

L'approche populationnelle : concept et modalités de mise en oeuvre

Pr. Philippe Michel

Service Promotion, Prévention, Santé populationnelle, HCL

U 1290 reshape, UCBL1



Un diagnostic partagé sur la santé en France

Deux paradoxes français

- **meilleure espérance de vie après 65 ans / un plus fort taux européen de mortalité prématurée (avant 65 ans)**

les causes de cette surmortalité prématurée sont le plus souvent évitables, car liées à des comportements individuels ou collectifs le plus souvent modifiables (tabac, alcool, accidents, suicides, etc)

- **bonne accessibilité globale aux soins / fortes inégalités de santé**
(socioprofessionnelles, géographiques, liées aux handicaps)

les disparités sociales et géographiques de santé y sont parmi les plus fortes d'Europe :

par exemple, à 35 ans, cadres et professions libérales ont une espérance de vie 6,5 années plus longues que les ouvriers

Un diagnostic partagé sur la santé en France

Deux éléments clefs du contexte

➤ **dispersion** des acteurs et des compétences

➤ **déséquilibre entre :**

- les ressources allouées aux soins, qui répondent à la demande spontanée (approche individuelle) et qui comportent une part importante mais inorganisée de prévention

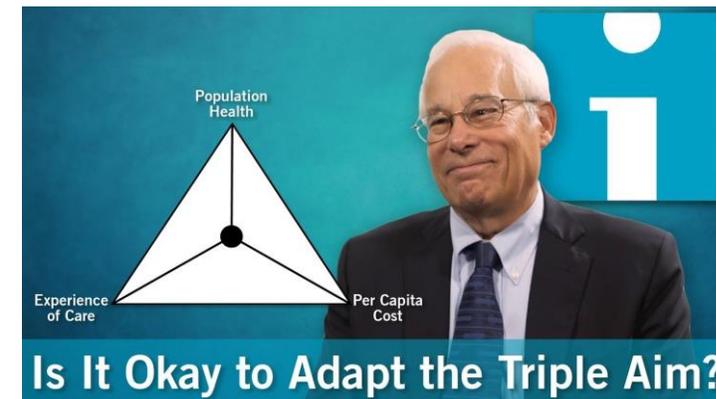
*plus de la moitié des consultations des médecins généralistes
sont des actes de prévention*

- la réponse collective aux besoins de santé (approche populationnelle), qui permet de compenser les insuffisances du jeu spontané des acteurs

un système de santé apprenant qui s'améliore continuellement par la mobilisation et l'application des savoirs expérientiels, scientifiques, cliniques et organisationnels



- Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff (Millwood)*. 2008;27(3):759-69.



- Nundy S, Cooper LA, Mate KS. The quintuple aim for health care improvement: A new imperative to advance health equity. *JAMA*. 2022;327(6):521-522

L'approche populationnelle en France

- Prendre en considération l'ensemble des besoins de la population de son territoire en plus de répondre adéquatement aux demandes de soins
- Mobiliser les acteurs de la communauté pour trouver des solutions à des besoins complexes dans un système de santé intégré et de responsabilité partagée
- Approche qui donne une vraie place à la prévention car elle part des besoins et non des demandes

