

“Hier encore, on mourrait de ces
maladies, aujourd’hui elles nous
accompagnent toute notre vie”
André Grimaldi, diabétologue



De quelles
maladies
parle-t-il ?



Université Claude Bernard Lyon 1



Année universitaire 2022-2023

Master M1 « Méthodologie d'évaluation médico-économique
dans les systèmes de Santé » - Pr C. COLIN

Module A : Notions fondamentales en économie générale et de la santé, sous
la direction de C. Fiume-Lachaud

Les innovations dans les modes d'organisation des soins.

DESOMBRE Camille
MICHAUD Louis
TREPPOZ Luce

I. Introduction.....	3
II. Un système mis à mal par l'accroissement des maladies chroniques.....	5
A. État des lieux sur la maladie chronique : définition, chiffres et évolution	6
1) Définir et chiffrer les maladies chroniques en France	6
2) Comprendre les causes de leur accroissement	7
B. État des lieux sur le système de santé : poids économique, réformes et limites.	10
1) Retour sur la mise en place des Affections Longue Durée	10
2) Affections Longue Durée : un système demandeur d'amélioration et d'innovations accompagnatrices.....	13
III. Qui doit favoriser la prise de conscience du patient et sa responsabilisation.	16
A. Faire de la prévention un axe principal du système de santé.....	16
1) Les actions contre les facteurs de risques	18
2) La systématisation des approches de prévention dans les pratiques médicales	21
3) Le numérique	23
B. L'éducation thérapeutique du patient (ETP)	24
IV. Et se réorganiser pour être plus efficace face à l'évolution des besoins sanitaires de sa population	30
A. Un renforcement des soins primaires et collectifs	30
B. Des incitations financières	35
C. La E-santé.....	41
V. Conclusion.....	46
VI. Bibliographie	49
VII. Annexes	52

Comment le système de santé innove pour mieux prendre en charge les **maladies chroniques** ?

- I. Définition, chiffres et système actuel
- II. Nouvelles approches : Agir avec le patient
- III. Réorganiser le système

Comment le système de santé innove pour mieux prendre en charge les **maladies chroniques** ?

Objectifs du cours

- Savoir définir une maladie chronique et comprendre son enjeu en santé publique
- Comprendre comment le système de santé prend en charge les maladies chroniques actuellement
- ...
- Comprendre comment optimiser le système de santé pour mieux prendre en charge les maladies chroniques
- Avoir une idée des financements qui soutiennent cette optimisation

Partie 1 :
Les maladies chroniques
DÉFINITION, CHIFFRES,
SYSTÈME ACTUEL

Selon le Haut Conseil de la santé publique, une **maladie chronique** est :

un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive (...) avec une ancienneté minimale de **trois mois** (...) et un **retentissement sur la vie quotidienne** comportant au moins l'un des trois éléments suivants :

- une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale
- une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle
- ou encore de la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soin médico-social

Savoir définir une maladie chronique

VIH

Diabète de
type 1 et 2

Infarctus du
myocarde

Asthme

dépression

4 catégories représentent 75% des pathologies

Alzheimer

épilepsie

Cancers

Scoliose

Comprendre en quoi c'est un enjeu de santé publique

- ❖ 40% (20 millions) de la population française atteints d'une maladie chronique
- ❖ 25% de la population atteints de deux pathologies chroniques
- ❖ 2006 : l'organisation mondiale de la santé (OMS) parle d'**épidémie**
- ❖ 2011 : l'ONU déclare les maladies chroniques comme "l'un des principaux défis pour le développement au XXIème siècle"

La mortalité diminue mais leur fréquence augmente

***ACCROISSEMENT,
Pourquoi ?***

- ❖ Progrès en médecine
- ❖ Vieillissement de la population
- ❖ Facteurs de risques comportementaux

❖ Progrès en médecine

QUELQUES EXEMPLES :

Diabète : invention de l'insuline en 1922

VIH : invention de la trithérapie en 1995

Cancer : immunothérapie pour les cancers du sein

Chronicisation des pathologies

❖ Vieillesse de la population

	Femmes	Hommes
Espérance de vie	85,3 ans	79,3 ans
Espérance de vie en bonne santé	64,1 ans	62,7 ans

 vieillissement =  polymorbidité :

42 % des hommes et **31 %** des femmes de 85 ans et plus sont concernés par la **pluripathologie chronique**.

❖ Facteurs de risques comportementaux

 : 12 millions de fumeurs quotidiens = 75 000 décès, 1 français sur trois qui fument quotidiennement

 : consommation hebdomadaire chez les 18-30 ans : 32,5 %

 : obésité, diabète, hypercholestérolémie, athérosclérose...

 : 37% des 6-10 ans et 73% des 11-17 ans n'atteignent pas les recommandations !

Cadre socio-économique, chômage, temps de sommeil, utilisation excessive des écrans...

