque territoire, incluant acteurs de ville **Fait**
- Convergence de ces choix au niveau national d'ici la fin de l'été **Fait**
- Mobilisation de connaissances scientifiques **En cours**
- Enclenchement du travail commun sur les programmes cliniques, au sein de chaque territoire **Fin premier trimestre 2019**
- Réingénierie de processus cliniques conformément aux programmes
- Mise en œuvre et évaluation

# L'ARCHITECTURE GLOBALE DU PROJET

La FHF s'est engagée à fournir aux communautés cliniques :

1. Les meilleurs programmes cliniques possibles en fonction du choix des populations
2. Une expertise en matière d'analyse populationnelle des données
3. Un appui méthodologique





## 4. FINANCER L'INTÉGRATION CLINIQUE

# « FINANCER » LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE

L'intégration clinique ne signifie pas « fusion » : chaque partenaire conserve son statut

Les mode de rémunération principaux ne bougent pas, sauf à la marge

En pratique : très proche d'un modèle ACO

# UN « FINANCEMENT POPULATIONNEL »

## Ce qu'on peut faire aujourd'hui :

Le « couplage » de plusieurs bases de données permet de savoir « combien » nous dépensons aujourd'hui pour une population clinique sur un territoire  
(Par ex. pour les diabétiques déclarés dans le Gard)

Mais est-ce de la bonne dépense ?

## Ce que le projet permet de faire :

Le travail sur les programmes cliniques et sur la stratification de la population permettrait de « coster » une offre idéale correspondant aux besoins de chacun, incluant les populations à risque qui ne sont pas prises en compte actuellement

Est-ce que nous répondons aux besoins de la population avec ce niveau et ce profil de dépenses ?

# QUELQUES HYPOTHÈSES (EVIDENCE-BASED BIEN SÛR)

- Le modèle permet d'offrir à chaque personne le bon service, au bon endroit, au bon endroit
  - Parce que les programmes cliniques sont « evidence-based »
  - Parce que l'offre s'appuie sur une stratification des besoins, et non sur un « patient moyen »
- Le modèle permet de mieux programmer les services : on connaît la population et on va au devant d'elle
- Le modèle élimine le gaspillage, les examens redondants, etc.
- De nombreuses expériences probantes indiquent que le modèle conduira à une réduction de l'utilisation des urgences et de l'hôpital en général (mais peut-être pas tout de suite...)



Sens de la  
dépense

## QUELQUES HYPOTHÈSES #2

- Le système augmente le nombre de personnes ayant effectivement accès aux services de santé, par une approche proactive
- La méthode de travail, associant protocoles et ressources réelles disponibles, permet de repérer les « trous » dans la couverture publique
- Le système offre des services supplémentaires à certaines catégories de population
- Le système demande une infrastructure robuste

Sens de la  
dépense





## AU FINAL...

- Il est certain que la capacité du système à répondre aux besoins réels sera améliorée
- Il est certain que le système sera plus performant, au sens du Triple Aim (Meilleure santé, meilleure expérience de soins, au meilleur coût)
- La qualité de vie au travail et la qualité de pratique des professionnels sera aussi très nettement améliorée
- La démarche s'appuie sur ce qui fait la force de notre système : l'engagement de tous au service des patients et de la population



**Merci**