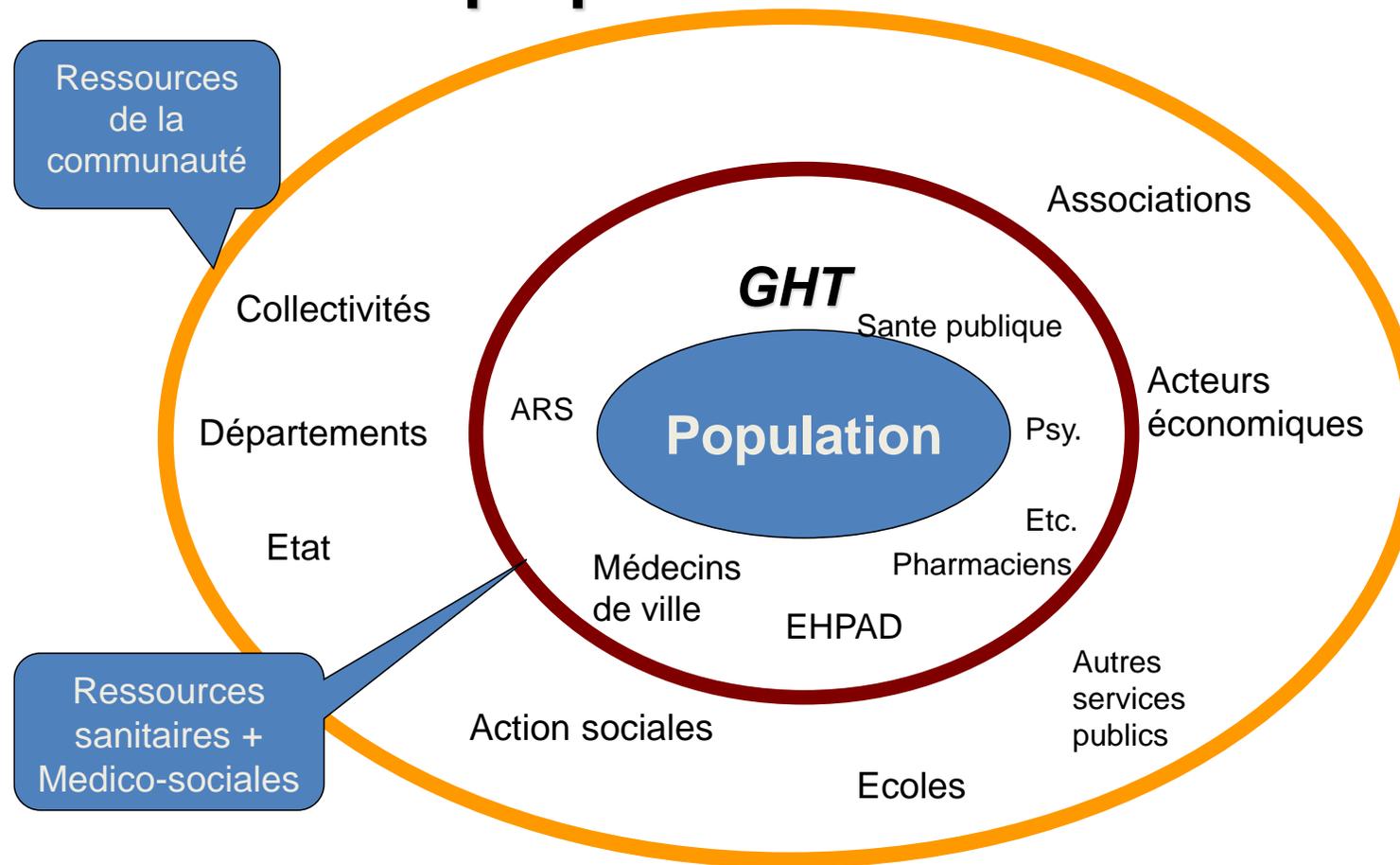


Inspiration de travaux menés au Québec - 2010



Principes d'un système de santé intégré

Impliquer tous les acteurs



Améliorer la pertinence du parcours des patients avec insuffisance cardiaque (IC)

Exemple d'une démarche territoriale

Coordonnée par la Direction régionale du Service médicale de
l'Assurance Maladie et par l'ARS

Sous l'égide de l'IRAPS (instance régionale d'amélioration de la
pertinence des soins)

Principes de l'approche populationnelle

- Connaitre les besoins de la population cible et si possible stratifier cette population selon le niveau de risque
- Rassembler les données probantes
- Faire un diagnostic de situation partagé

