

# Tous responsables de notre santé !

---

**Bilan et perspectives**  
pour une Responsabilité  
populationnelle





## Faire basculer notre système de santé vers la **prévention** et la **territorialisation** : la **Responsabilité populationnelle**

# G

Garantir à toutes et tous le plus haut niveau de soins, où qu'ils habitent, à tout moment. C'est la mission de l'hôpital. Depuis toujours, celui-ci la remplit avec fierté, en s'appuyant sur l'excellence et l'engagement de ses professionnels. Cet engagement vaut aussi, bien sûr, pour tous les professionnels de santé, en ville comme en établissement.

Aujourd'hui, la société a changé, et les besoins de santé aussi. L'enjeu des pathologies chroniques et du vieillissement impose de revoir, collectivement, notre façon de travailler. Autant l'intervention d'un diabétologue, ou d'un gériatre, est essentielle pour une personne atteinte de diabète de type 2, ou d'une personne âgée en perte d'autonomie, autant leur intervention, à elle seule, ne suffit pas à garantir le maintien en santé de ces personnes. Celui-ci dépend bien sûr de l'individu, de ses proches, du médecin traitant, des infirmières libérales, des pharmaciens... mais aussi des conditions de vie, des habitudes alimentaires, de l'activité physique. Et cela, tout au long de la vie, de façon coordonnée, de façon proactive.

Un médecin généraliste, un diabétologue, pourront délivrer, à un patient qui se présente, un diagnostic, un traitement, voire l'entrée dans un parcours de santé. Mais qu'en est-il de toutes les personnes qui devraient voir un professionnel de santé mais qui, pour une raison ou pour une autre, ne le font pas, ou alors le font trop tard, lorsque leur état s'est vraiment dégradé ?

Qu'en est-il de ces millions de Français qui présentent des risques de développer une pathologie chronique et qui devraient bénéficier de conseils, d'accompagnement, de ressources pour éviter que celle-ci ne se déclare et qu'ils ne voient leur vie chamboulée ?

Les Français endossent massivement l'idée d'un système de santé solidaire, qui nous protège tous contre les aléas de la maladie. La France investit presque 13% de son PIB dans les dépenses de santé. Pour autant, force est de constater que les résultats de santé sont hétérogènes, en fonction du lieu où on habite, de l'origine sociale, de l'accès à l'information. Ces inégalités ne sont pas le fait de l'action d'un seul professionnel, mais bien le résultat d'un défaut d'organisation collective.

Ainsi, le résultat de santé, qu'il soit mesuré sur une personne ou sur une population, dépend d'une action collective, coordonnée, dont l'objectif est explicitement le maintien en santé et la réponse aux besoins de santé, qu'ils soient exprimés ou non. C'est le sens de la Responsabilité populationnelle. Une organisation collective, s'appuyant sur des programmes de santé partagés, qui visent la meilleure santé de la population d'un territoire, la meilleure prise en charge de chaque patient dans cette population, la meilleure utilisation des ressources du territoire.

Cette approche a aujourd'hui fait ses preuves dans cinq Territoires pionniers. En 18 mois, plus de 12500 personnes à risque de développer un diabète de type 2 ou de l'insuffisance cardiaque ont été dépistées au cours de l'une des 860 actions d'allers-vers qui y ont été menées. 4000 personnes atteintes de l'une ou l'autre pathologie y sont suivies, dans des parcours élaborés par l'ensemble des acteurs de santé du Territoire.

Cette approche collective produit des résultats : la part des séjours hospitaliers pour diabète entrant par les urgences y a diminué d'un tiers. La proportion de longs séjours y a diminué de moitié. Et tout cela, en diminuant les coûts moyens. De meilleurs soins, au bon moment, au bon endroit.

Cette approche, fondée sur l'excellence clinique, parle aux professionnels. Ils la comprennent et s'en emparent. Trois nouveaux Territoires ont rejoint la démarche en 2023, apportant la promesse d'améliorer les services chez eux, mais aussi de développer des innovations qui profiteront à tous. Ainsi, près de 4 millions de personnes habitent dans des Territoires qui ont enclenché leur transformation.

