



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

• **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

votre attention