Indicateurs Parcours du patient atteint d'insuffisance cardiaque

1. Nombre et délai d'hospitalisations ou ré-hospitalisation non programmées sur un an glissé
2. Délai sortie d'hôpital-1^{er} contact médical (MG et cardiologue) et délai contact médical avant ré-hospitalisation
3. Réadaptation cardiaque (SSR, Kiné)
4. Mortalité globale intra et extrahospitalière
5. Nombre de consultations cardiologiques par an chez les patients stables (définis par l'absence d'hospitalisation sur l'année)

CONTEXTE : CPTS ET PARCOURS DE SOINS

- 2017 : Création des CPTS et augmentation prévue du nombre de CPTS
- Logique de santé d'une population
- **2019: Expérimentation** de l'amélioration du parcours des IC à partir de données probantes
 - Proposée par la CNAM et l'ARS Auvergne Rhône-Alpes
 - 3 CPTS en cours de structuration : Roannais, Vercors et Mauriac
 - Objectif : améliorer la pertinence des prises en charge et l'accès aux soins les plus adaptés
- **2021 : Evalua(c)tion** de cette expérimentation
 - Aider les porteurs à se poser des questions sur les difficultés et les leviers, forces et faiblesses
 - Ouvrir un espace de réflexion avec l'ensemble des PS, des patients et des institutionnels
 - A moyen terme, évaluer l'implémentation et la transférabilité de la co-construction de parcours

PARCOURS IC : LE SOUS GROUPE IRAPS AURA

Rappel composition :

- Pr P Michel président IRAPS
- Drs Alter-Ferotin, Meunier et Vidal, mme K Bonnet (Groupe pertinence AM/ARS, dont référentes pour l'IC);
- Dr Heudron, cardiologue (CROM);
- Dr Bettarel-Binon, angiologue;
- Dr Grosjean, cardiopédiatre;
- Mme C Perret, représentante des usagers (patients);
- Dr Malquarti, cardiologue libéral représentant l' URPS;
- Dr Sebbag, cardiologue chef de service HCL;
- Dr Skrzypczak, MCC MSA Auvergne et membre IRAPS;

2023 : ACTIONS NATIONALES SUR LA THÉMATIQUE

Campagne CNAM sur l'IC « EPOF / EPON » :

- au premier semestre 2023 nouvelle campagne EPOF sur les signes évocateurs d'IC
- campagne EPON (bon gestes à adopter) prévue au 2ème semestre 2023
- A venir :
- Information / outils **pour les médecins traitants** : finalisation d'un Profil patientèle MG (IC + pathologies à risque d'évolution vers l'IC) : mise à disposition prévue fin 2023
- **Enrichissement des profils territoriaux mis à disposition des équipes projet :**

outil de diagnostic territorial : enrichissement prévu pour 2eme semestre 2023 au regard des attendus des équipes pour un meilleur suivi des référentiels de PEC (type d'IC , thérapeutique..)

ACTIONS RÉGIONALES SUR LA THEMATIQUE

Accompagnement par l'AM des 26 établissements ayant contractualisé sur la thématique
Parcours Insuffisance cardiaque :

