



**HAL**  
open science

## Bénéfices du soutien et des soins intégrés pour les usagers atteints de déficits cognitifs légers, démences et maladie d'Alzheimer : l'exemple d'Intermountain Healthcare.

Pierre-Henri Bréchat, Todd L Allen, Vera Brezovski, Nathalie Bréchat, Jonathan Anderson, Julie Martinez, Kristy Veale, Cory Mccann, Cathleen Obray, Megan D Skibitsky

### ► To cite this version:

Pierre-Henri Bréchat, Todd L Allen, Vera Brezovski, Nathalie Bréchat, Jonathan Anderson, et al.. Bénéfices du soutien et des soins intégrés pour les usagers atteints de déficits cognitifs légers, démences et maladie d'Alzheimer : l'exemple d'Intermountain Healthcare.. Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie, 2022, 31. hal-03948510

**HAL Id: hal-03948510**

**<https://u-paris.hal.science/hal-03948510>**

Submitted on 3 Mar 2023

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## Personnes âgées et système de santé : perspective française et internationale

### Pierre-Henri Bréchat

Médecin spécialiste de santé publique et médecine sociale à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP). Docteur es sciences, docteur en droit public et habilité à diriger des recherches, membre de l'Institut Droit et Santé (IDS) - Inserm UMR\_S 1145, Faculté de droit, d'économie et de gestion, Université de Paris, membre associé du Centre d'Études et de Recherches de Sciences Administratives et Politiques (CERSA) - UMR CNRS 7106 - de l'Université Paris 2 (Panthéon-Assas), Fellow<sup>1</sup> et diplômé de l'Advanced Training Program (ATP) in Health Care Delivery Improvement de l'Healthcare Delivery Institute\* et diplômé du programme Developing Trusted Leaders™ de l'Intermountain Healthcare Leadership Institute, Kem C. Gardner Transformation Center d'Intermountain Healthcare, États-Unis d'Amérique.

### Todd L. Allen\*

Médecin spécialiste en santé publique et urgences, Professeur associé de l'Université Stanford, ancien Directeur exécutif de l'Healthcare Delivery Institute d'Intermountain Healthcare, Senior Vice President et Chief Quality Officer de The Queen's Medical Center de Hawaii, États-Unis d'Amérique

### Vera Brezovski

Médecin spécialiste en gériatrie, centre hospitalier Lucien Husel, Vienne, France

### Nathalie Bréchat\*

Médecin généraliste et gériatre, France

### Jonathan Anderson

Analyste de données de santé, Healthcare Delivery Institute d'Intermountain Healthcare, États-Unis d'Amérique

### Julie Martinez

Gestionnaire de données de santé, Healthcare Delivery Institute d'Intermountain Healthcare, États-Unis d'Amérique

### Kristy Veale

Responsable de l'amélioration continue de la qualité des soins du Programme clinique des neurosciences, Intermountain Healthcare, États-Unis d'Amérique

### Cory McCann

Directeur des soins du Programme clinique des neurosciences d'Intermountain Healthcare, États-Unis d'Amérique

### Cathleen O Bray

Médecin spécialiste en médecine interne, Intermountain River Road Instacare, Intermountain Healthcare, États-Unis d'Amérique

### Megan D. Skibitsky

Médecin spécialiste en gériatrie, département de médecine interne, Faculté de médecine, Professeure associée, Université de l'Utah, États-Unis d'Amérique

## Bénéfices du soutien et des soins intégrés pour les usagers atteints de déficits cognitifs légers, démences et maladie d'Alzheimer : l'exemple d'Intermountain Healthcare (États-Unis d'Amérique)

### Résumé

Parmi les maladies chroniques, le soutien et les soins intégrés des usagers atteints de déficits cognitifs légers et de démences, dont la maladie d'Alzheimer, est une priorité de santé publique en France et aux États-Unis d'Amérique. Si des progrès sont possibles en France, l'expérience d'Intermountain Healthcare aux États-Unis d'Amérique peut être source d'expérimentations probantes.

Son programme de soutien et de soins intégrés pour les usagers atteints de déficits cognitifs légers (Mild Cognitive Impairment-MCI), de démences et de la maladie d'Alzheimer est développé au sein d'un système de santé organisé en quatre niveaux complémentaires et intégré à une assurance santé, favorisant la confiance et l'engagement. Il met en œuvre les modèles des soins chroniques (Chronic Care Model) et des soins en équipe (Team-Based Care). Cela crée un soutien et des soins multidisciplinaires et globaux, protocolisés et stratifiés, planifiés et suivis. La prévention et les soins ambulatoires intégrant les soins spécialisés de second recours aux soins de premier recours sont développés. Soutenus par un système informatique indépendant et sécurisé ainsi que par des formations initiales et continues partagées, ce programme atteint des objectifs d'amélioration de la santé de la population, d'accroissement de la qualité des soins et de réduction des coûts (Triple Aim).

Ce programme améliore l'efficacité clinique et l'efficacité organisationnelle. Il accroît également l'égalité d'accès à de meilleurs soins et à la santé pour toute la population, particulièrement pour les personnes âgées.

1 - Apolitique, laïc et sans financement d'Intermountain Healthcare.

## Summary

Among chronic diseases, support and integrated care for users with mild cognitive deficits and dementias, including Alzheimer's disease, is a public health priority in France and the United States of America. While progress is possible in France, the experience of Intermountain Healthcare in the United States of America can be a source of convincing experiments.

Its integrated support and care program for users with mild cognitive impairments (Mild Cognitive Impairment-MCI), dementias and Alzheimer's disease is developed within an organized health system organized into four complementary levels and integrated with insurance health, promoting confidence and commitment. It implements the models of chronic care (Chronic Care Model) and team-based care (Team-Based Care). This creates multidisciplinary and comprehensive support and care, protocolized and stratified, planned and monitored. Prevention and outpatient care integrating specialized secondary care with primary care are being developed. Supported by an independent and secure IT system as well as by shared initial and continuing training, this program achieves the objectives of improving the health of the population, increasing the quality of care and reducing the costs (Triple Aim).

This program improves clinical and organizational efficiency. It also increases equal access to better care and health for the entire population, especially the elderly.

## Introduction

Le paragraphe 25 de l'Observation générale n° 14 (2000) sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint - article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels - élaborée par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, concerne « *la réalisation du droit à la santé des personnes âgées* ». Il « *réaffirme l'importance d'une démarche concertée, associant la prévention, les soins et la réadaptation en matière de traitement médical. De telles mesures doivent être fondées sur des examens périodiques tant pour les hommes que pour les femmes, sur des soins de rééducation physique et psychologique visant à préserver les capacités fonctionnelles et l'autonomie des personnes âgées et sur la nécessité d'accorder aux personnes souffrant de maladies chroniques et aux malades en phase terminale l'attention et les soins voulus, en leur épargnant des souffrances inutiles et en leur permettant de mourir dans la dignité* ». Le paragraphe 17 précise que « *la création des conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie tant physique que mentale suppose l'accès rapide, dans des conditions d'égalité, aux services essentiels de prévention, de traitement et de réadaptation, de préférence à l'échelon communautaire [...] et la fourniture de traitements et de soins appropriés [...]* ». Le paragraphe 18 proscrit « *toute discrimination* » et inégalité de traitement.

La prise en compte du vieillissement de la population ainsi que des pathologies chroniques est l'un des huit enjeux des systèmes de santé et d'assurance maladie du XXI<sup>e</sup> siècle<sup>2</sup>. Cela concerne le soutien et les soins<sup>3</sup> des usagers atteints de déficits cognitifs légers, démences et maladie d'Alzheimer.

Un déficit cognitif léger (Mild Cognitive Impairment - MCI) entraîne une baisse légère mais mesurable des capacités cognitives, y compris la mémoire et les capacités de réflexion. Une personne atteinte court un risque accru de développer la maladie d'Alzheimer ou une autre démence. La maladie d'Alzheimer est une maladie neurodégénérative (atteinte cérébrale progressive entraînant la mort neuronale) caractérisée par une perte progressive de la mémoire et de certaines fonctions cognitives entraînant des répercussions sur les activités de la vie quotidienne. La démence est définie comme un déclin de la fonction cognitive qui n'est pas dû à une autre cause médicale ou psychiatrique et qui entraîne une altération de la capacité de vivre de façon autonome<sup>4</sup>.

En France, le déficit cognitif « léger et moyen » pourrait concerner entre 10 et 20 personnes sur 1000, soit 1 à 2 % de la population et le déficit cognitif « sévère » entre 3 à 4 personnes sur 1000<sup>5</sup>. Parmi les maladies neurodégénératives, la maladie d'Alzheimer et les démences apparentées (MAAD) sont les plus fréquentes. La MAAD est invalidante, conduisant les malades à une perte partielle puis totale de leur autonomie. Les conséquences sont aussi lourdes pour l'entourage. Il y aurait environ 900 000 personnes âgées de plus de 65 ans atteintes de MAAD en France. Une augmentation du nombre de malades est à prévoir<sup>6</sup>.

Si les données sont parcellaires en France<sup>7</sup>, celles venant des États-Unis d'Amérique peuvent permettre de mieux comprendre les enjeux que représentent ces pathologies pour un système de santé et d'assurance maladie. En 2016, aux États-Unis, une personne sur neuf âgée de 65 ans et

2 - Avec : « la réduction des gaspillages ; l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ; le développement de la prévention dans un secteur ambulatoire intégré au secteur hospitalier ; la réduction des inégalités ; la diminution des préjudices pour l'utilisateur ; la santé environnementale ; et l'exigence de démocratie », cité dans : P.-H. Bréchat, *Sauvons notre système de santé et d'assurance maladie*, Presses de l'EHESP, 2016, p. 14.