**Les maladies
chroniques**
POIDS ÉCONOMIQUE

- ❖ Santé en 2021 : 226 Milliards euros = 9,1% du PIB
- ❖ Maladies chroniques : 62% des dépenses en santé pour 36% des assurés

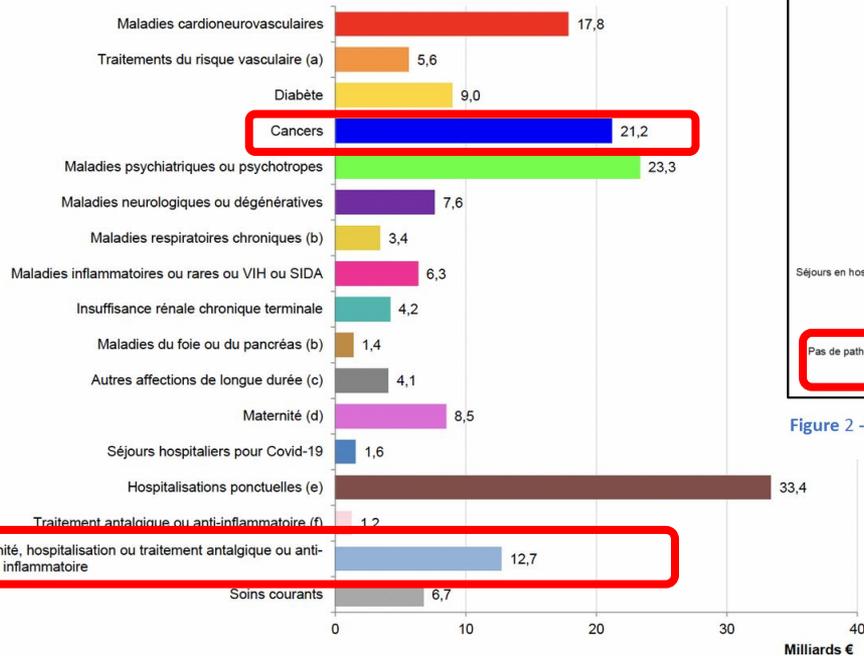


Figure 1 - Répartition des dépenses d'assurance maladie remboursées pour l'ensemble des régimes en 2020

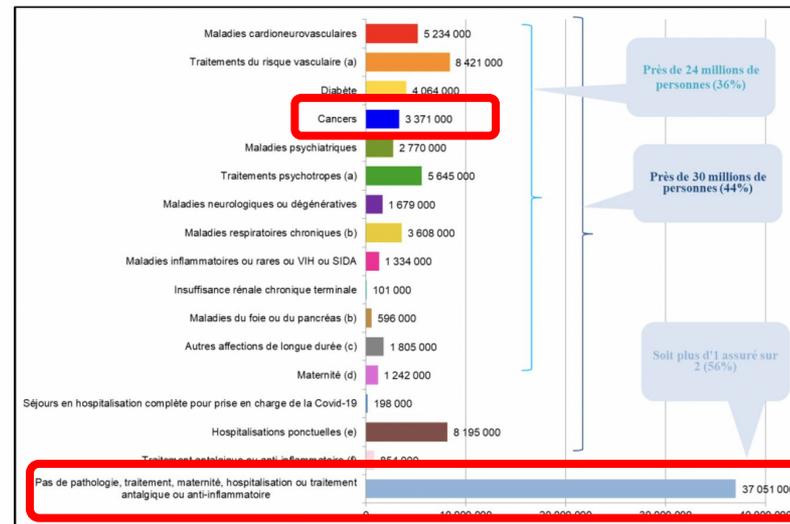


Figure 2 - Nombre de bénéficiaires traités en 2020 par groupe de pathologie ou situation de soins

- ❖ Santé en 2021 : 226 Milliards = 9,1% du PIB
- ❖ Maladies chroniques : 62% des dépenses pour 36% des assurés

Quelle prise en charge des maladies chroniques est actuellement proposée en France ? À quel prix pour le système de santé ?

Est-elle optimale pour le bien-être des patients et pour l'équilibre économique de l'Assurance Maladie ?

**Aujourd'hui comment les maladies chroniques
sont-elles prises en charge par le système français ?**

Les Affections Longue Durée (ALD)

Mise en place, définition, chiffres, évolutions et limites

Connaître le système ALD

Ordonnance du 19 juin **1945** : deux régimes : “assurance maladie” et “assurance de longue maladie”

Depuis 2004, le code de la sécurité sociale établit 29 maladies dites ‘ALD’

En 1969, 21 maladies sont considérées comme affections longue durée

Mise en place

ALD exonérantes :

ALD 29

ALD 31 : affections hors liste de pathologies graves nécessitant un soin de plus de **6 mois**

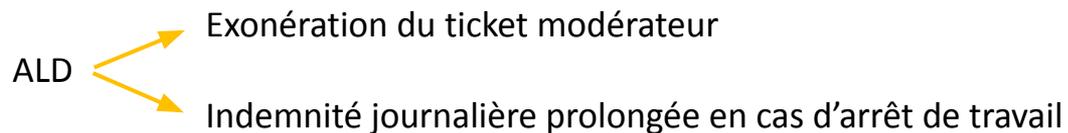
ALD 32 : poly-pathologies

ALD non-exonérantes

La liste exhaustive des dites "ALD 29"

- [scoliose](#) idiopathique structurale évolutive ;
- [spondylarthrite](#) grave ;
- [tuberculose](#) active, lèpre ;
- tumeur malignes, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique dont :
 - cancer [colorectal](#) ;
 - cancer de la [peau](#) ;
 - cancer de la [prostate](#) ;
 - cancer de la [thyroïde](#) ;
 - cancer de la [vessie](#) ;
 - cancer des [voies aéro-digestives supérieures](#) ;
 - cancer du [col de l'utérus](#) ;
 - cancer du [poumon](#) ;
 - cancer du [sein](#) ;
 - [lymphome](#).
- vascularites, [lupus](#) érythémateux systémique, sclérodermie systémique.