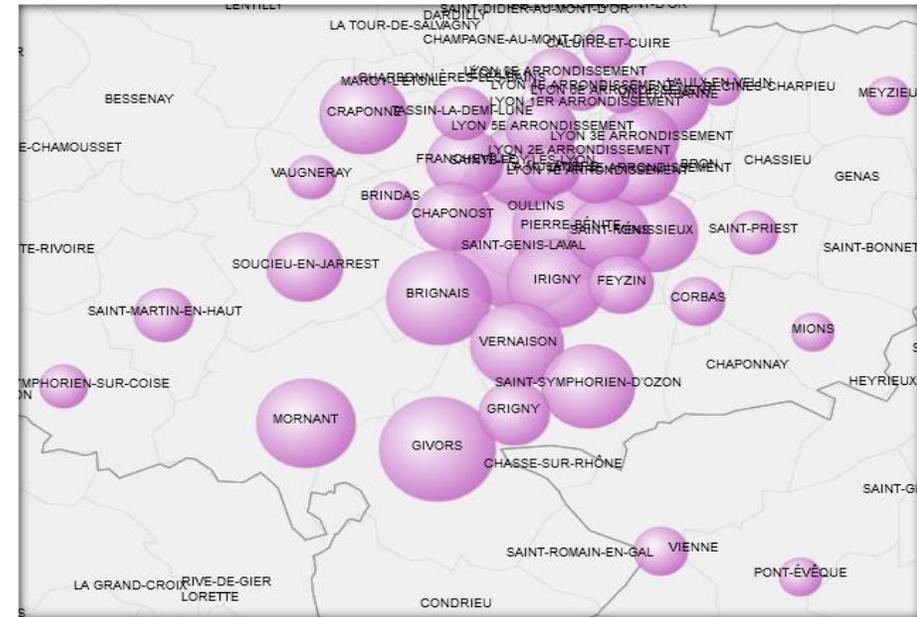
- nombreux documents mis à disposition par les équipes accompagnantes:
 - Liens vers les ressources,
 - Diaporamas de présentation

Promotion du lien ville –hôpital :

- Dispositif Prado
- **Regard global ville/hôpital : informations sur la « zone de Chalandise »** selon profils pathologies cardio vasculaire
 - Support de synthèse sur les CPTS : implantations et projets des CPTS sur l'insuffisance cardiaque ...

Actualités régionales : Article 51 national Cardio + : ESS en Cardiologie.

Déclinaison AuRA : projet de 3 équipes mobiles en Allier en 2023 puis Ain et Hte Loire



EN COMPLÉMENT DE LA SORTIE D'HOSPITALISATION : LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE, LE SUIVI ET LA PRISE EN CHARGE NON MÉDICAMENTEUSE



En AURA, les CPTS se sont prioritairement axées sur « la phase vulnérable » de la post-hospitalisation.

Une 2ème séquence : travailler également sur le diagnostic précoce et la reconnaissance des signes de décompensation, le suivi et la prise en charge non médicamenteuse.

PARCOURS IC : SENSIBILISER AU JUSTE RECOURS AU CARDIOLOGUE

« Adressage Cardiologue »

- réflexion autour des propositions du CMG et CNP de cardiologie: **sensibiliser au juste recours au cardiologue**
- le juste recours au cardiologue implique une **organisation concertée pour répondre aux demandes des équipes de premier recours.**
- accompagner la diffusion de ce document par les préconisations du groupe:
- **courriers du groupe IRAPS IC à destination des CPTS : focus sur les signes de gravité, bilan complémentaire à réaliser pour l'adressage, préconisations de suivi**
- **Présentation aux équipes accompagnant le parcours IC, Référents des Organisations Coordinées (Assurance Maladie).**
- **Présentation en Commission Paritaire Régionale de l'Exercice Coordiné** du courrier IRAPS pour accompagner la diffusion du document CMG/CNP « Faciliter l'adressage des patients en ambulatoire»
- En attente d'un partage direct auprès des professionnels de santé

PARCOURS IC : TRAVAUX DU SOUS GROUPE

« Adressage Cardiologique »

OBJET : AIDE A LA PRATIQUE – CRITERES D'ADRESSAGE CARDIOLOGIQUE

Courrier type, destinataires : CPTS

Bonjour,

Dans le cadre des travaux de l'Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins (IRAPS), nous souhaiterions porter à votre connaissance un outil d'aide à la pratique qui a pour objectif de faciliter l'adressage des patients en ambulatoire aux cardiologues.

Il y est évoqué l'insuffisance cardiaque (IC) qui concerne près de 1,5 million de patients, soit une prévalence estimée de 2 à 3%, en augmentation du fait notamment du vieillissement de la population et d'un sous diagnostic. L'IC est une pathologie grave qui représente la première cause d'hospitalisation des patients de plus de 60 ans (165 000 hospitalisations) et 70 000 décès chaque année et génère un coût important de santé, estimé à 3,1 milliards d'euros en 2019 pour 870 000 assurés concernés.