3 - L'expression « prise en charge » a été rejetée car considérée comme un emprunt au vocabulaire administratif et parce que, pour les auteurs, les personnes âgées ne sont pas « une charge » et les services ne doivent pas les « prendre » mais les « soutenir » et les « soigner ».

4 - H. Chui, Q. Zhang Q., « Evaluation of dementia: A systematic study of the usefulness of the American Academy of Neurology's practice parameters », *Neurology*, 1997, 49 (4), pp. 925-935.

5 - Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, *Déficiences intellectuelles. Expertise collective. Synthèse et recommandations*, Les éditions Inserm, 2016.

6 - L. Carcaillon-Bentata, C. Quintin, E. Moutengou, M. Boussac-Zarebska, F. Moisan, C. Ha, A. Elbaz, « Peut-on estimer la prévalence de la maladie d'Alzheimer et autres démences à partir des bases de données médicoadministratives ? Comparaison aux données de cohortes populationnelles », *BEH*, 2016, 28-29, pp. 459-467.

7 - L. Carcaillon-Bentata, C. Quintin, E. Moutengou, M. Boussac-Zarebska, F. Moisan, C. Ha, A. Elbaz, « Peut-on estimer la prévalence de la maladie d'Alzheimer et autres démences à partir des bases de données médicoadministratives ? Comparaison aux données de cohortes populationnelles », précité.

plus était atteinte de la maladie d'Alzheimer, la démence la plus courante. D'ici 2050, ce nombre pourrait tripler et l'Utah devrait connaître l'une des plus fortes augmentations de tous les États des États-Unis, parce que sa population dont la moyenne d'âge est de 45 ans va vieillir et en raison de l'augmentation du nombre de personnes âgées qui viendront y vivre<sup>8,9</sup>. Un aîné sur trois meurt avec le diagnostic d'une forme de démence<sup>10</sup>. En 2016, les paiements totaux pour les soins de santé, les soins de longue durée et les soins palliatifs étaient estimés à 236 milliards de dollars (\$) pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'autres démences. Medicare<sup>11</sup> a assumé un peu moins de la moitié de ces coûts<sup>12</sup>. Le stress émotionnel dû aux soins aux personnes atteintes de démence est considéré comme élevé ou très élevé par près de 60 % des soignants, dont environ 40 % souffrent de dépression<sup>13,14</sup>. Bien qu'il n'y ait pas de remède contre la démence, il a été prouvé que des traitements pharmacologiques et non pharmacologiques améliorent la qualité des soins, la qualité de vie des usagers, l'aide que peut apporter le soignant ainsi que sa santé mentale, la réduction de la durée du placement en maison de retraite, tout en permettant une réduction des coûts. En outre, les usagers atteints de démence ont pu exprimer le besoin d'un diagnostic plus rapide, d'une meilleure éducation sur la gestion de la démence, ainsi que d'un meilleur soutien et suivi pour eux et les soignants<sup>15</sup>.

Le soutien et les soins pour les usagers du système de santé atteints de déficits cognitifs légers, de démences et de la maladie d'Alzheimer restent une priorité en France malgré la proposition du Haut Comité de la Santé Publique « Santé et grand âge » de 1992<sup>16</sup> et malgré les travaux<sup>17</sup>, les programmes nationaux de santé<sup>18</sup> et l'objectif 63 de la loi du

9 août 2004 relative à la politique de santé publique (maladie d'Alzheimer : limiter la perte d'autonomie des personnes malades et son retentissement sur les proches des patients) qui ont suivi.

Il reste notamment à atteindre des résultats similaires aux meilleurs, comme par exemple ceux du : « *programme de soutien et de soins intégrés pour les usagers atteints de déficiences intellectuelles légères, démences et maladie d'Alzheimer* » d'Intermountain Healthcare, système de santé et d'assurance santé intégré laïc à but non lucratif américain principalement basé en Utah<sup>19,20</sup>, qui repose sur 3 objectifs – appelés « Triple Aim » : améliorer l'état de santé de la population ; accroître la qualité des soins ; et réduire les coûts<sup>21</sup>. Ses résultats sont les suivants<sup>22</sup> :

- améliorer la santé de la population : le temps d'évolution de la démence légère à la démence avancée a été augmenté,

- accroître la qualité des soins : sur la base d'une évaluation des besoins internes d'Intermountain Healthcare, une majorité de médecins spécialistes ont identifié que le soutien des usagers souffrant de troubles cognitifs est essentiel et que l'élaboration de Recommandations de Bonne Pratique (RBP)<sup>23</sup> serait utile. Ainsi, des RBP ont été développées. Elles aident principalement les équipes de soins primaires à diagnostiquer la démence et à fournir un traitement et un soutien optimaux aux usagers et à leurs proches. Ces RBP sont basées sur les connaissances scientifiques existantes et, le cas échéant, sur l'avis d'experts. Cela a amélioré le diagnostic et le traitement des usagers souffrant de troubles cognitifs. La détection de la démence a progressé pour atteindre plus de 50 % des usagers concernés,

- réduire les coûts : la réduction des coûts représente une diminution des dépenses de 100 894 \$ pour les usagers de ce programme entre les 6 derniers mois de 2017 et les 6

8 - L.-E. Hebert, J. Weuve, P.-A. Scherr, D.-A. Evans, « Alzheimer disease in the United States (2010-2050) estimated using the 2010 census », *Neurology*, 2013, 80 (19), pp. 1778-1783.

9 - J. Weuve, L.-E. Hebert, P.-A. Scherr, D.-A. Evans, « Prevalence of Alzheimer's disease in US states », *Epidemiology*, 2015, 26 (1), pp. 4-6.

10 - Alzheimer's Association, « 2015 Alzheimer's disease facts and figures », *Alzheimers & Dementia*, 2015, 11 (3), pp. 332-384.

11 - Aux États-Unis d'Amérique, le programme Medicare permet aux personnes âgées de bénéficier d'une assurance maladie universelle et obligatoire et le programme Medicaid permet aux personnes et aux familles à faible revenu de bénéficier d'une assurance maladie.

12 - M. D. Hurd, P. Martorell, A. Delavande, K. J. Mullen, K.-M. Langa, « Monetary costs of dementia in the United States », *NEJM*, 2013, 368 (14), pp. 1326-1334.

13 - M. D. Hurd, P. Martorell, A. Delavande, K. J. Mullen, K.-M. Langa, « Monetary costs of dementia in the United States », précité.

14 - M. Pinquart, S. Sörensen, « Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis », *Psychology and Aging*, 2003, 18 (2), pp. 250-267.

15 - Intermountain Healthcare, *Care process model of Diagnosis and management of Mild Cognitive Impairment (MCI) and dementia*, Intermountain Healthcare, February 2017.

16 - Haut Comité de la Santé Publique, *Stratégie pour une politique de santé*, Éditions ENSP, 1993, pp. 39-41.

17 - J.-C. Henrard, J. Ankri, *Vieillesse, grand âge et santé publique*, Éditions ENSP, 2003.

18 - P.-H. Bréchat, « Des ordonnances à la loi relative à la politique de santé publique d'août 2004 : définition des politiques à partir des priorités ». In : J.-C. Henrard, P.-H. Bréchat (dir). Dossier « Politiques et programmes nationaux de santé », *ADSP*, 2005, n°50, pp. 21-27.

19 - Considéré comme l'un des systèmes le plus efficace, socialement efficace et durable au monde, notamment par : J.-A. Muir Gray, directeur du service national des connaissances du National Health Service (NHS) du Royaume-Uni (J.-A. M. Gray. La création de valeur dans le système de santé, réflexions de Sir Muir Gray pour le système de santé du XXI<sup>ème</sup> siècle. Communication orale. Séminaire « Prospective Santé 2020 », Paris, 16 novembre 2011) ; ou le Professeur Chris Ham, chief executive of the Kings fund du Royaume-Uni (C. Ham, « Doctors must lead efforts to reduce waste and variation in practice », *BMJ*, 2013, 6 (346), pp. 3668).

20 - Connu en France : P. Beau, « L'Utah, État de la sécu solidaire », *Espace Social Européen*, 2015, 1071, pp. 17 ; L. Mauduit, « Des soins de bonne qualité à un tarif abordable. Dans l'Utah, un système de santé alternatif défend son modèle », *Le Quotidien du Médecin*, 2015, 9390, pp. 78 ; A. Trébuçq, « UTAH, un pari réussi sur la qualité pour réduire les coûts de santé », *Le Concours Médical*, 2015, 137 (3), pp. 184.

21 - Ce concept du « Triple Aim », créé par Donald M. Berwick et l'« Institute for Healthcare Improvement (IHI) », est adopté aux États Unis d'Amérique comme le fondement absolument nécessaire de la transformation d'un système de santé et d'assurance maladie, cité dans : D. M. Berwick, T. W. Nolan, J. Whittington, « The triple aim: care, health, and cost », *Health Aff (Millwood)*, 2008, 27 (3), pp. 759-769.

22 - M. D. Skibitsky, J. Poll, K. D. Garrett, C. M. Obray, R. E. Hoesch R, Support for Cognitively Impaired Patients is a Top Primary Care Need. Poster session presented at the Alzheimer's Association International Conference, Toronto, Canada, July 2016.