- [accident vasculaire cérébral invalidant](#) ;
- affections psychiatriques de longue durée dont [dépression](#) récurrente, troubles [bipolaires](#) ;
- [rectocolite hémorragique](#) et [maladie de Crohn](#) évolutives ;
- [artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques](#) ;
- diabète de type 1 et diabète de type 2 de [l'adulte](#) ou de [l'enfant](#) ;
- bilharziose compliquée ;
- [déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé](#), infection par le virus de l'immunodéficience humaine ([VIH](#)) ;
- formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), [épilepsie](#) grave ;
- hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères ;
- hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves ;
- [insuffisance cardiaque](#) grave, [troubles du rythme](#) graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves ;
- insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques ;
- insuffisance respiratoire chronique grave : [BPCO](#), [asthme](#) grave ;
- maladie [d'Alzheimer](#) et autres démences ;
- maladies chroniques actives du foie ([hépatite B](#) ou [C](#)) et [cirrhoses](#) ;
- maladie coronaire : [infarctus](#) du [myocarde](#) ;
- maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé ;
- [mucoviscidose](#) ;
- maladie de [Parkinson](#) ;
- néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ([insuffisance rénale](#)) ;
- paraplégie ;
- [polyarthrite rhumatoïde](#) évolutive ;
- suites de transplantation d'organe ;
- [sclérose en plaques](#) ;



Exemple pour une consultation à 25 €



- Prise en charge de l'assurance maladie à 70 %
- Participation forfaitaire
- Ticket modérateur

ALD exonérantes :

ALD 29

ALD 31 : affections hors liste de pathologies grave nécessitant un soin de plus de 6 mois

ALD 32 : poly-pathologies

ALD non-exonérantes



Ordonnance bizona

Articles L. 322-3, 3° et 4°, L. 324-1 et R. 161-45 du Code de la sécurité sociale.

n° 14465*01

<p>Identification du prescripteur <i>(nom, prénom et identifiant)</i></p> <p>N° RPPS :</p> 	<p>Identification de la structure <i>(raison sociale du cabinet, de l'établissement et N° AM, FINESS ou SIRET)</i></p> <p>N° FINESS :</p> 
--	--

Identification du patient
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et à 1° y a lieu) à compléter par le prescripteur)

N° d'immatriculation à compléter par l'assuré(e) :



Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONERANTE)

CECI N'EST QU'UN APERÇU !
SPECIMEN
UNE BON À TIRER VOUS SERA ENVOYÉ PAR EMAIL POUR VALIDATION

Plan Seguin en 1996

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)

9F40703140010



- ❖ **10,7 millions patients (17%)** sous le système d'ALD

Souvenez-vous quel pourcentage de la population est touchée par une maladie chronique ?

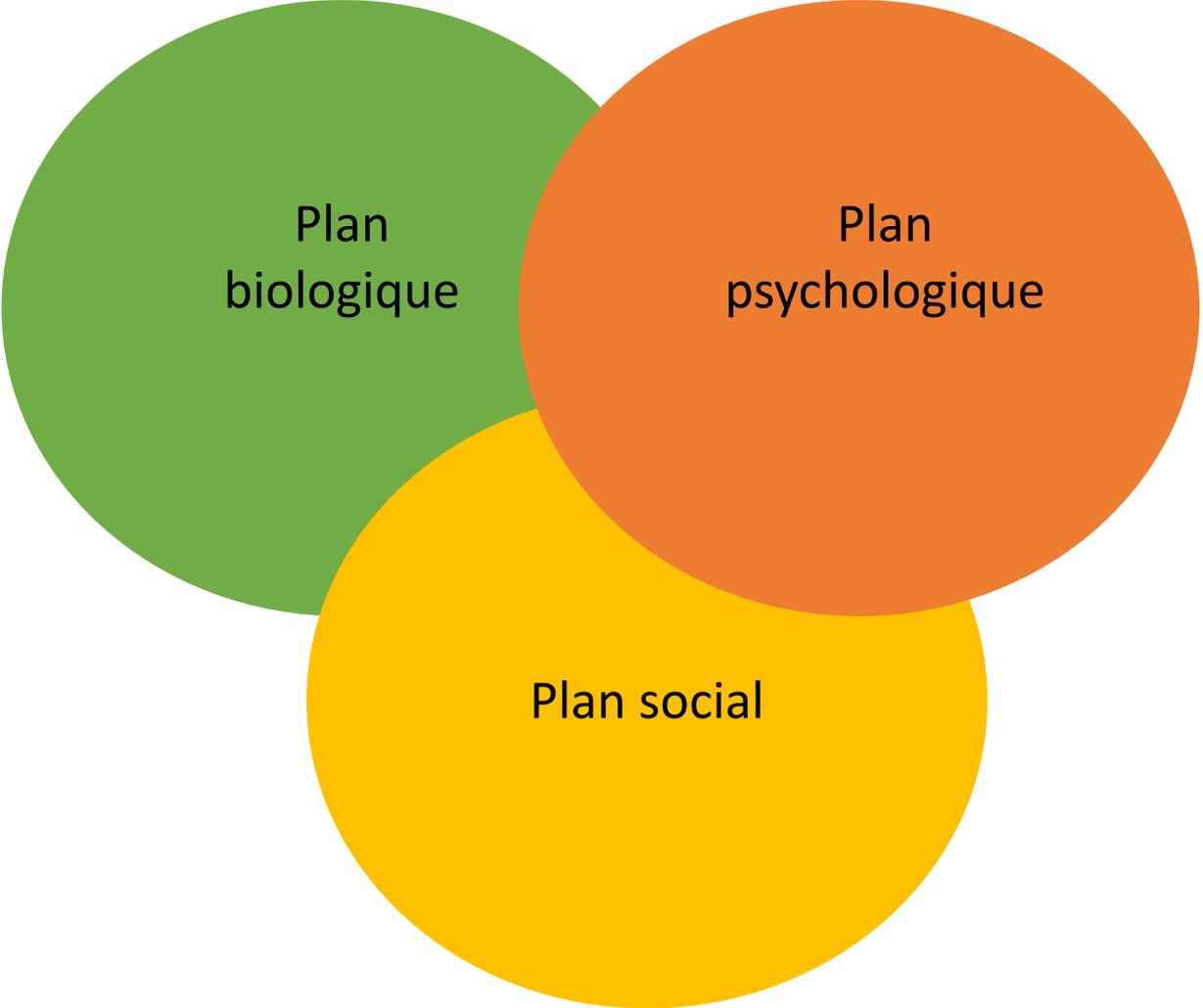
- ❖ Dépenses des patients en ALD en moyenne **7 fois** plus élevées que le reste de la population
- ❖ Reste à charge des patients en ALD **1,6 fois** plus élevées que le reste de la population