L'optimisation du parcours de soins du patient insuffisant cardiaque est en AuRA un axe de travail prioritaire identifié dans le Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins 2020-2023.

Un point de rupture majeur du parcours réside dans le repérage et le diagnostic trop tardif. Afin d'améliorer le repérage des signes avant-coureurs, une campagne nationale de sensibilisation pour tous, grand public et professionnels, a été lancée en synergie avec la Journée Mondiale du Cœur le 29 septembre 2022. Celle-ci a permis de rappeler les signes de décompensation à connaître EPOF devant amener à consulter :



Un autre point de rupture potentiel concerne la coordination des professionnels de santé, notamment médecins traitants et cardiologues, en sortie d'hospitalisation mais aussi en amont, afin d'éviter des hospitalisations potentiellement évitables.

Votre rôle en tant que CPTS est majeur dans l'organisation de la continuité des soins en vue de faciliter l'accès aux demandes pertinentes des professionnels de santé. Le juste recours au cardiologue implique une organisation concertée sur votre territoire pour répondre aux demandes des équipes de premier recours.

Dans ce contexte et dans le cadre des travaux de l'Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins (IRAPS) en lien avec des cardiologues, nous vous proposons un outil d'aide à la pratique réalisé par les Conseils Nationaux Professionnels. L'objectif de cet outil est de faciliter l'adressage des patients en ambulatoire aux cardiologues, en définissant des critères de priorité et en listant les informations essentielles à transmettre.

En ce qui concerne l'Insuffisance Cardiaque, le groupe de travail IRAPS souhaite mettre en exergue les éléments suivants :



1

- Si signes de gravité : SpO2 <92% fréquence respiratoire >25 /min, hypotension artérielle ou signe(s) d'hypoperfusion – froideur des extrémités, marbrures, trouble de vigilance, oligo-anurie → orientation vers les urgences.
- En cas de décompensation cardiaque (signes EPOF : essoufflement, prise de poids, œdème, fatigue) sans signe de gravité → Avis cardiologique rapide dans les 48h, en cas de difficulté rencontrée par le médecin traitant.
- Faire réaliser en parallèle de l'orientation un bilan biologique du type : BNP, ionogramme sanguin, créatinémie, NFS, TSH. Réaliser un ECG si disponible.
- Intérêt de la mise en place d'une organisation concertée sur votre territoire en lien avec médecins généralistes, les cardiologues & les structures d'exercice coordonné (CPTS ; MSP) afin de faciliter l'adressage lorsque la situation le nécessite.
- Tout patient hospitalisé pour décompensation doit bénéficier d'une consultation avec un cardiologue : idéalement dans un délai d'un mois suivant la sortie.
- Il est important de rappeler aux patients IC qu'ils doivent bénéficier d'un suivi au long cours par le cardiologue.

En complément des préconisations des Collèges Professionnels, nous sommes bien conscients de l'importance du sens clinique du médecin et de sa connaissance des singularités de chaque patient.

Vous souhaitant bonne lecture du document joint.

Cordialement,

Le groupe « Insuffisance Cardiaque » de l'IRAPS



2



Faciliter l'adressage des patients en ambulatoire Propositions des Collèges Nationaux Professionnels de Médecine générale et de cardiologie

Préambule et objectif

Selon un rapport d'octobre 2018 de la DREES, les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous avec un médecin généraliste s'allongent avec aujourd'hui une moyenne de 6 jours, et les délais pour une consultation avec un cardiologue sont de 50 jours (1). Une étude du Syndicat National des Cardiologues en 2020 retrouve une disparité nationale des rendez-vous allant de 15 jours à 1 année avec une moyenne de 110 jours (référence ou lien).

Le vécu des professionnels de terrain face à la problématique d'accès aux soins de leurs patients en cardiologie inquiète et interroge les professionnels de terrain.