D'ores et déjà, une vingtaine d'autres Territoires sont prêts à s'engager dans la Responsabilité populationnelle. Une vingtaine de coalitions territoriales d'acteurs de santé, rassemblant professionnels libéraux et hospitaliers, collectivités locales, patients, associations. Le mouvement est bien en marche.

Pour donner sa pleine mesure, la démarche de Responsabilité populationnelle, qui est d'abord une démarche clinique et organisationnelle, doit s'appuyer sur des fondations solides. Elle doit être soutenue par les pouvoirs publics et s'insérer dans leur stratégie. Elle doit s'appuyer sur des systèmes d'information partagés qui permettent un suivi commun, entre la ville et l'hôpital, de populations et de patients communs. Elle doit s'appuyer sur une gouvernance territoriale qui organise effectivement le travail entre ville et hôpital.

Alors, à quoi pourrait ressembler notre système de santé dans ces conditions ?

La Haute-Saône en donne un bon aperçu. Le dépistage et la prévention primaire y ont été systématisés, en s'appuyant sur un vaste réseau de partenaires. L'accès aux services spécialisés y a été facilité et étendu en s'appuyant sur une coordination étroite avec les équipes de ville. Le taux de passage par les urgences y est deux fois inférieur à la moyenne nationale. Et la durée moyenne de séjours des patients diabétiques y est 50% inférieure à la moyenne nationale, alors que les coûts ont été maîtrisés. Comment transposer ces résultats à l'échelle de notre système de santé dans son ensemble ?

C'est l'exercice auquel s'est livré l'OCDE, en s'appuyant sur une expérience très similaire à la nôtre, celle de *Gesundes Kinzigtal*. Leurs experts estiment que nous pourrions allonger la durée de vie sans incapacité de nos concitoyens de 5 ans et demi, tout en réduisant nos dépenses de 3,5%. Meilleure santé, meilleure prise en charge, meilleure utilisation des ressources.

Il est possible de rendre plus efficace et vertueux notre système de santé en visant réellement le maintien en santé des populations.

La preuve en est faite.



**Arnaud ROBINET**

Président de la Fédération hospitalière de France

**Zaynab RIET**

Déléguée générale de la Fédération hospitalière de France



4 PRÉFACE D'ARNAUD ROBINET & ZAYNAB RIET

8 LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE :  
POURQUOI ?

10 UN VIRAGE MONDIAL  
VERS LA TERRITORIALISATION  
ET L'APPROCHE POPULATIONNELLE

11 LES « TERRITOIRES PIONNIERS  
DE LA RESPONSABILITÉ  
POPULATIONNELLE »

14 DES RÉSULTATS SUBSTANTIELS  
ET PROMETTEURS

22 DU CONCEPT À LA RÉALITÉ :  
LES VISAGES DE LA RESPONSABILITÉ  
POPULATIONNELLE

27 AU-DELÀ DES PIONNIERS...  
L'EXTENSION À DE NOUVEAUX TERRITOIRES

33 ET AU-DELÀ

35 CE QU'IL EST POSSIBLE D'ESPÉRER :  
L'EXEMPLE DE LA HAUTE-SAÔNE

42 CE QU'IL EST POSSIBLE D'ESPÉRER :  
GESUNDES KINZIGTAL

45 CONCLUSION

# LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE : POURQUOI ?

## Réorienter nos organisations de santé vers la prévention, par un travail en commun de tous les acteurs de santé

Aujourd'hui, nos organisations de santé vivent deux phénomènes déterminants : les pathologies chroniques et le vieillissement de la population. Les caractéristiques de ces besoins et de ces populations expliquent une bonne part de la tension que vivent aujourd'hui nos professionnels, en ville comme à l'hôpital. Les pathologies chroniques représentent 62% des 158 milliards d'euros dépensés par l'Assurance maladie, et concernent au bas mot 25 millions de personnes.

En 2022, près d'une personne sur deux souffrant de diabète de type 2 a connu au moins une hospitalisation, soit plus de 2,2 millions de séjours dont 30% d'arrivées par les urgences.