**Un système
construit
autour de la
médecine de
l'aigu**

- Rencontres ponctuelles
- Soins curatifs
- Parcours de soin construits autour de l'hôpital
- Sur-spécialisation des médecins
- Se reflète dans les modalités de facturation et de rémunération : paiement à l'acte

Une approche selon un modèle **bio-psycho-social**

Prenons l'exemple du diabète



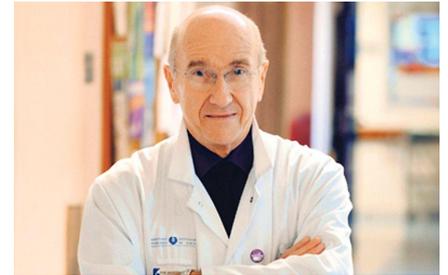
Plan
biologique

Plan
psychologique

Plan social

“Il est grand temps de mettre le cap sur la troisième médecine, celle de la prévention et du traitement des maladies, où pour se soigner, le patient doit devenir actif et adopter de nouveaux comportements”

André Grimaldi, diabétologue



Que peut-on faire en agissant pour le **patient** ?

Partie 2

Agir pour les patients

- I. La prévention
- II. L'éducation thérapeutique

Agir pour le patient → réduire la fréquence des maladies chroniques par la prévention

Faire de la prévention un axe principal du système de Santé

L'OMS a considéré en 1948 que « *la prévention est l'ensemble de mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps* »

Les différents types de prévention

- Prévention primaire : vaccination, agir sur les facteurs de risques
- Secondaire : dépistages
- Tertiaire : agir sur les complications et les risques de récives





La prévention en France, pas un point fort...

- Objectifs définis dans le Programme National de Santé Publique (2018/2022)
- Résultats difficiles à chiffrer et à évaluer/ Objectifs pas toujours clairs
- Une **population peu sensibilisée** (faibles taux de participation à la vaccination et aux dépistages)
- Et beaucoup d'acteurs..
- Malgré un budget comparable aux pays voisins