Face à cette problématique, un groupe de travail réunissant le Conseil National Professionnel pour la médecine générale, le Collège de la Médecine générale (CMG), et le Conseil National Professionnel de cardiologie (CNPVCV), s'est mis en place pour tenter de faciliter l'adressage des patients en ambulatoire. Ce groupe de travail s'est réuni à plusieurs reprises au cours de l'année 2021 pour tenter, à travers les regards croisés des deux collèges disciplinaires et à la lumière des recommandations de bonnes pratiques, de réfléchir à l'amélioration du parcours de soins des patients prenant en compte les limites de l'offre de soins.

Pour le groupe de travail, il semblait essentiel d'apporter, à travers des exemples concrets de pathologie, une réflexion sur la priorisation dans l'adressage de certains profils de patients. Les réflexions ont également pris en compte l'élargissement récent des outils à disposition pour la coordination des soins entre médecins généralistes et cardiologues, notamment la télé-expertise. Un travail complémentaire avec la CNAM sera nécessaire au décours pour définir des propositions concrètes d'amélioration du financement de la coordination entre médecins.

Le but de cette réflexion commune est de faciliter l'adressage des patients suivi en ville par le médecin généraliste, adressage pour un avis et une prise en charge spécialisée.

Un objectif : optimiser la prise en charge de nos patients, améliorer le parcours du patient avec une maladie cardiaque.

Un moyen : réfléchir à la rédaction de préconisations d'adressage, dont pourront se servir nos confrères généralistes et cardiologues de façon concrète.

Une nécessité : ne pas être chronophage, ni pour les uns ni pour les autres.

Un incontournable : suivre en les adaptant les recommandations des sociétés savantes.

Ce document de travail n'a pas vocation à remplacer les recommandations de bonne pratique clinique ou des sociétés savantes mais à apporter une réflexion sur le parcours de soins des patients. Les situations de patients nécessitant une prise en charge hospitalière urgente et aigue n'ont volontairement pas été traitées.

Afin d'éclairer les pratiques, le groupe de travail a fait le choix de réfléchir par grandes pathologies, en sachant que les patients entrent rarement dans les pathologies de façon isolée. Le sens clinique du médecin et ses connaissances sur la situation du patient lui permettront de faire un diagnostic de situation, et il est tout à fait possible que dans certains cas ces préconisations ne soient pas adaptées.

DÉTECTER ET INCLURE LES PATIENTS NÉCESSITANT DES SÉANCES D'ETP

- Education thérapeutique :