Près de 700000 personnes atteintes d'insuffisance cardiaque ont été hospitalisées cette même année. Dans 40% des cas, leur séjour a commencé par une arrivée par les urgences, soit 670000 séjours.

Enfin, 2,4 millions de nos concitoyens âgés de plus de 75 ans ont été au moins une fois à l'hôpital dans l'année, pour 4,2 millions de séjours, dont 35% d'arrivées par les urgences.

Malgré le dévouement et le professionnalisme des équipes de santé, force est de constater que le résultat de santé, lui, n'est pas toujours à la hauteur. Ainsi, 12395 personnes atteintes de diabète ont été amputées en 2022, avec toutes les conséquences que cela implique.

Ces chiffres recourent l'ensemble des enjeux qui touchent aujourd'hui notre système de santé, longtemps considéré comme le meilleur au monde : inégalités sociales et d'accès aux soins, manque de coordination, manque d'information, faiblesse de la prévention. Un système qui fonctionne davantage en réaction que de façon proactive.

Il est pourtant possible de prévenir l'apparition de pathologies chroniques. Il est possible de prévenir la dégradation de l'état de santé d'une personne atteinte de pathologie chronique. Il est possible de favoriser le fait de vieillir en santé, et de prévenir la perte d'autonomie.

Cela nécessite une action coordonnée de l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire. Cela nécessite une approche locale, puisque chaque territoire et chaque population sont uniques. Mais cela nécessite aussi la construction commune de parcours de santé qui visent l'exécution systématique de la bonne prise en charge, pour la bonne personne, au bon moment, en bon endroit.

Des parcours de santé intégrés, c'est le sens de la Responsabilité populationnelle. Tout bien faire ensemble pour éviter l'apparition d'une pathologie, et tout bien faire ensemble pour maintenir le meilleur état de santé possible.

En France, près de 18 millions de personnes devraient faire l'objet d'une action en lien avec la prévention du diabète de type 2. Alors, comment faire en pratique ?



**STRATIFICATION MÉDICO-ÉCONOMIQUE DE LA POPULATION DIABÉTIQUE DE TYPE 2,  
PARCELLE FRANCE COÛT MOYEN / INDIVIDUS SUR 5 ANS (PÉRIODE 2015-2019)**



Source :



# UN VIRAGE MONDIAL VERS LA TERRITORIALISATION ET L'APPROCHE POPULATIONNELLE

Tous les pays occidentaux font face aux mêmes défis. Et tout autour de nous, les systèmes de santé se transforment, pour mettre en place des organisations territoriales, liant l'ensemble des acteurs de santé autour de parcours de santé communs.

Ainsi, depuis 2009, le **Pays basque espagnol** a transformé son organisation autour de **13 « organisations de santé intégrées »**, dans la foulée de sa « stratégie pour face aux défis des pathologies chroniques et du vieillissement ». En s'appuyant sur une stratification des besoins de santé, chaque territoire développe ses propres stratégies et ses propres parcours pour s'assurer que chaque individu reste dans le meilleur état de santé possible.

En **Ontario**, province canadienne de 17 millions d'habitants, des « **équipes santé Ontario** » se déploient depuis 2019. Rassemblant l'ensemble des acteurs de santé sur un territoire donné, ces équipes développent et mettent en œuvre ensemble des programmes de santé et des parcours intégrés visant le diabète de type 2, la BPCO, l'insuffisance cardiaque, et la prévention et la gestion des AVC.

En **Norvège**, des « **communautés de santé** » rassemblant les soins primaires, les établissements, les collectivités locales et les patients développent et mettent en œuvre des stratégies de santé visant les personnes âgées, les personnes atteintes de pathologies chroniques, les enfants et adolescents, et les personnes atteintes de troubles de santé mentale.

En **Allemagne**, **Gesundes Kinzigtal**, organisation regroupant tous les acteurs de santé du territoire, parvient à des résultats spectaculaires, en termes d'amélioration de la santé, d'allongement de la durée de vie sans incapacité... et de contrôle des coûts de santé.