SSU : Service de Santé Universitaire

Tél. 04 27 46 57 57

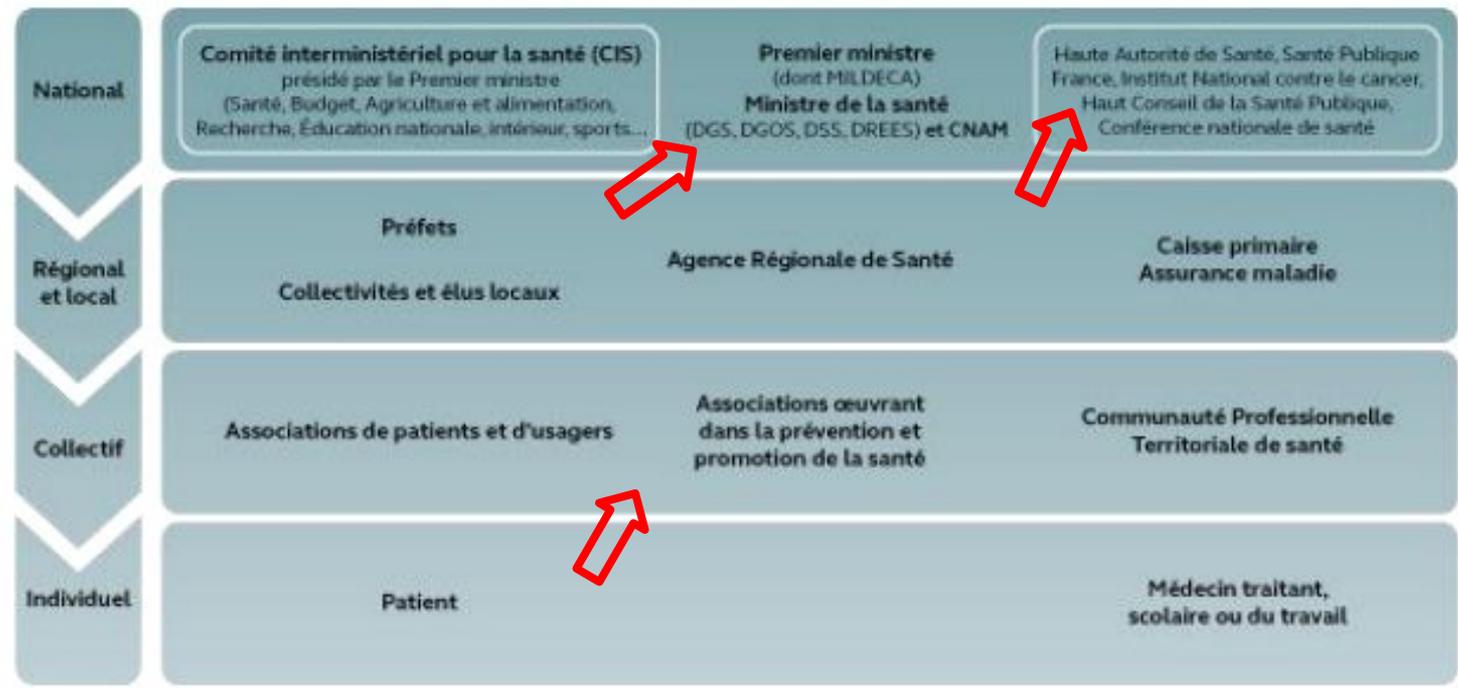
Mail ssu@univ-lyon1.fr





Qui organise la prévention ?

Schéma n° 4 : les principaux acteurs de la politique de prévention en santé



Source : Cour des comptes



Comment améliorer l'efficacité de la prévention ?

- ❖ Agir sur les facteurs de risques
- ❖ La prévention au centre des pratiques médicales

Les facteurs de risques

Non modifiables (âge, sexe, génétique)

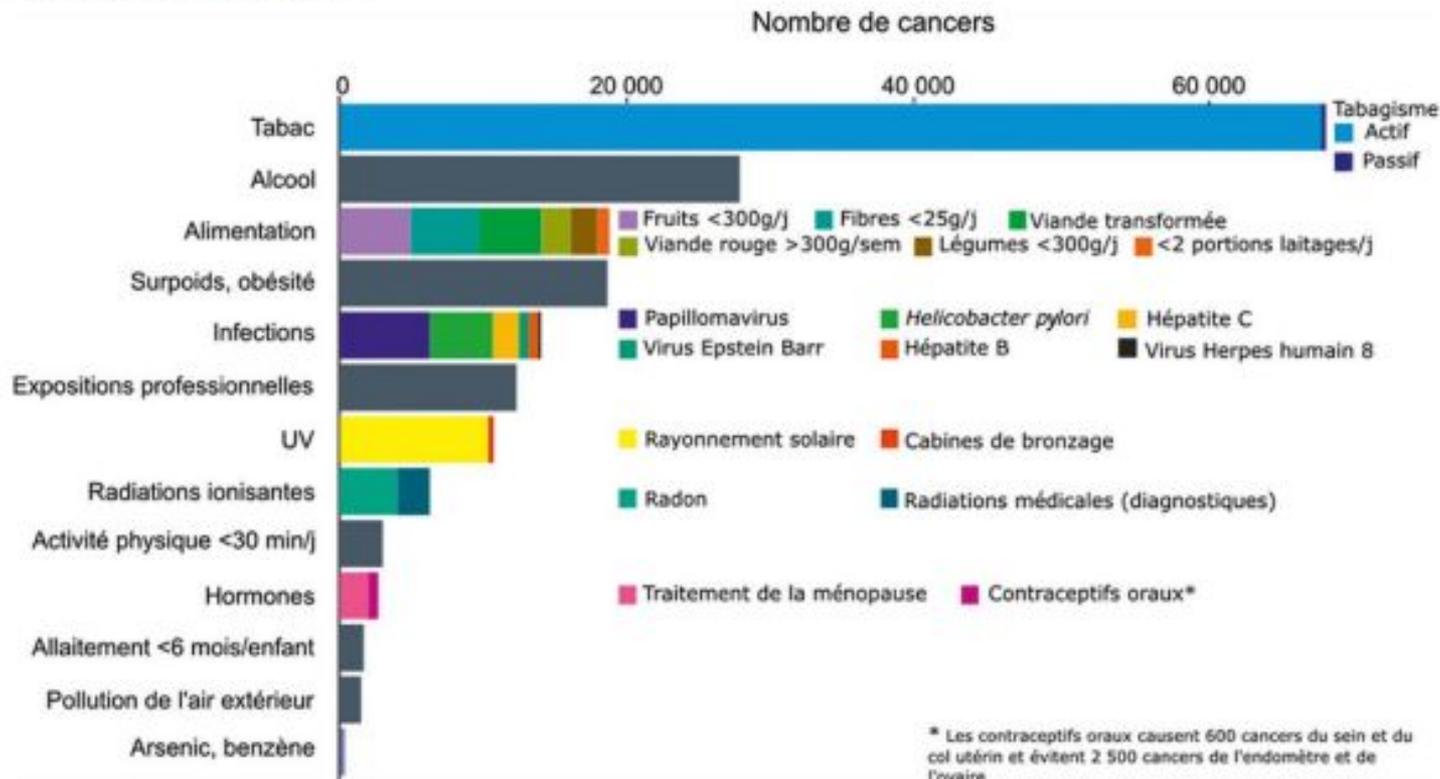
Modifiables :

- Sociaux, psychologiques
- Environnement
- Nutrition (sucre, malnutrition, alcool)
- Activité physique
- Toxiques (métiers à exposition, tabac, drogues)

→ Il est important de favoriser et encourager les comportements protecteurs.