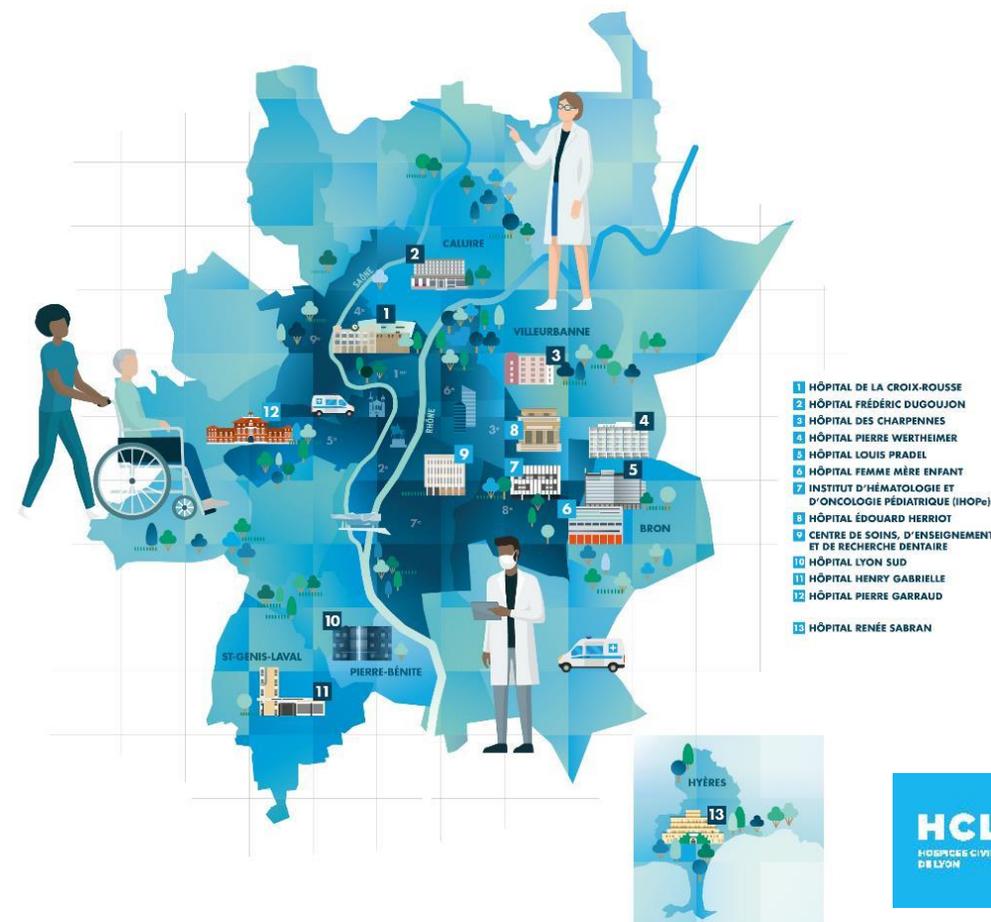
→ **Elaborer des outils pour détecter et inclure les patients qui nécessiteraient des séances d'ETP**

- Partage par Mme Perret des associations Coeur & Santé

- Intérêt du questionnaire DERIC (initie la discussion), mais reste à identifier les modalités de partage du questionnaire DERIC par le Dr SEBBAG et de potentielles modifications à y apporter

EXEMPLE 2 À POINT DE DÉPART HOSPITALIER: AMÉLIORER L'ACCÈS ET LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

- Projet d'établissement HCL 2018-23
- Approche populationnelle PSH
- Les personnes en situation de handicap ont des besoins spécifiques qui ne sont pas toujours connus, reconnus et pris en compte
- constituent une population très hétérogène et présentent des types variés de déficiences (motrices, intellectuelles, mentales et sensorielles) qui génèrent des vulnérabilités de nature et d'ampleur différentes, sanitaires, sociales, économiques.