23 - F. Bourdillon, E. Caniard, « Qualité des soins et du système de santé », In : F. Bourdillon, G. Brückner, D. Tabuteau (dir), *Traité de santé publique*, Éditions Médecine-Sciences Flammarion, 2007, pp. 39-50.



derniers mois de 2019.

De plus, les usagers sont satisfaits, tout comme les professionnels de santé. Ceci est démontré par l'adoption continue de ce programme par de plus en plus de professionnels de santé et d'établissements de santé d'Intermountain Healthcare chaque année.

« Une quinzaine d'autres indicateurs sont régulièrement suivis pour évaluer en continu ce programme »<sup>24,25</sup>.

Si des progrès sont possibles en France, l'expérience d'Intermountain Healthcare aux États-Unis peut être source d'expérimentations probantes qu'il convient d'appréhender. Les particularités du système qui permettent un soutien et des soins multidisciplinaires et globaux, protocolisés et stratifiés, planifiés et suivis seront développées, puis une discussion et une conclusion suivront. La méthode est précisée<sup>26</sup> et une Annexe pourra permettre de suivre l'ensemble de ces éléments.

## Un système ayant une direction, un nom, une organisation et une intégration avec l'assurance santé, favorisant la confiance et l'engagement

La direction donnée au système de santé a du sens pour les responsables, professionnels et acteurs de santé, usagers et représentants d'usagers, partenaires et élus. C'est ce qu'arrive par exemple à faire Intermountain Healthcare dont le but est d'« aider les gens à vivre le plus sainement possible ».

Ce système bénéficie d'un nom : Intermountain Healthcare, devenu une marque et bénéficie d'un logo, pour être connu et reconnu, comme Stanford Health Care aux États-Unis d'Amérique ou le National Health Service au Royaume-Uni.

Une organisation claire et visible a été mise en place pour permettre à tout le monde de connaître la fonction et le rôle de chacun et de se positionner :

- un responsable du programme clinique des neurosciences, comprenant le soutien et les soins des usagers atteints des déficits cognitifs légers et des démences, dont la maladie d'Alzheimer, est nommé,

- un Chief Quality Officer (CQO) qui va le soutenir - comme les responsables des autres programmes (santé mentale<sup>27</sup> ou insuffisance cardiaque<sup>28</sup> par exemples) - pour prendre en compte les connaissances scientifiques et conceptuelles<sup>29</sup> ainsi que les informations issues des expériences pour développer la prévention au sein du programme « LiVe Well », l'intégration clinique des spécialistes avec la médecine de ville et les RBP, dans le but d'atteindre les objectifs du Triple Aim pour tout usager partout sur le territoire<sup>30</sup>,

- un Chief Networking Officer (CNO), responsable de tous les services informatiques, va développer un système d'information (SI) pour soutenir l'ensemble,

- le système de santé est intégré à une assurance santé (Select Health) où le Chief Financial Officer (CFO) et le responsable de l'assurance vont, avec le CQO, aligner les financements sur la qualité et la sécurité par l'amélioration continue plutôt que sur le volume<sup>31</sup>. Les économies générées

24 - Ces résultats ont été précédemment publiés dans : P.-H. Bréchat, C. Castiel, « Prise en charge des personnes âgées : un révélateur des paradoxes de l'évolution du système de santé et d'assurance maladie français », *Chronique 1 - Organisation sanitaire, politiques de santé, Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie*, 2020, n°27, pp. 32-39.

25 - Des lecteurs de la référence précédemment citée se sont mobilisés pour demander l'écriture de cet article afin de pouvoir mieux comprendre quelles étaient les conditions pour obtenir les résultats indiqués.

26 - Méthodes : Cette étude porte sur une période de 3 ans allant de 2016, année de conception et de mise en œuvre du programme de prise en charge intégrée des déficits cognitifs légers, démences et maladie d'Alzheimer par les responsables du programme clinique de neurosciences d'IH, à la fin 2019. Une recherche documentaire a permis le recueil d'un matériel constitué des documents, communications et publications scientifiques dans des revues internationales à comité de lecture ayant une évaluation par les pairs et référencées sur Medline ou par des experts nationaux et internationaux d'IH en déficits cognitifs légers, démences et maladie d'Alzheimer, en systèmes de santé et d'assurance maladie. Ce matériel a été trouvé sur l'Internet à partir des sites suivants : [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed) ; [www.bdsp.ehesp.fr/Base/](http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/) ; [www.google.fr](http://www.google.fr) ; (mots clés : déficits cognitifs ; démences ; maladie d'Alzheimer ; soins ambulatoires ; soins hospitaliers ; intégration ; efficacité clinique ; efficacité organisationnelle ; Intermountain Healthcare). L'exploitation des données a reposé sur une analyse qualitative de celles-ci ainsi que sur des regroupements par item correspondant à la compréhension du programme de prise en charge des déficits cognitifs légers, démences et maladie d'Alzheimer d'IH ainsi que des liens de ce dernier avec le modèle des soins chroniques (Chronic Care Model) et les 3 objectifs du Triple Aim. L'extraction des données ainsi que leur analyse ont été réalisées par les auteurs de cet article, et ce, par thème puis de façon globale. La validation a été réalisée par les auteurs. Le matériel exploité comprend 132 articles scientifiques, 1 communication scientifique et 10 documents (description de programme et RBP) qui ont tous été pris en compte.

27 - P. Briot, P.-H. Bréchat, B. Reiss-Brennan, W. Cannon, N. Bréchat, A. Teil, « Prise en charge intégrée des maladies mentales : L'exemple d'Intermountain Healthcare (USA) », *Santé publique*, 2015, 27 (1), pp. 199-208.

28 - P.-H. Bréchat, K. Rasmussen, P. Briot, C. Foury, R. Fulton, D. Smith, et al., « Bénéfices de la prise en charge intégrée de l'insuffisance cardiaque : l'exemple d'Intermountain Healthcare (États-Unis) », *Santé publique*, 2018, 6 (30), pp. 877-885.

29 - P.-H. Bréchat, « Moderniser et transformer un système de santé et d'assurance maladie : conseils de ceux qui y arrivent », *Chronique 1 - Organisation sanitaire, politiques de santé, Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie*, 2020, n°25, pp. 92-105.

30 - Les métiers des auteurs de cet article peuvent montrer les autres compétences indispensables pour pouvoir atteindre les objectifs du Triple Aim.

31 - P.-H. Bréchat, P. Briot, J.-L. Vanhille, N. Bréchat, J. Galland, « Évolution du système de santé et d'assurance maladie : prendre en compte l'amélioration continue de la qualité des soins de santé et le management scientifique de ses processus », Rubrique : varia, *Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie*, 2014, n°4, pp. 109-120.

sont en partie redistribuées : aux professionnels de santé par des incitatifs collectifs ; aux usagers en accroissant le taux de remboursement du panier de soins et de santé ; et financent, avec les collectivités territoriales, des actions permettant de réduire les inégalités de santé territoriales et populationnelles<sup>32</sup>,

- un Chief Executive Officer (CEO) va aider à mettre en place le programme et ses financements au sein des 4 niveaux du système partout sur le territoire : centres de santé ; centres de santé et d'urgence ; centres multidisciplinaires et d'urgence ; et hôpitaux universitaires<sup>33</sup> [Annexe].

Cela favorise l'efficacité, définie comme à la fois l'amélioration de la qualité et de la sécurité associée à la réduction de leurs coûts, ainsi que l'efficacité<sup>34</sup>.

### Un soutien et des soins intégrés et globaux, protocolisés et stratifiés, planifiés et suivis

Une évaluation des besoins internes d'Intermountain Healthcare réalisée en 2016, a montré que 88 % des médecins spécialistes en médecine générale identifiaient le soutien des usagers souffrant de troubles cognitifs et de leurs proches comme essentiel, de même que l'élaboration d'un programme de soins comprenant des RBP pour les aider, avec les équipes multidisciplinaires, à poser le meilleur diagnostic et à donner le meilleur traitement possibles.

Un programme de soutien et de soins intégrés pour les usagers atteints de déficits cognitifs légers, de démences et de la maladie d'Alzheimer et comprenant des RBP a été développé en février 2017, par 35 professionnels de santé d'Intermountain Healthcare soutenus par 8 spécialistes américains extérieurs<sup>35</sup>. Ce programme et ses RBP sont basés sur les connaissances scientifiques existantes et, le cas échéant, sur l'avis d'experts<sup>36</sup>. Ce programme de 36 pages permet la mise en place des parcours de santé basés sur un *continuum* homogène d'offres de prévention,

de soins ambulatoires et hospitaliers, médico-sociales et sociales pour tous les usagers partout sur le territoire. Des RBP comprenant la prévention, la reconnaissance des symptômes, les traitements, les organisations et les coûts y sont améliorées en continu par les professionnels de santé et les usagers.