Graphique n° 2 : poids des facteurs de risques à l'origine des cas de cancers évitables

Nombre de nouveaux cas de cancers attribuables aux facteurs liés au mode de vie et à l'environnement chez les adultes de 30 ans et plus, France, 2015



Agir sur les facteurs de risques

- ❖ Accès aux produits à risque (prix, âge, Génération sans tabac 2032)
- ❖ Contrôles (routier et taux d'alcoolémie, règles industrielles)
- ❖ Publicité (loi Galottin)
- ❖ Incitation aux comportements : Maisons sport santé et incitation à l'activité physique (Ex : Saint Priest)



EXEMPLE: Ecosse, première nation en 2018 à instaurer un plancher tarifaire pour la vente d'alcool

Informier le consommateur de la qualité de son alimentation : "empowerment"

NUTRI-SCORE



→ Rendre le consommateur capable de choisir une alimentation "saine" protectrice de complications.

- Création en 2017 par SPF et première apparition en France
- Utilisé par 7 pays aujourd'hui (Belgique, Suisse, Pays-Bas, Allemagne, Espagne, Luxembourg, France)
- Algorithme dépendant de la qualité nutritionnelle des ingrédients et attribution d'un score sur 100, puis d'une lettre.
- Volontariat de l'industriel

La prévention par les professionnels de santé

- Augmenter le nombre de professionnels en mesure d'effectuer de la prévention (IPA, assistants médicaux)
- Régulariser les interactions a but préventif (consultations dédiées (Allemagne))
- Référentiel des actes de prévention (US: US Preventive Task Force, Suisse)).

Agir pour le patient → en atténuant la gravité des maladies chroniques par l'éducation thérapeutique

Remettre le patient au
centre de sa prise en
charge par l'éducation
thérapeutique

Éducation Thérapeutique du Patient (ETP)

Comment le patient devient acteur?

- Se définit comme un *processus continu* dont le but est d'aider les patients à **acquérir et maintenir les compétences** nécessaires à la **gestion optimale de leur vie avec une maladie chronique**
- Mise en place par le développement de deux compétences:



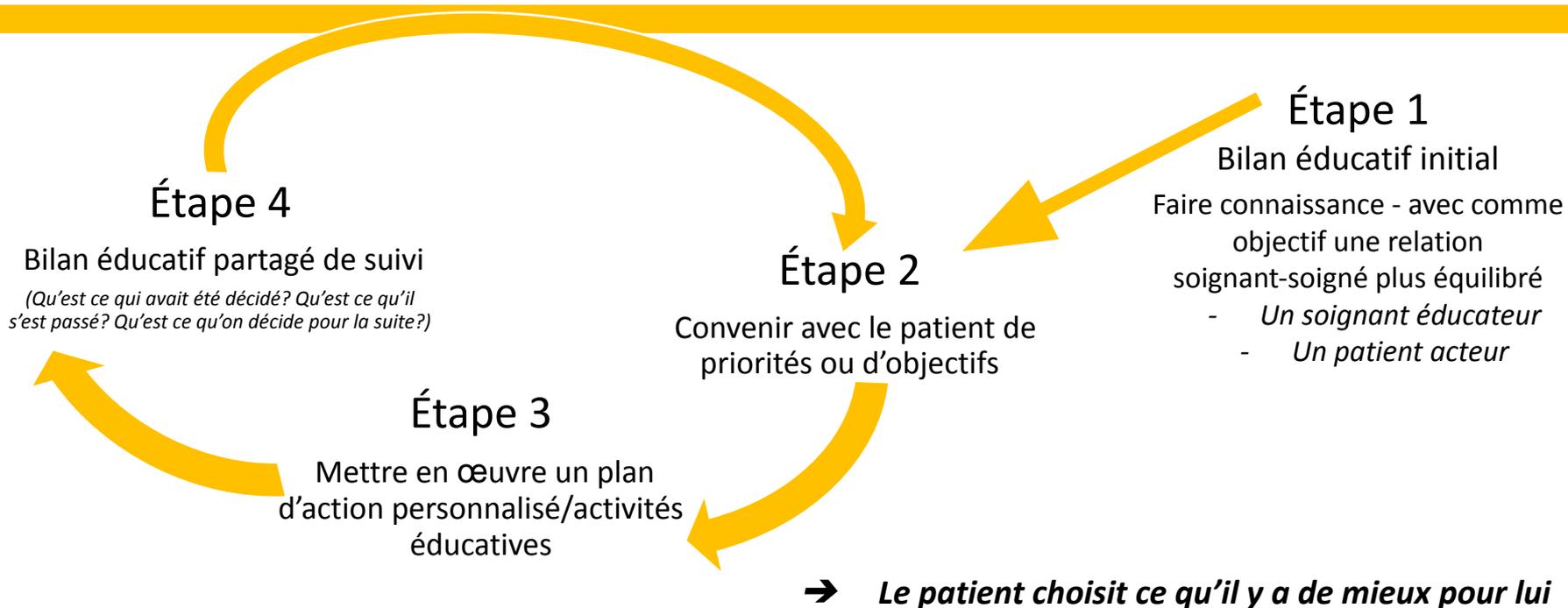
Acquisition et maintien de compétences d'auto-soins



