



# **LA RESPONSABILITE POPULATIONNELLE**

**Vue par les Directeurs d' Hôpital**

**ADH**

**Laurence Garo**

## Définition et origine

"L'obligation pour l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire de maintenir et d'améliorer la santé, le bien-être et l'autonomie de la population. »

### **Un outil ; les contrats locaux de santé**

S'appuie sur une responsabilité partagée par une action sur les déterminants de santé , et en proposant une offre de services globaux ,accessibles , continus et de qualité

D'origine québécoise , ce concept a été plus largement diffusé , pour les Etablissements Publics de Santé, en France, via la plateforme Fédération Hospitalière de France en 2017. C'est donc un concept émergent à ce stade dont se saisissent plusieurs acteurs de santé dont les hôpitaux publics . Exemples de 5 GHT ( groupements hospitaliers de territoire ) au périmètre adapté qui l'expérimentent.

## Il s'agit de répondre à un triple défi :

Défi épidémiologique ( pathologies chroniques , populations fragilisées, âgées , précaires ...)

Défi démographique (typologie de patients ,pénurie de médecins et soignants !)

Défi technologique ( quid des déserts numériques ?? Et notamment lorsque ceux- ci sont combinés avec les pénuries de médecins ? )

Et dans un contexte budgétaire contraint !

Il faut aussi questionner le périmètre géographique du bassin de population observé; Quid des GHT à plus de 10 établissements de santé ? Une réalité populationnelle ?

## Triple objectif :

1) Santé de la population ; parlons prévention , promotion de la santé et aménagement du territoire , accès aux soins !

2) Expérience du patient ++; parlons éducation thérapeutique avec et via les associations de patients

3) Coût pour la société ( dépenses de santé : 11,7 % du PIB ); parlons financement des EPS!

Quid de la T2A ? Axée sur le curatif et non le préventif

- **Les contrats locaux de santé 2ème génération** : les hôpitaux publics ne sont plus les « oubliés » en tant qu'acteurs de santé sur le territoire , doivent être logiquement signataires .

- **Ma Santé 2022 , loi adoptée par le Parlement en Juillet 2019**

CPTS, ( Communautés professionnelles territoriales de santé ) hôpitaux locaux, ou centres hospitaliers de proximité , meilleure articulation médecins ville /hôpital pertinence des actes et soins, indicateurs de qualité de parcours de soins (et financement en fonction ) etc.

- **Les plans Urgences Hospitalières juin et septembre 2019** : lien avec les Ehpad et hôpitaux de proximité , avec médecine de ville,( quid de la permanence des soins ambulatoires PDSA cf arrêt obligation gardes médicales libérales depuis 2002 // nbre passages aux Urgences) , systématisation de l'appel au 15 pour une meilleure régulation , qui implique de parfaitement identifier et connaître les acteurs de santé sur un territoire ; admissions directes des patients âgés dans les services de médecine sans passage aux Urgences ...

## Le choix de l'intégration clinique en France

Expérimentation FHF – 5 territoires, 2 populations ciblées ( Insuffisance Cardiaque et Diabète ) , 1,5M de patients

### Les 5 GHT sont :

Cornouaille ( Quimper ),Aube Sézannais ( Troyes ) ,Douaisis ( Douai) Deux Sèvres ( Niort) et Haute Saone ( Vesoul )

= **identifier une population** , la « stratifier » en fonction des besoins et facteurs de risques , élaborer des programmes cliniques , mettre en œuvre et mesurer , capitaliser sur l'expérience pour améliorer le programme ,donc la réponse aux besoins , la prise en charge et l'efficacité .

Par ex :5% des patients peuvent entraîner 50% des dépenses

## **l'identification d'une population ; étape majeure**

- Socio-économique: précaire , personnes âgées , grossesses précoces, jeunes , professions ( ex agriculteurs développant cancers et suicides )
- Clinique: diabète , maternité et nouveaux-nés , insuffisance cardiaque , recours lourd aux urgences
- Économique : bénéficiaires CMU AAH , patients coûteux et complexes ( via le PMSI)



Opportunités	Limites
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Programmes cliniques intégrés et haut niveau de qualité</li><li>➤ Repérer et reproduire pratiques vertueuses</li><li>➤ Diminuer la survenue de risques associés aux soins et d'accidents, sécurité de prise en charge</li><li>➤ Améliorer la QVT</li><li>➤ Lissage de l'activité et moindre confrontation de l'organisation à l'urgence</li><li>➤ Utilisation plus efficiente des dépenses publiques</li><li>➤ Impact sur le management en santé</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Quel partage des responsabilités entre acteurs? Du risque?</li><li>➤ Quel(s) modèle(s) de financement?</li><li>➤ L'évaluation des dispositifs</li><li>➤ Adaptation des SI en santé</li><li>➤ Impact sur le management en santé</li></ul>

• **Stratégie**; les hôpitaux s'emparent des actions de prévention et promotion de la santé .Création de Pôle santé publique et prévention ;  
Attractif! les DH sont aussi des aménageurs de territoire en santé .

• **Outils et méthodes**

• **Recherche de ressources**

• **Gestion de projets transversaux (interne et externe) et animation de réseaux**; Direction des coopérations ville /Hôpital

• **Pilotage et indicateurs**; bien connaître son territoire de santé, un préalable indispensable

**DH : un métier passionnant en constante évolution !**



**Merci**

**de**

**vosre attention**