### Les offres de prévention

Éduquer les usagers pour qu'ils puissent apprendre à vivre le mieux possible avec une maladie chronique comme un déficit cognitif léger, une démence ou la maladie d'Alzheimer est l'une des pierres angulaires du modèle des soins chroniques (Chronic Care Model - CCM)<sup>37</sup> mis en œuvre dans le programme. Les usagers bénéficient d'une « fiche de conseils », de suivis par téléphone afin d'évaluer leur observance avec une infirmière clinicienne qui anime aussi des séances de groupe pour les aider à atteindre leurs objectifs de santé et à améliorer leur observance. Cela permet de développer les compétences de l'utilisateur et de donner à l'équipe multidisciplinaire de professionnels de santé des éléments afin de comprendre ce dont les usagers ont besoin, notamment pour les aider à réduire leur isolement social, leur peur, leur perte de confiance en soi et alléger le fardeau qui peut peser sur leurs proches. D'autres offres de prévention sont proposées comme la pratique d'une activité physique régulière, adaptée et contrôlée, pour améliorer le fonctionnement cognitif de ces usagers et prévenir la maladie d'Alzheimer<sup>38,39</sup>. Un test d'effort, ainsi que d'autres activités en faveur de la santé peuvent être proposées dans un centre de bien-être (LiVe Well Center) situé dans des centres multidisciplinaires et d'urgence<sup>40</sup>.

### Les approches diagnostiques

Pour le dépistage et le diagnostic, 5 recommandations clés sont données aux professionnels de santé du continuum : 1)- effectuer une formation assistée par ordinateur via le portail « My Learning » du SI d'IH à l'utilisation d'outils de dépistage cognitif validés pour détecter et mesurer les déficiences intellectuelles (mini-test mental ou Mini-Cog™ - pour dépister des troubles cognitifs - et Montréal Cognitive Assessment - MoCA - pour le dépistage de la démence

32 - P.-H. Bréchat, P. Briot, C. Foury, A. Teil, N. Bréchat, « Rempporter les défis des systèmes de santé et d'Assurance maladie au XXI<sup>e</sup> siècle : l'expérience de la France et de l'Utah des États-Unis d'Amérique », Dossier thématique : droit international et tendances internationales des réformes des systèmes de santé et d'Assurance maladie, *Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie*, 2014, n°5, pp. 19-30, spéc. pp. 24-29.

33 - P.-H. Bréchat, N. Bréchat, R. Fulton, D. Smith, « Réduire les "déserts médicaux" et désengorger les urgences tout en prenant en charge les "usagers complexes" et le développement de la prévention et diminuer les inégalités de santé est possible : des systèmes y parviennent », Chronique 1 – Organisation sanitaire, politiques de santé, *Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie*, 2019, n°22, pp. 28-35.

34 - P., Briot, A. Teil, T. Belnap, W. H. Cannon, « Pratique intégrée et basée sur la qualité de la médecine de ville : son impact sur la consommation des soins », *Pratiques et Organisation des Soins*, 2012, 43 (4), pp. 251-259.

35 - Intermountain Healthcare, *Care process model of Diagnosis and management of Mild Cognitive Impairment (MCI) and dementia*, Intermountain Healthcare, February 2017.

36 - Skibitsky MD, Poll J, Garrett KD, Obray CM, Hoesch RE. Support for Cognitively Impaired Patients is a Top Primary Care Need. Poster session presented at the Alzheimer's Association International Conference, Toronto, Canada, July 2016.

37 - Qui sera précisé plus loin.

38 - J. E. Ahiskog, Y. E. Geda, N. R. Graff-Radford, R. C. Petersen, « Physical exercise as a preventative or disease-modifying treatment of dementia and brain aging », *Mayo Clinic Proc*, 2011, 86 (9), pp. 876-884.

39 - P. Heyn, B. C. Abreu, K. J. Ottenbacher, « The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: A meta-analysis », *Arch Phys Med Rehabil*, 2004, 85 (10), pp. 1694-1704.

40 - P.-H. Bréchat, N. Bréchat, R. Fulton, D. Smith, « Réduire les "déserts médicaux" et désengorger les urgences tout en prenant en charge les "usagers complexes" et le développement de la prévention et diminuer les inégalités de santé est possible : des systèmes y parviennent », précité, pp. 28-35.

modérée à sévère<sup>-41,42</sup>) et s'assurer que leur utilisation se fait de la même manière à chaque fois ; 2)- interroger absolument un proche bien informé (membre de la famille, soignant, aidant) sur l'état fonctionnel de l'usager avant de poser un diagnostic<sup>43</sup> ; 3)- déterminer si les usagers répondent aux critères de déficit cognitif léger ou de démence à l'aide d'outils de dépistage validés (Mini-Cog™ et MoCA) ; 4)- effectuer un dépistage Mini-Cog™ à chaque visite de santé annuelle ; 5)- comprendre le chevauchement possible entre la dépression et la démence.

Ces recommandations sont renforcées par les suivantes :

- La dépression et la démence sont les deux troubles neuropsychiatriques les plus diagnostiqués chez les adultes de plus de 65 ans. L'une ou l'autre peut apparaître en premier. Les symptômes de la dépression chez les personnes âgées (présents dans la moitié des cas de maladie d'Alzheimer) sont souvent négligés et non traités car ils coïncident avec d'autres problèmes rencontrés, comme les troubles cognitifs. Un antécédent de dépression est associé à un risque accru de démence. Lorsque des symptômes de dépression sont présents chez un usager ayant un déficit cognitif, l'approche recommandée consiste à traiter la dépression et à réévaluer les troubles cognitifs. La consultation en neuropsychologie s'avère utile.

- Les déficits cognitifs légers et la démence sont deux syndromes cliniques aux causes multiples qui affectent la mémoire et d'autres fonctions cognitives. Les deux sont diagnostiquées à partir d'une anamnèse, d'un examen clinique et de l'utilisation d'outils validés (Mini-Cog™ et MoCA) et d'autres examens complémentaires (imagerie, etc.). Cela participe à diagnostiquer les causes dites « traitables » qui peuvent influencer la cognition (dépression, infection, carence nutritionnelle et effets secondaires de médicaments, etc.). L'importance du diagnostic peut être négligée dans certains établissements de santé, car les médicaments ont montré peu d'impact dans le changement de l'évolution d'autres étiologies. Cependant, les interventions non pharmacologiques et les soins attentifs sont efficaces pour maintenir la qualité de vie et prévenir la dépendance des usagers ainsi que pour réduire l'épuisement des professionnels de santé. Les usagers ayant un déficit cognitif léger peuvent éprouver des difficultés avec les tâches quotidiennes mais peuvent vivre sans assistance, tandis que les usagers atteints de démence ont de plus en plus besoin de l'aide de soignants au cours de leur vie.

- Les usagers ayant un déficit cognitif léger courent un

risque plus élevé de développer une démence, mais tous n'évoluent pas vers une plus grande déficience, certains s'améliorant même.

- Une fois le diagnostic de démence établi, son étiologie et son stade sont déterminés (Mini-Cog™ et MoCA) car cela a des implications pour le soutien et le traitement.

- L'étiologie la plus courante est la maladie d'Alzheimer, suivie par la démence vasculaire et mixte<sup>44</sup> qui peuvent être soutenus et soignés efficacement par les soins primaires. La maladie de Parkinson, la démence à corps de Lewy, la démence fronto-temporale et l'hydrocéphalie à pression normale sont moins courantes et peuvent nécessiter une consultation en neurologie pour le diagnostic, le soutien et les soins.

- Le mode de vie de l'usager sera étudié et le stade de dégradation pris en compte pour déterminer les interventions appropriées afin d'aider à préserver la qualité de vie de l'usager le plus longtemps possible et d'alléger le fardeau des soignants. Trois outils sont utilisés pour cela : un questionnaire sur les activités fonctionnelles (QAF) ; un questionnaire pour identifier les utilisateurs et les soignants qui ont besoin de meilleurs services de soins pour la démence (BEHAV5)<sup>45</sup> ; et le thermomètre de stress, qui doit être rempli par un professionnel de santé compétent. Ils permettent d'adapter les aides en fonction du stade de la maladie : le déficit cognitif léger où l'usager n'a pas de trouble fonctionnel et chez qui les symptômes peuvent s'améliorer et la démence ne pas se déclarer ; la démence légère où de l'aide est nécessaire pour les tâches quotidiennes telles que le paiement des factures, la prise de médicaments, la prise de rendez-vous et les courses (formulaire d'évaluation de la conduite) ; la démence modérée où les utilisateurs dépendent des soignants pour utiliser l'ordinateur, se baigner, s'habiller ou se laver ; la démence sévère où les usagers sont totalement dépendants.

Les BBP incluent également des tableaux et des arbres de décision avec des notes détaillant les meilleures pratiques pour diagnostiquer les déficits cognitifs et les démences.

### Les thérapies médicamenteuses

Le traitement recommandé pour un déficit cognitif léger comprend : l'évaluation et le traitement de tout facteur de risque cérébrovasculaire (cholestérol, obésité, etc.) ; une discussion avec l'usager sur la « santé du cerveau » et les changements de mode de vie<sup>46</sup> ; la recommandation des stratégies qui les favorisent ; l'utilisation ou non d'un inhibiteur

41 - S. Borson, J. M. Scanlan, P. J. Chen, et al., « The Mini-Cog as a screen for dementia: Validation in a population-based sample », *Journal of the American Geriatrics Society*, 2003, 51, pp. 1451-1454.

42 - K. K. Tsoi, J. Y. Chan, H. W. Hirai, S. Y. Wong, T. C. Kwok, « Cognitive tests to detect dementia: A systematic review and meta-analysis », *JAMA Intern Med*, 2015, 175 (9), pp. 1450-1458.

43 - P. V. Rabins, D. Blacker, B. W. Rovner, et al., « APA Work Group on Alzheimer's Disease and other Dementias. American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias (2nd ed) », *Am J Psychiatry*, 2007, 164 (12 Suppl), pp.5-56.