Mobilisation de compétences d'adaptation

- L'ETP une réponse aux besoins d'un patient acteur

Les étapes du bilan diagnostique



Les impacts de l'ETP

- Au niveau du ressenti du patient
 - ✓ Évolution du mode de vie : plus (+) en confiance face à une situation d'urgence de sa vie de patient
 - ✓ Une plus grande proximité et une confiance réciproque dans la relation soignant
 - Au niveau économique
 - ✓ Études médico-économiques insuffisantes mais globalement le patient acteur permet d'éviter des coûts
 - ✓ 3 pathologies se distinguent tout de même avec une ETP bénéfique : l'asthme pédiatrique, le diabète de type 1 et les maladies chroniques cardiaques.
-

L'exemple du diabète

Maladie chronique qui touche 1 personne sur 11

Avec un certains nombres de complications

Elle nécessite :

- Traitement à vie par insuline
- Équilibre alimentaire
- Activité physique régulière

L'ETP révèle:

- Amélioration de l'observance car le patient connaît sa maladie, sait à quoi sert son traitement et comment l'utiliser (pompe à insuline, stylo injecteur...)
- Amélioration du contrôle de la maladie: équilibre glycémique et lipidique
- Plus forte implication du patient
- Meilleur suivi



Agir sur le **système** (par système on peut entendre infrastructures) ?

Partie 3:

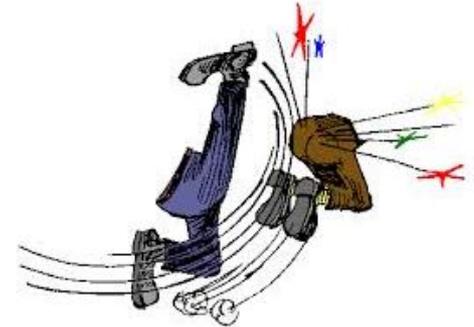
Réorganiser le système pour mieux prendre en charge les maladies chroniques

Renforcer les soins primaires et collectifs

- ❑ Délester l'hôpital des tâches pour lesquelles il n'est pas approprié (suivi maladie chronique au long cours)
- ❑ Réduire les temps d'hospitalisation inutiles
- ❑ Ex : chirurgie (cataracte, hernies, extractions dentaires), psychiatrie

1. Le virage ambulatoire :

“tout ce qui devrait stricto sensu conduire à un transfert de l'hôpital vers la ville, et recouvre aussi le transfert d'activité intra hospitalière du conventionnel vers le secteur ambulatoire hospitalier (hôpitaux de jour, consultations).” (HCSP)





Les soins primaires

- Structures : Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, Centres De Santé, cabinets, HAD
- Suivi plus rapproché et approfondi
- Proche de l'environnement de vie
- Prise en charge complète sur le même lieu

➤ Déceler plus tôt, mieux accompagner



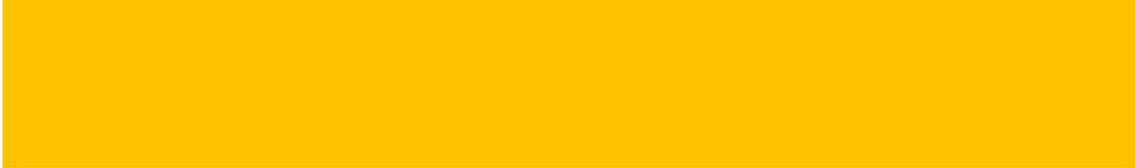
Les MSP (*Maison de Santé Pluriprofessionnelles*) (des bénéfices partagés)



- Une relation approfondie pour promouvoir et prévenir
- Une réponse collective pour une meilleure prise en charge
- Moins de contraintes pour les professionnels
- Des associations de patients favorables (AVECsanté)

Des soins primaires bien répartis et coordonnés

- CTPS (Communauté Territoriale Professionnels de Santé) :
Une CPTS est un collectif d'acteurs de santé, créé à leur initiative, afin de renforcer leur coordination et améliorer la prise en charge de la population de leur territoire. Cela peut prendre la forme d'une Équipe de Soins Primaires (ESP).
 - ESP (Équipe de Soins Primaires) :
(MSP, Centre De Santé, Cabinets libéraux) : professionnels de santé qui assurent leurs pratiques ensemble, autour d'un projet commun afin de faciliter le parcours de la patientèle.
-



Des incitations financières
pour favoriser l'évolution de
l'exercice



Retour sur les MSP

- Les rémunérations versées aux structures reposent sur un système de points concernant trois axes:
 - l'accès au soin
 - le travail en équipe
 - la coordination et le système d'informations.
- Rémunération attractive pour les médecins s'installant



Financement par l'Assurance Maladie :

- CPTS :
1ère enveloppe : amorcer l'organisation et assurer le fonctionnement de la communauté. Comprise entre 50 000 et 90 000 € suivant la taille du bassin de population couvert par la CPTS.

2ème enveloppe : propre à chaque mission entreprise. Ces missions portent notamment sur l'accès au soin, un parcours pluriprofessionnel autour du patient, la prévention, la **qualité** et la pertinence des soins.