Le **NHS England**, plus grand système de santé public au monde, refonde depuis 2021 son organisation autour de **42 « systèmes de santé intégrés » (Integrated Care Systems, ICS)**, territoriaux, rassemblant dans une approche clinique partagée la première ligne de soins, les établissements et les collectivités.

La **Belgique**, après avoir lancé le **programme pilote « INTEGREGO »**, rassemblant tous les acteurs de santé d'un territoire autour de populations cibles, a adopté en novembre 2023 un « **plan interfédéral aide et soins intégrés** », ouvrant ainsi la voie à la généralisation de cette approche territoriale et populationnelle.

Ainsi, indépendamment de leur nature et de leurs modes de financement, tous nos voisins convergent vers des approches et des modes d'organisation remarquablement similaires : travailler ensemble, au sein d'un territoire, pour prévenir l'apparition de pathologies et maintenir l'état de santé. Travailler ensemble sur les déterminants de santé, en intégrant prévention primaire, secondaire et tertiaire.

# LES « TERRITOIRES PIONNIERS DE LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE »

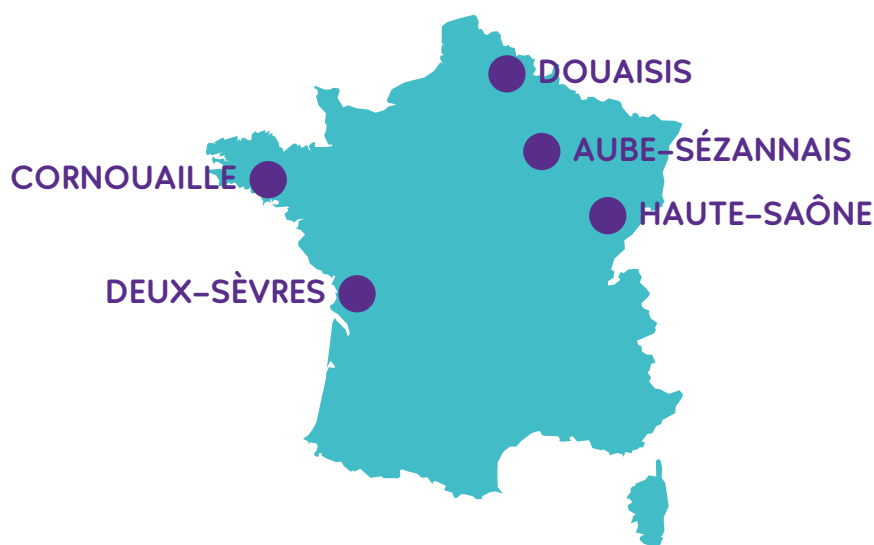
**Meilleure santé de la population, meilleure prise en charge des patients, meilleure utilisation des ressources, meilleure attractivité pour les professionnels**



« L'ensemble des acteurs de santé d'un territoire est responsable de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire ainsi que de la prise en charge optimale des patients de ce territoire. »

**Article L 1434-10 du Code de la santé publique**

La notion de Responsabilité populationnelle rend compte de cette bascule vers un travail commun de tous les acteurs de santé sur un territoire. Mais comment faire en pratique ? Comment développer une approche qui soit assez robuste pour être évaluée et généralisée, tout en étant assez souple pour s'adapter aux réalités de chaque territoire ?