44 - P. Scheltens, K. Blennow, M. M. Breteler, et al., « Alzheimer's disease », *Lancet*, 2016, 388 (10043), pp.505-517.

45 - S. Borson, J. M. Scanlan, T. Sadak, M. Lessig, P. Vitaliano, « Dementia services mini-screen: A simple method to identify patients and caregivers in need of enhanced dementia care services », *Am J Geriatr Psychiatry*, 2014, 22 (8), pp.746-755.

46 - S. S. Gill, D. P. Seitz, « Lifestyles and cognitive health: What older individuals can do to optimize cognitive outcomes », *JAMA*, 2015, 314 (8), pp.774-775.

de la cholinestérase (donépézil, rivastigmine et galantamine) qui n'est plus indiquée dans les MCI. La discussion avec l'usager sur la « santé du cerveau » et les changements de mode de vie est basée sur l'alimentation, l'interaction sociale et l'activité physique. Le régime méditerranéen pour la prévention des principales maladies chroniques, y compris la maladie d'Alzheimer et d'autres démences est préconisé, bien qu'il ne soit pas encore clair si ce régime peut empêcher la progression de troubles cognitifs légers et la démence<sup>47,48</sup>. Les usagers ayant des liens sociaux réguliers sont beaucoup moins susceptibles de connaître un déclin cognitif<sup>49,50</sup>. Il a été démontré que les interactions sociales et l'activité physique réduisent le risque de déclin cognitif chez les personnes âgées en bonne santé et peuvent améliorer ou retarder la progression du handicap existant<sup>51</sup>. En plus de produire un effet neuroprotecteur, l'activité physique peut également réduire le déclin cognitif en réduisant le risque cérébrovasculaire<sup>52</sup>.

Le traitement recommandé pour la démence comprend : comme traitement de première intention, des interventions non pharmacologiques - pour lesquelles il y a un effet plus important que les médicaments sur la qualité de vie de ces usagers et de leurs soignants - y compris l'éducation et le soutien aux soignants ; l'évaluation de la conduite initiale au moins une fois par an ; l'évaluation de tout ce qui peut contribuer aux problèmes psychologiques et comportementaux, afin de modifier l'environnement et d'enseigner aux soignants des stratégies de communication efficaces, une attention particulière pour éviter les médicaments inappropriés pour les usagers âgés. A mesure que la démence progresse, le stress sur les aidants et les soignants augmente et peut affecter leur santé. L'identification et la mobilisation des ressources nécessaires doit contribuer à préserver leur santé, comme le maintien d'un environnement familial dans lequel l'usager peut fonctionner de manière optimale à long

terme<sup>53,54</sup>. Les médicaments recommandés pour le traitement de la démence sont les inhibiteurs de la cholinestérase (donépézil, rivastigmine et galantamine) et l'antagoniste de l'acide N-méthyl-D-aspartique-NMDA (mémantine). Bien que les effets de ces médicaments soient modestes, il a été démontré qu'ils améliorent ou maintiennent les résultats des tests cognitifs et retardent l'entrée en Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) chez certains usagers. Ils peuvent également aider en cas d'agitation et d'autres problèmes de comportement. Les risques et les avantages associés à ces médicaments ainsi que les préférences des usagers doivent être pris en compte lors de la prescription, et l'apparition d'effets secondaires doit être surveillée<sup>55,56</sup>. Une combinaison des deux peut également être utilisée chez les usagers atteints d'une démence modérée à sévère, car il a été démontré qu'elle apporte un léger bénéfice en termes d'amélioration de la cognition, des problèmes de comportement et d'activités de la vie quotidienne<sup>57</sup>. Ils ne sont plus remboursés en France. Il existe des médicaments à éviter chez les personnes atteintes de démence en raison d'un risque accru d'effets secondaires. En 2011, l'American Geriatrics Society a identifié ces médicaments dans un « Guide to the Management of Psychotic Disorders and Neuropsychiatric Symptoms of Dementia in Older Adults » : anticholinergiques et sédatifs prescrits pour les troubles de la mémoire ; antipsychotiques utilisés pour traiter les symptômes comportementaux de la démence associés à une mortalité accrue.

Les RBP incluent des tableaux et des arbres de décision avec des notes détaillant les meilleures options de traitement et les coûts sont indiqués.

### Au sein d'un parcours de santé

Le programme est mis en place au sein d'un parcours de santé. Dans ce parcours, les soins ont été classés en fonction évolutif de la gravité de la maladie : prévention ; stable ; instable ; et avancé. L'amélioration continue de la qualité s'applique à tous les usagers du moins au plus complexe. Cela permet d'engager une partie ou la totalité de l'équipe multidisciplinaire, et ce qui est attendu de chacun y est précisé. Le concept de « Team-Based Care (TBC) » ou des

47 - F. Sofi, F. Cesari, R. Abbate, G. F. Gensini, A. Casini, « Adherence to Mediterranean diet and health status: Meta-analysis », *BMJ*, 2008, 337, pp. a1344.

48 - I. Lourida, M. Soni, J. Thompson-Coon, et al., « Mediterranean diet, cognitive function, and dementia: A systematic review », *Epidemiology*, 2013, 24 (4), pp. 479-489.

49 - D. A. Bennett, J. A. Schneider, Y. Tang, S. E. Arnold, R. S. Wilson, « The effect of social networks on the relation between Alzheimer's disease pathology and level of cognitive function in old people: A longitudinal cohort study », *Lancet Neurol*, 2006, 5 (5), pp. 406-412.

50 - B. G. Pollock, B. H. Mulsant, J. Rosen, et al., « A double-blind comparison of citalopram and risperidone for the treatment of behavioral and psychotic symptoms associated with dementia », *Am J Geriatr Psychiatry*, 2007, 15 (11), pp. 942-952.

51 - P. Heyn, B. C. Abreu, K. J. Ottenbacher, « The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: A meta-analysis », précité.

52 - J. E. Ahiskog, Y. E. Geda, N. R. Graff-Radford, R. C. Petersen, « Physical exercise as a preventative or disease-modifying treatment of dementia and brain aging », précité.

53 - M. S. Mittelman, S. H. Ferris, E. Shulman, G. Steinberg, B. Levin, « A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer's disease: A randomized controlled trial », *JAMA*, 1996, 276 (21), pp. 1725-1733.

54 - B. G. Vickrey, B. S. Mittman, K. I. Connor, et al., « The effect of a disease management intervention on quality and outcomes of dementia care: A randomized, controlled trial », *Ann Intern Med*, 2006, 145 (10), pp. 713-726.

55 - P. Scheltens, K. Blennow, M. M. Breteler, et al., « Alzheimer's disease », précité.

56 - A. Spijker, M. Vernooij-Dassen, E. Vasse, et al., « Effectiveness of nonpharmacological interventions in delaying the institutionalization of patients with dementia: A meta-analysis », *J Am Geriatr Soc*, 2008, 56 (6), pp. 1116-1128.

57 - S. Matsunaga, T. Kishi, N. Iwata N, « Comication therapy with cholinesterase inhibitors and memantine of Alzheimer's disease: A systematic review and meta-analsi », *Int J Neuropsychopharmacol*, 2014, 18, pp. 1-11.



soins en équipe<sup>58</sup> est mis en œuvre dans le programme.

Les usagers, dont les personnes âgées, de ce programme sont invités régulièrement pour un bilan dans des centres multidisciplinaires et d'urgence (troisième niveau) par une équipe de professionnels de santé multidisciplinaire composée de médecins spécialistes en médecine interne et en gériatrie, d'infirmières cliniciennes, d'assistants médicaux et d'un pharmacien<sup>59</sup>. Ils travaillent ensemble au sein d'un « hub » central relié aux cabinets de consultations<sup>60</sup>. Cette équipe co-décide avec l'utilisateur et ses proches, en s'appuyant sur un réseau local composé notamment du médecin spécialiste en médecine générale (premier et deuxième niveaux), avec la mise en œuvre des stratégies et des actions au sein d'un parcours de santé dont les coûts sont connus [Annexe]. Ce qui est co-décidé peut évoluer dans le temps pour s'adapter en continu à l'évolution des besoins personnalisés de chaque usager partout sur le territoire (mass customization). L'équipe multidisciplinaire considère également les problèmes de fin de vie à l'aide de protocoles validés. Les droits de la personne âgée en fin de vie sont respectés<sup>61</sup>. Cela favorise la continuité des soutiens et des soins tout en garantissant la dignité et le confort des usagers.

Un responsable du parcours de santé met en œuvre, coordonne, suit et évalue ce qui a été co-décidé, comme la mise en place des aides à domicile et des actions de prévention. Un responsable du parcours administratif veille si besoin à rechercher des financements auprès des assureurs, des services de l'État et des associations. Cette organisation améliore l'efficacité des soins - donner à l'utilisateur « les bons soins partout, au bon moment, par la meilleure équipe au moindre coût » -, réduit la charge de travail des médecins spécialistes en médecine générale et des autres médecins spécialisés ainsi que des hôpitaux qui ne suivront que les cas les plus sévères<sup>62</sup>.

Les outils mis à la disposition des professionnels de

santé sont constamment améliorés grâce à eux, tout en tenant compte de l'Evidence Based Medicine (EBM). Les RBP tiennent compte d'une approche globale de la santé, de l'environnement de l'utilisateur et de la réduction des écarts de pratiques et des comportements présentant des risques pour la santé. L'approche d'amélioration continue de la qualité a conduit l'équipe multidisciplinaire d'Intermountain Healthcare de ce programme à se concentrer sur tous les usagers pour lesquels les résultats étaient différents de ceux des autres pour les améliorer.