ROSP

Rémunération sur Objectif de Santé Publique :

- Mise en place en 2011
- Plus performant que le paiement à l'acte pour le suivi des maladies chroniques
- Concerne : médecins généralistes, cardiologues, endocrinologues et pédiatres
- Des objectifs en nombre croissants

Forfait Patientèle médecin Traitant

- Selon le nombre de patient ayant déclarés le médecin comme médecin traitant et selon leurs pathologies et leur âge
- Valorise le temps passé sur la coordination du parcours du patient ou autres besoins pour lesquels le paiement à l'acte n'est pas récompensant.

E-santé

- Défini par l'OMS : « Les services du numérique au service du bien-être de la personne »
- Résulte d'un besoin humain et économique
- L'impact de l'épidémie de COVID-19

Le numérique :

- Un suivi au plus proche du patient pour le soulager (diabète, insuffisance cardiaque chronique)
- Un gain de temps bipartite (déplacements, consultations)
- De nombreuses applications en développement validées par la DGOS (ex: Moovcare poumon)

Il n'est jamais trop tôt pour détecter une rechute

Moovcare® vous alerte dès les premiers signes d'une anomalie pour vous permettre d'intervenir plus rapidement.

- ❖ **Accompagner les patients atteints de cancer du poumon et suivre l'évolution de la maladie**



Les innovations



Télémédecine



Mon espace santé

La télémédecine

- **Téléconsultation**

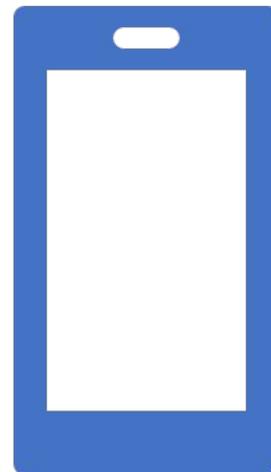
RDV avec un professionnel de santé tout en restant chez soi

- **Télésurveillance**

Le médecin reçoit les données de santé nécessaires que vous aurez recueillies (prise de sang, glycémie...) pour adapter la prise en charge du patient ainsi que votre dossier médical

- **Télé expertise**

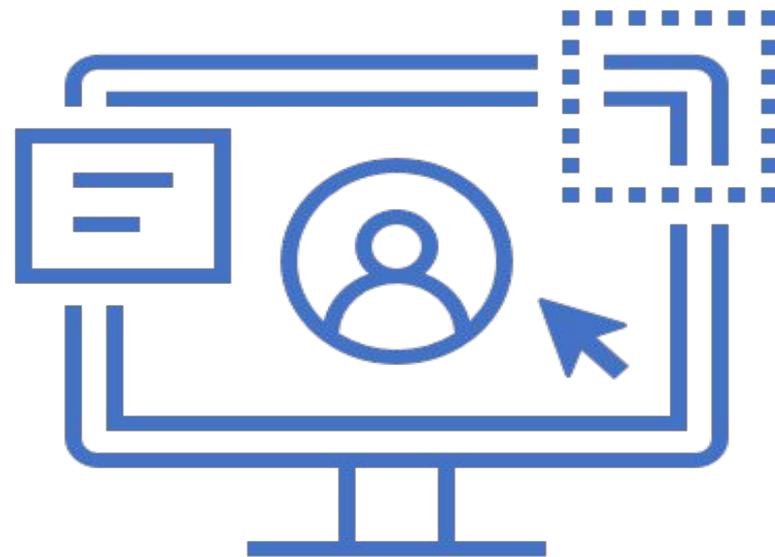
Permet à un professionnel de santé de solliciter l'avis d'un ou plusieurs professionnels de santé face à une imagerie, un signe clinique particulier, la mise en place d'un traitement...



Mon espace santé

Un espace numérique qui comprend:

1. Dossier Médical Partagé (DMP)
2. Carnet de santé en ligne
3. Agenda médical
4. Messagerie sécurisée entre professionnels et usagers
5. Catalogue de services numériques de santé



Changements et limites

La E-santé - Force VS Faiblesse

Force = la Télémédecine/ la Télésurveillance

- Télémédecine permet une continuité des soins et d'être accompagné
- Continuité de l'ETP nécessaire à un soin équilibré et maximisé

Faiblesse =

- DMP peu utilisé
- Une relation soignant-soigné difficile à distance

Changements et limites

- DMP qui n'est plus suffisant face à une santé de plus en plus numérique

Il est intégré au nouvel espace numérique de santé : *Mon espace Santé*

- Espace Numérique de Santé (ENS) : *Mon espace Santé*

→ Bénéfice pour qualité de vie du patient ainsi que la charge mentale

→ Bénéfice économique : investissement conséquent dans la plateforme mais d'objectif rentable, en comparaison au coût actuel des maladies chroniques

- Limites persistent au niveau du partage et de l'accès aux informations

La E-Santé c'est donc

- Innovations majeures pour le système de santé
- Potentiellement bénéfiques pour la population générale
- Adapté dans la gestion des maladies chroniques

Conclusion

Bon courage :) Hésitez pas à nous écrire si vous avez des questions sur nos adresses de la fac !

Objectifs du cours

- Savoir définir une maladie chronique et comprendre son enjeu en santé publique
- Comprendre comment le système de santé prend en charge les maladies chroniques actuellement
- ...
- Comprendre comment optimiser le système de santé pour mieux prendre en charge les maladies chroniques
- Avoir une idée des financements qui soutiennent cette optimisation