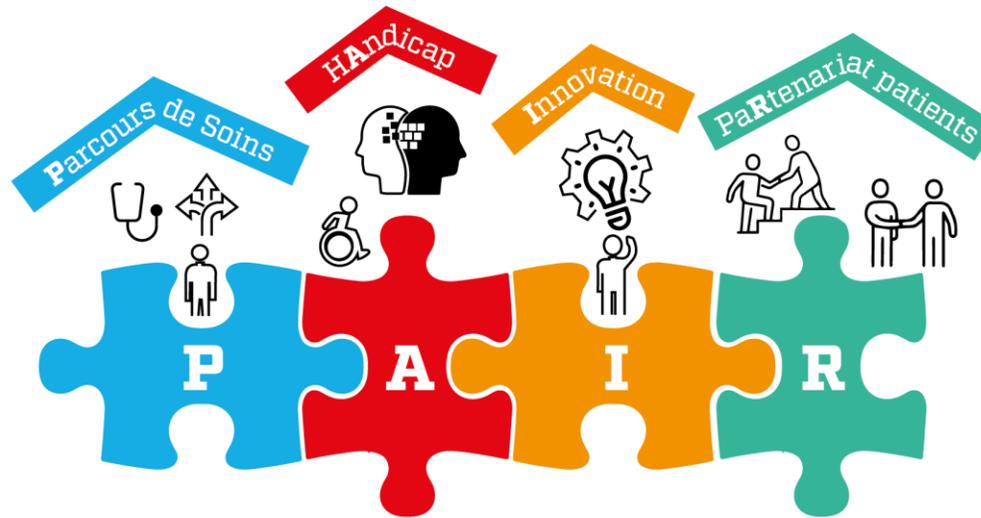
UNE DÉMARCHE TERRITORIALE

20

- Un copil handicap participatif
 - HCL, Mairie de Lyon, Métropole de Lyon, Assurance Maladie, Associations de patients et représentants des usagers
- Un plan d'action structuré et suivi
 - Prenant en compte les actions des différentes directions et services
- Une sensibilisation générale
 - https://www.google.com/search?q=youtube+hcl+handicap&rlz=1C1GCEA_enFR1042FR1042&oq=youtube+hcl+handicap&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOdIBCjE0MTk3ajBqMTWoAgCwAgA&sourceid=chrome&ie=UTF-8#fpstate=ive&vld=cid:cacecfdc,vid:8_w1XY5f-BA,st:0
- Des professionnels recours dans chaque GH
 - <https://intranet.chu-lyon.fr/silverpeas/Publication/54913>

Appel à projet HCL-Métropole

Appel à projets **PAIR**
Parcours de soins, **H**Andicap, **I**nnovation,
PaRtenariat patient



OBJECTIF

- Développer des solutions **innovantes** qui facilitent le parcours de la personne en situation de **handicap** par des méthodes valorisant le **partenariat patient, et incluant les aidants**
- **Cibles** : professionnel de santé ou médico-social, personne concernée, association, entreprise, ...
- **Projets innovants attendus** : service, produit, solution organisationnelle, logiciel ou application informatique, objet connecté, ...

PROJETS LAURÉATS: PRÉVENTION

23

● 2022

- **1^{er} prix - TIPS-PC** : rééducation intensive pour les enfants touchés par une paralysie cérébrale (outils d'information et de communication, liens ville-hôpital, liens avec les thérapeutes de proximité) 
- **2^{ème} prix - EMOCARE** : amélioration du parcours de soins aux urgences pédiatriques pour les enfants atteints par des troubles du spectre de l'autisme (supports digitaux pour professionnels), en lien avec la fondation ARHM (hôpital St Jean de Dieu) 
- **Prix du jury - Consultation** d'accompagnement à la parentalité pour les personnes en situation de handicap (avant, pendant et après la grossesse) 

● 2023

- **1^{er} prix – Appli mobile pour personne handicapée (UGECAM Rhône Alpes)** : QR code permettant d'informer les professionnels de santé des besoins spécifiques de chaque personne handicapée (prototype AURA avec perspective de diffusion CNAM) 40K€
- **2^{ème} prix – Assistant numérique des troubles cognitifs liés au cancer (CRCI)**: agent conversationnel pour favoriser le dépistage et l'orientation des patients (issu HHL, start up incubée par PULSALYS, CRNL/H. Henry Gabrielle) 24,5K€
- **Prix du jury (accompagnement sans financement)- DéfiS-AccISS** : accompagnement à la santé affective et sexuelle pour les ados porteurs de troubles du développement intellectuel (formation, production de ressources et expérimentation locale au GHE – lien avec les services de la Métropole)

EN GUISE DE MESSAGE À GARDER...

L'APPROCHE POPULATIONNELLE PEUT ÊTRE CONSIDÉRÉE COMME SOURCE DE CHANGEMENT RADICAL

- Perspective du patient, de ses besoins et de son expérience
- Importance des données épidémiologiques, de systèmes d'informations et de référentiels (organisation, pratique)
- Bien repérer les acteurs concernés sur son territoire
- Long travail d'inter-connaissance, de leadership, de définition des rôles et responsabilités, de coordination...
 - Le périmètre « d'équipe » est revisité

Le coût d'entrée dans cette approche est important
mais nous n'avons pas le choix !