### Deux outils conceptuels intégrés partagés : modèle des soins chroniques (CCM) et modèle des soins en équipe (TBC)<sup>63</sup>

Un outil est utilisé pour accroître la réactivité des usagers dans une dynamique de maintien de leur bonne santé : c'est le « Chronic Care Model (CCM) » ou modèle des soins chroniques<sup>64</sup>. Ses principes sont basés sur six modifications interdépendantes du système : 1)- des soins en équipe efficaces (TBC) ; 2)- des interactions planifiées ; 3)- des soutiens aux usagers ; 4)- l'accès à des ressources communautaires [Annexe] ; 5)- l'aide à la décision intégrée ; 6)- et l'utilisation de registres afin d'améliorer le soutien et les soins basés sur les RBP et le parcours de santé pour soutenir l'aide à la décision et à la communication entre l'utilisateur et l'équipe.

Le concept de « Team-Based Care (TBC) » ou des soins en équipe<sup>65</sup> est aussi mis en œuvre pour les « usagers complexes » - c'est-à-dire âgés, précaires, atteints de pathologies chroniques - comme les déficits cognitifs légers, les démences ou la maladie d'Alzheimer -, pour optimiser les soins primaires et les parcours de santé. La prévention et les soins ambulatoires intégrant les soins spécialisés de second recours aux soins de premier recours sont développés. Les usagers et leurs familles sont co-responsables de leur santé. L'évaluation systématique via un Dossier Médical du Patient (DMP), se base sur des indicateurs spécifiques respectant les objectifs communs, comme ceux du Triple Aim<sup>66</sup>. Cela favorise de meilleurs soutiens et soins des usagers porteurs de pathologies complexes, tout en réduisant les inégalités de santé<sup>67</sup>.

58 - Qui sera précisé plus loin.

59 - « [Ce] pharmacien réalise un bilan de médication. Il vérifie les prescriptions, interactions médicamenteuses et effets indésirables. Il suit aussi la littérature scientifique et peut rappeler des usagers à propos de nouveaux effets indésirables découverts afin que le médecin adapte le traitement si besoin. Avant la consultation, le médecin fait un bilan des informations dont il dispose (assistant, pharmacien, dossier électronique) », cité dans : P.-H. Bréchat, N. Bréchat, R. Fulton, D. Smith, « Réduire les "déserts médicaux" et désengorger les urgences tout en prenant en charge les "usagers complexes" et le développement de la prévention et diminuer les inégalités de santé est possible : des systèmes y parviennent », précité, p. 31.

60 - P.-H. Bréchat, N. Bréchat, R. Fulton, D. Smith, « Réduire les "déserts médicaux" et désengorger les urgences tout en prenant en charge les "usagers complexes" et le développement de la prévention et diminuer les inégalités de santé est possible : des systèmes y parviennent », précité, p. 31.

61 - D. Sicard, « Les droits de la personne âgée en vie de vie. Dossier thématique : La prise en charge de la dépendance à l'horizon de la loi d'adaptation de la société au vieillissement », *Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie*, 2014, n°4, p. 14.

62 - P.-H. Bréchat, N. Bréchat, R. Fulton, D. Smith, « Réduire les "déserts médicaux" et désengorger les urgences tout en prenant en charge les "usagers complexes" et le développement de la prévention et diminuer les inégalités de santé est possible : des systèmes y parviennent », précité, pp. 28-35.

63 - P.-H. Bréchat, « Moderniser et transformer un système de santé et d'assurance maladie : conseils de ceux qui y arrivent », précité, p. 75.

64 - K. Coleman, B. T. Austin, C. Brach, E. H. Wagner, « Evidence on the chronic care model in the new millennium », *Health Aff (Millwood)*, 2009, 28 (1), pp. 75-85.

65 - M. D. Naylor, K. D. Coburn, E. T. Kurtzman, et al., « Team-Based Primary Care for Chronically Ill Adults: State of the Science. Advancing Team-Based Care », Philadelphia, PA: American Board of Internal Medicine Foundation, 2010.

66 - P.-H. Bréchat, C. Foury, « Lois de modernisation et de transformation du système de santé : et les "Triple Aim" et "team-based care" ? », *Droit & Santé*, 2020, n°94, pp. 304-310.

67 - P.-H. Bréchat, N. Bréchat, R. Fulton, D. Smith, « Réduire les "déserts médicaux" et désengorger les urgences tout en prenant en charge les "usagers complexes" et le développement de la prévention et diminuer les inégalités de santé est possible : des systèmes y parviennent », précité, pp. 28-35.

Intermountain Healthcare a commencé à mettre en œuvre ces deux outils à la fin des années 1990 dans son programme clinique des soins primaires (Primary Care). Son but est d'arriver à un soutien et des soins globaux et intégrés des pathologies chroniques au sein du continuum - et particulièrement de la prévention et des soins ambulatoires - ainsi que par la co-responsabilisation des usagers en faveur de leur santé<sup>68</sup>. Le programme de gestion intégrée des déficits cognitifs légers, de la démence et de la maladie d'Alzheimer encourage - comme les autres programmes (santé mentale, insuffisance cardiaque, etc.) - la remise en cause et l'évolution des rôles traditionnels des professionnels de santé travaillant seuls, vers de nouveaux rôles qui facilitent la coopération et la communication entre les professionnels de santé et aident les usagers et leurs familles à retrouver la santé, ou du moins, à s'adapter à l'évolution de la pathologie. Ces programmes organisent les ressources autour d'un cadre conceptuel qui met l'accent sur la responsabilité communautaire avec le soutien des RBP. Cela permet un réalignement des ressources sur les soins qui ont une valeur ajoutée par rapport aux soins traditionnels.

### Soutenus par un système informatique (SI) indépendant et sécurisé

Ce SI moderne<sup>69</sup> - ultrasécurisé et garantissant le secret professionnel - permet un partage des informations cliniques, administratives, financières et sociales ainsi que celles issues de la production scientifique et conceptuelle. Il aide à identifier les besoins de santé et les variations de résultats par action du continuum, parcours et territoire et objectifs du Triple Aim, partout sur le territoire. Il aide à l'identification des usagers présentant un déficit cognitif léger, une démence et une maladie d'Alzheimer.

Ce SI est utilisé par les responsables du programme pour améliorer en permanence l'atteinte des objectifs avec leurs équipes et pour établir les rapports demandés par Medicare et Medicaid pour leurs usagers qui vont à Intermountain Healthcare.

Un RBP informatisé disponible sur le SI permet à chaque professionnel de santé concerné sur l'ensemble du territoire d'avoir accès aux outils de diagnostic validés (Mini-Cog™, MoCA, QAF, BEHAV5, thermomètre de stress, Formulaire d'évaluation de conduite), aux informations validées (Best Practice Flashcards), au matériel pédagogique recommandé pour les usagers et les soignants, les adresses des ressources documentaires et des associations, les références de 132 articles scientifiques ainsi que les noms, prénoms, titres et lieux de travail des 35 professionnels de santé d'Intermountain Healthcare et des 8 autres spécialistes

68 - L. Morin, C. Foury, P. Briot, A. Perrocheau, J. Pascal, « Modalités d'application du "disease management" concernant l'organisation et la rémunération des professionnels aux USA, en Allemagne et en Angleterre : perspectives pour la France », *Santé publique*, 2010, 22 (5), pp. 581-592.

69 - Il en existe deux qui sont reconnus au niveau mondial.

américains qui ont développé en février 2017, le programme intégré des déficits cognitifs légers, démences et maladie d'Alzheimer. Cela, pour les aider à établir les meilleurs diagnostics et prescrire les traitements les plus adaptés pour un soutien et des soins optimaux, gradués au sein d'un parcours de santé personnalisé évolutif<sup>70</sup>.

Un tableau de bord informatisé permet de suivre les résultats des soutiens et des soins par équipe, par établissement et par territoire. Chaque professionnel de santé peut y ajouter des commentaires informatisés et participer en continu à l'évolution du RBP et à sa co-construction. Le SI comprend une plateforme téléphonique et de visioconférence ainsi qu'une messagerie électronique.

### Des formations initiales et continues partagées

De plus, les professionnels de santé et les responsables du système intégré bénéficient de formations initiales et continues pluridisciplinaires portant sur : les défis des systèmes de santé d'aujourd'hui et de demain ; l'amélioration continue de la qualité et la mise en œuvre de concepts ; la recherche ; avec les meilleurs outils informatiques. Ils apprennent ensemble à moderniser et à transformer les organisations et les pratiques pour atteindre les objectifs du Triple Aim. Par exemple, Intermountain Healthcare propose un « programme de formation avancée en amélioration continue de la qualité des soins et des actions en faveur de la santé (Advanced Training Program - ATP - in Health Care Delivery Improvement) » par le « Healthcare Delivery Institute » ainsi qu'un « programme de leadership de confiance (Developing trusted leaders) par l' « Intermountain Healthcare Leadership Institute » intégré au « Kem C. Gardner Transformation Center »<sup>71</sup>.

### Discussion : pour le développement d'un tel programme en France

Qui, pour soi ou des proches, ne voudrait pas bénéficier d'un tel programme offrant de telles possibilités et donnant de tels résultats ? D'autant plus que des résultats par objectifs du Triple Aim sont retrouvés pour d'autres programmes comme ceux sur la santé mentale<sup>72</sup> ou l'insuffisance cardiaque<sup>73</sup>. L'efficacité clinique et organisationnelle de ces programmes participent à l'atteinte de la réduction de près

70 - Intermountain Healthcare, *Care process model of Diagnosis and management of Mild Cognitive Impairment (MCI) and dementia*, Intermountain Healthcare, February 2017.

71 - P.-H. Bréchat, « Les cinq piliers de la formation moderne des responsables et des professionnels des systèmes de santé et d'assurance maladie », *Chronique 1 - Organisation sanitaire, politiques de santé, Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie*, 2018, n°19, pp. 23-28.

72 - P. Briot, P.-H. Bréchat, B. Reiss-Brennan, W. Cannon, N. Bréchat, A. Teil, « Prise en charge intégrée des maladies mentales : L'exemple d'Intermountain Healthcare (USA) », précité.

73 - P.-H. Bréchat, K. Rasmussen, P. Briot, C. Foury, R. Fulton, D. Smith, et al., « Bénéfices de la prise en charge intégrée de l'insuffisance cardiaque : l'exemple d'Intermountain Healthcare (États-Unis) », précité, pp. 882-883.

de 40 % des dépenses de santé consacrées par l'assurance maladie ou l'assurance santé aux assurés de 65 ans et plus ayant des maladies chroniques<sup>74</sup>. Ces économies sont utilisées pour accroître en continu la qualité des offres pour tout le monde partout sur le territoire ainsi que l'engagement des professionnels de santé par des incitatifs financiers et des formations. Ces programmes, dont le programme de soutien et de soins intégrés des usagers atteints de déficits cognitifs légers, de démences, dont la maladie d'Alzheimer, sont efficaces et efficaces. Cela, par un continuum global au sein d'un parcours de santé personnalisé évolutif (mass customization) pour tout usager partout sur le territoire. L'intégration a permis de décloisonner les soutiens et les soins par une équipe multidisciplinaire tout en levant les difficultés habituellement rencontrées<sup>75</sup> et en améliorant la pertinence des soins et des actions en faveur de la santé<sup>76</sup>. Ces programmes montrent des résultats prometteurs pour faire face au défi de l'augmentation des maladies chroniques, tant en termes de co-décision entre l'usager, sa famille, les aidants et les professionnels de santé, qu'en termes d'efficacité clinique et organisationnelle. Cela génère des économies pour l'assurance santé (SelectHealth d'Intermountain Healthcare) qui sont notamment reversées pour accroître l'égalité d'accès à de meilleurs soins pour toute la population partout sur le territoire<sup>77</sup>.

De plus, pendant la pandémie de Covid-19, les usagers de ces programmes ont pu en bénéficier comme habituellement. En effet, le système étant dimensionné pour être en capacité de prendre en charge des catastrophes comme les pandémies, les responsables n'ont pas eu à déprogrammer des soins ou à faire un tri des malades, comme cela a été le cas en France<sup>78,79</sup>.

Pour espérer arriver à de tels résultats en France, il faut mettre en place un système intégré avec une organisation claire et visible, avec un responsable d'un programme clinique des neurosciences comprenant le soutien et les soins des usagers atteints des déficits cognitifs légers et des démences, dont la maladie d'Alzheimer. Son financement

serait basé sur la qualité et la sécurité plutôt que le volume<sup>80</sup> et bénéficierait d'un SI et des formations décrits.

Les dynamiques en cours en France en faveur des usagers atteints de la maladie d'Alzheimer et de ceux en fin de vie<sup>81</sup> ou du développement des Ehpad doivent pouvoir intégrer un programme clinique des neurosciences et un programme de santé publique en faveur de l'ensemble des besoins de santé des personnes âgées<sup>82</sup>. C'est ce qu'ont par exemple demandé les 38 représentants de l'Association des Représentants des Usagers dans les Cliniques, les Associations et les Hôpitaux (ARUCAH) lors de leurs travaux du 2 octobre 2010 à Besançon : « développer la prise en charge des personnes âgées » doit devenir une des dix priorités de santé<sup>83</sup> de la région Franche-Comté<sup>84</sup>.

Le système de santé et d'assurance maladie français doit aussi pouvoir notamment s'inspirer des CCM, TBC et Triple Aim<sup>85</sup> ainsi que du programme d'Intermountain Healthcare pour corriger ses lacunes<sup>86</sup> et renforcer le soutien et les soins des usagers atteints de déficits cognitifs légers, de démences et de la maladie d'Alzheimer<sup>87</sup>. Cela favoriserait la prise en compte du continuum, en particulier celle de la prévention. Cela encouragerait le recentrage du système sur l'usager et ses proches et faciliterait la co-décision avec les professionnels de santé. Une diminution des hospitalisations et des appels d'urgence serait possible pour une plus grande satisfaction des usagers et de leurs proches, tout en réduisant les coûts pour l'assurance maladie. Cela permettrait d'accompagner plus d'usagers et à moindre coût par rapport au modèle cloisonné traditionnel<sup>88,89</sup>. D'autant

74 - J. E. Wennberg, « Time to tackle unwarranted variations in practice », *BMJ*, 2011, 342, pp. 687-690.

75 - Les difficultés habituellement rencontrées sont : obtenir une consultation spécialisée ; bénéficier du temps des professionnels de santé nécessaires ; avoir un diagnostic précis pour une pathologie complexe dont la symptomatologie peut être ténue ; obtenir des remboursements et des indemnités ; avoir une prise en charge des comorbidités médicales et sociales associées.

76 - C'est à dire, la suppression : des examens inutiles pour le diagnostic ; du lieu de prise en charge incorrect ; la sous ou la sur mobilisation des spécialistes ; le développement de services inappropriés ; des RBP non conformes à l'EBM ; des pratiques non médicalement justifiées ; des préjugés pour l'usager.

77 - P.-H. Bréchat, *Sauvons notre système de santé et d'assurance maladie*, précité, pp. 17 ; 141-154.

78 - A. Moran, C. Dealberto, « Hôpital : les dégâts collatéraux de la première vague en chiffres », *Libération*, le 13 décembre 2020.

79 - D. Naouri, « En 2020, le nombre de séjours hospitaliers hors Covid-19 a diminué de 13 % par rapport à 2019 », *Série Études et Recherches, DREES*, 2021, 1204, pp. 1-8.

80 - N. Bréchat, M. Besnier, T. Vogel, M. Berthel, D. Castiel, C. Labalette, J. Lonsdorfer, M.-C. Mathieu-Grenouilleau, R. Rymer, P.-H., Bréchat, « Personnes âgées, précarité, handicap social et durée de séjour: étude pilote au groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal de Paris », *La Presse Médicale*, 2010, 39 (4), pp. 86-96.

81 - D. Sicard, « Les droits de la personne âgée en vie de vie. Dossier thématique : La prise en charge de la dépendance à l'horizon de la loi d'adaptation de la société au vieillissement », précité.

82 - P.-H. Bréchat, C. Castiel, « Prise en charge des personnes âgées : un révélateur des paradoxes de l'évolution du système de santé et d'assurance maladie français », précité, pp. 32-35.

83 - Disposer d'un logement, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, disposer d'une eau de qualité et développer le dépistage et le contrôle du cancer, accéder à l'éducation, développer la prise en charge des personnes âgées, prendre en compte le stress et la santé mentale, préserver la sécurité sociale et maintenir l'effectif du personnel hospitalier.

84 - P.-H. Bréchat, O. Jeunet, A. Attard, B. Romagnan, M. Lajoux, C. Magnin-Feyssot et al., « Représentants d'associations d'usagers et priorités de santé : Un déficit de démocratie », *JEGM*, 2012, 30 (6), pp. 356.

85 - P.-H. Bréchat, « Moderniser et transformer un système de santé et d'assurance maladie : conseils de ceux qui y arrivent », précité.

86 - Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, Déficiences intellectuelles. Expertise collective. *Synthèse et recommandations*, Les éditions Inserm, 2016.

87 - Haute Autorité de Santé, *Panorama des principales publications de la HAS sur la maladie d'Alzheimer*, 2020.

88 - P.-H. Bréchat, N. Bréchat, R. Fulton, D. Smith, « Réduire les "déserts médicaux" et désengorger les urgences tout en prenant en charge les "usagers complexes" et le développement de la prévention et diminuer les inégalités de santé est possible : des systèmes y parviennent », précité, pp. 28-35.

89 - P.-H. Bréchat, *Sauvons notre système de santé et d'assurance maladie*, précité.

plus que d'autres systèmes y parviennent comme ceux du Canada, et notamment celui de l'Alberta<sup>90</sup>.

La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002<sup>91</sup>, des expériences exemplaires de réseaux et de filières gériatriques ainsi que de parcours de santé<sup>92</sup> peuvent aider à cela. D'autres éléments récents également.

Les professionnels de santé qui soutiennent et soignent les personnes souffrant de déficits cognitifs légers et de démence dont la maladie d'Alzheimer peuvent améliorer leurs actions et pratiques en mettant en œuvre le CCM et en atteignant les objectifs du Triple Aim, en s'inspirant du programme intégré d'Intermountain Healthcare. La loi de modernisation de notre système de santé de 2016<sup>93</sup> va dans ce sens en insistant sur la réduction des inégalités et l'efficacité organisationnelle. Cette loi réaffirme que « *la politique de santé relève de la responsabilité de l'État* » tout en renforçant « *l'alignement stratégique entre l'État et l'assurance maladie* ». La stratégie nationale de santé 2018-2022 constitue aussi un cadre de la politique de santé porteur, car comportant les quatre axes complémentaires suivants : mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux ; lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé ; garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des soutiens et des soins à chaque étape du parcours de santé ; innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers.

Selon l'article L. 1434-2 du code de la santé publique, le Projet Régional de Santé (PRS) est composé d'un cadre d'orientation stratégique et d'un Schéma Régional de Santé (SRS)<sup>94</sup>. Ce dernier comporte des objectifs en matière de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, de prévention, de promotion de la santé et de coordination des acteurs du sanitaire, du social et du médico-social. Les objectifs de ce SRS visent à améliorer l'accessibilité des services et à renforcer la coordination, la qualité, la sécurité, la continuité et la pertinence des soins et des interventions de prévention. Ils contribuent à faciliter l'organisation des parcours de santé, notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes en situation de précarité, de handicap ou de perte d'autonomie.

La mise en place d'un « programme national de soutien

90 - S. Delon, B. MacKinnon, « Alberta's systems approach to chronic disease management and prevention utilizing the expanded chronic care disease », *Healthcare Quarterly*, 2009, 13 (sep), pp. 98-104.

91 - P.-H. Bréchat, « Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 : pour un aboutissement, 20 ans après », Chronique 1 – Organisation sanitaire, politiques de santé, *Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie*, 2021, n°28, pp. 46-71.

92 - P.-H. Bréchat, C. Castiel, « Prise en charge des personnes âgées : un révélateur des paradoxes de l'évolution du système de santé et d'assurance maladie français », précité, pp. 32-35.

93 - Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

94 - P.-H. Bréchat, A. Jourdain, « Représentation des acteurs de la mise en œuvre du projet régional de santé dans deux régions », *Santé publique*, 2020, 32 (1), pp. 69-86.

et de soins intégrés pour les usagers atteints de déficits cognitifs légers, de démences et de la maladie d'Alzheimer », au sein d'une politique de santé pourrait comprendre par exemple : un registre de ces pathologies sur tout le territoire (comme à Intermountain Healthcare), à partir de la Base de données Nationale française Alzheimer (BNA) ; l'analyse des résultats des parcours de soins et des parcours de santé par principes du CCM et du TBC et l'analyse de l'atteinte des objectifs du Triple Aim.

Par ailleurs, les parcours de soins proposés par la Haute Autorité de Santé (HAS) et les expérimentations cliniques et organisationnelles innovantes prévues à l'« article 51 » de la loi de financement de la sécurité sociale<sup>95</sup> peuvent favoriser l'émergence et la pérennisation de parcours de soins et de parcours de santé efficaces et efficaces au sein de territoires pilotes avant leur diffusion sur tout le territoire. La loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé<sup>96</sup> peut aussi faciliter le développement d'une offre hospitalière locale, ouverte sur la ville et le secteur médico-social, et renforcer la gradation des soins en lien avec les réseaux et les filières déjà en place.

Il peut donc exister en France une dynamique favorable à l'amélioration du soutien et des soins des usagers atteints de déficits cognitifs légers, démences et maladie d'Alzheimer qu'il faut renforcer : des pistes sont ici données.

## Conclusion

Le programme de soutien et de soins intégrés pour les usagers atteints de déficits cognitifs légers, de démences et de la maladie d'Alzheimer d'Intermountain Healthcare est multidisciplinaire et global, protocolisé et stratifié, planifié et suivi au sein d'un parcours de santé adaptable pour ces usagers et leurs proches. Ce programme met en œuvre les modèles du CCM et du TBC et atteint les objectifs du Triple Aim. Il améliore l'efficacité clinique et l'efficacité organisationnelle ainsi que l'égalité d'accès à de meilleurs soins et à la santé pour toute la population sur tout le territoire. Il satisfait les usagers, notamment les personnes âgées, et les professionnels de santé. Cela répond à l'Observation générale n° 14 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations unies, notamment dans ses paragraphes 25, 17 et 18. Il existe une dynamique favorable en France ainsi que des exemples étrangers pour la renforcer.

## Remerciements

Les auteurs adressent leurs remerciements : au Docteur Raj Srivastava, Executive Director de l'Healthcare Delivery

95 - B. Apollis, « Les enjeux des expérimentations de l'« article 51 » de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 », *Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie*, 2019, n°24, pp. 6-12.





96 - Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.



Institute ; à Ross Fulton, Directeur des opérations des services centraux du Medical Group ; au Docteur Mark Briesacher, Senior Vice President et Chief Physician Executive ; et aux leaders et membres de l'équipe du développement des soins cognitifs, d'Intermountain Healthcare ; à Solange Vuillermoz et à ses aidants familiaux qui n'ont pu bénéficier d'un tel programme alors qu'il en avaient tant besoin ; au Docteur Gérard Simon, chef du service de gériatrie et de médecine interne de l'hôpital de Belfort des années 2000 ; au Docteur Patrice Randot, spécialiste en médecine générale d'exception à Domblans et à Véronique, son assistante et épouse ; à Odile Jeunet, membre de l'Association France Alzheimer Doubs ; à Christian Magnien-Feysott, ancien Président de l'Association des Représentants des Usagers dans les Cliniques, les Associations et les Hôpitaux (ARUCAH) ; à Antoine Vial, co-fondateur du regroupement

des Living labs dédiés à la santé et l'autonomie, qui a insufflé l'élaboration de l'Annexe et qui a donné son accord pour sa publication dans cet article ; à Didier Tabuteau, fondateur de la Chaire santé de Sciences Po dont il a été responsable entre 2006 et 2018 et co-fondateur de l'Institut Droit et Santé – Inserm UMR S 1145 - de l'Université de Paris qu'il a co-dirigé entre 2006 et 2018 ; à Frédéric Bizard, Président et fondateur de l'Institut santé pour refonder notre système de santé ; à Anne Saint-Laurent, ancienne Directrice de l'action sociale de l'Agirc-Arrco ; à Patrick Negaret, ancien Directeur général de la Caisse primaire d'assurance maladie des Yvelines ; à Didier Castiel, économiste de la santé, Université Sorbonne Paris-Nord, UFR SMBH, membre du Centre d'Economie de l'Université Paris-Nord (CEPN) – UMR 7234 CNRS-UP13 ; qui nous ont soutenus.

**Annexe : Organisation du système de santé en 4 niveaux intégrés mettant en œuvre tous les programmes de santé, à partir des exemples d'Intermountain Healthcare et Stanford Health Care (USA)**

STRUCTURES	PUBLICS	HEURES D'OUVERTURE	PROFESSIONNELS	ÉQUIPEMENTS INTERNES	ÉQUIPEMENTS PARTAGÉS	PARTENAIRES
<b>1<sup>er</sup> niveau :</b> <b>Centre de santé</b>	Médecine générale, Jeunes mamans, Nourrissons, Scolaires, Sportifs, Prévention	 10 à 18 h 10 à 30 Usagers/jour	X Infirmiers de pratique avancée + 1 médecin assistant + secrétaire + X assistantes sociales + 1 directeur	Bon de pharmacie gratuit Parfois intégré dans une école	Réseau dédié + Dossier usager + Outils + Responsables des parcours + Formations + Recherches + Continuum + Concepts = Co-construction, sens, engagement, résultats collectifs, couverture des besoins	Assurance santé + Collectivités territoriales + Inter-ministériel = Tous les déterminants de la santé pris en compte : formation, environnement, transport, logement, etc. = Réduction des inégalités de santé
<b>2<sup>ème</sup> niveau :</b> <b>Centre de santé et d'urgence</b>	Idem + Suivi des « usagers complexes » + Urgence de jour « simples » (plaies, fracture simple, conditionnement, etc.)	 9 à 19 h 10 à 30 usa/j	X Infirmiers de pratique avancée + 2 méd. ass + 1 médecin + 1 secrétaire + X ass sociales 1 directeur	Petite radiologie => télé-médecine avec centre référent Biologie de base Pharmacie de base		
<b>3<sup>ème</sup> niveau :</b> <b>Centres multidisciplinaires</b> (hôpitaux locaux)	« Usagers complexes » (bilan médical et social, parcours) de santé Personnes âgées Enfants Urgences de jour « complexes » sans chirurgie Prévention : centre de bien-être (LiVe Well Center)	 8 à 19h 5 à 20 usa/j	X Infirmiers de pratique avancée + X méd. ass + X médecin + 1 pharmacien + X secrétaire + 1 directeur	Imagerie Biologie Pharmacie		
<b>4<sup>ème</sup> niveau</b> <b>Centre Hospitalier Universitaire</b> (CHU)	Ce que ne font pas les autres niveaux Urgences « complexes » avec chirurgie possible Prévention	 Toutes spécialités H24 7j/7	Idem / CHU	Blocs opératoires Hélicoptères, avions Imagerie Biologie Pharmacie		

Source : P.-H. Bréchat et A. Vial, 2020, d'après : P.-H. Bréchat, N. Bréchat, R. Fulton, D. Smith, « Réduire les "déserts médicaux" et désengorger les urgences tout en prenant en charge les "usagers complexes" et le développement de la prévention et diminuer les inégalités de santé est possible : des systèmes y parviennent », *Chronique 1 – Organisation sanitaire, politiques de santé, Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie*, 2019, n° 22, pp. 28-35.