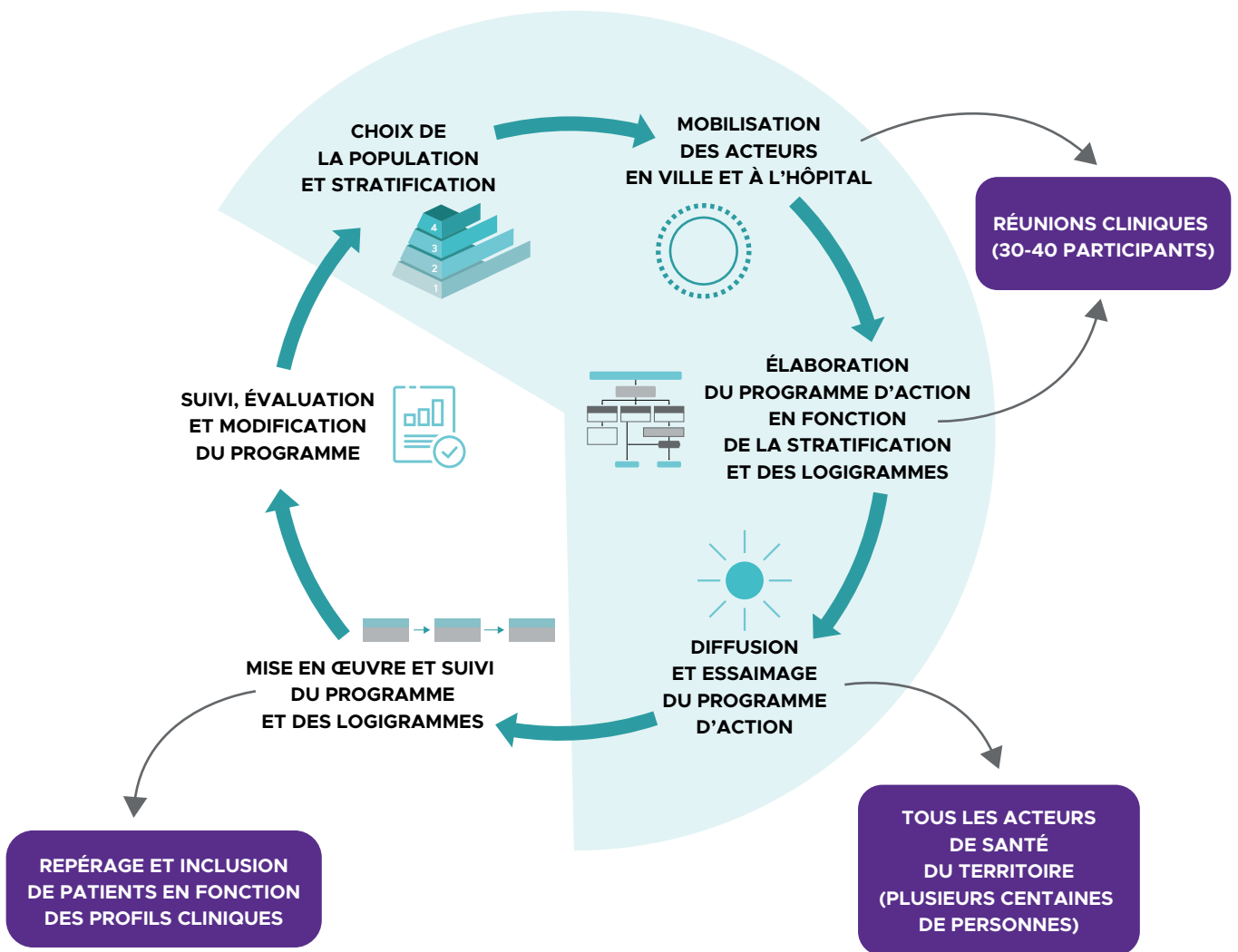


C'est pour répondre à ces questions que l'Aube et le Sézannais, la Cornouaille, le Douaisis, les Deux-Sèvres ont formé un groupe de 5 Territoires pionniers. Avec l'appui de la Fédération hospitalière de France et de ses partenaires, dont les équipes de l'Article 51, ils devaient développer les outils et méthodes nécessaires, puis déployer et tester un modèle visant à mettre en œuvre la Responsabilité populationnelle.

Ils visaient le « quadruple objectif » : une meilleure santé de leurs populations cibles, une meilleure prise en charge de chaque patient, une meilleure utilisation des ressources de leur territoire, et une meilleure attractivité pour les professionnels<sup>1</sup>.

Ce faisant, les pionniers allaient ouvrir la voie à l'ensemble des territoires souhaitant s'emparer de la méthode, et la déployer chez eux.

## CONCEVOIR ET DÉPLOYER UNE APPROCHE POPULATIONNELLE



<sup>1</sup><https://cihr-irsc.gc.ca/f/53008.html>

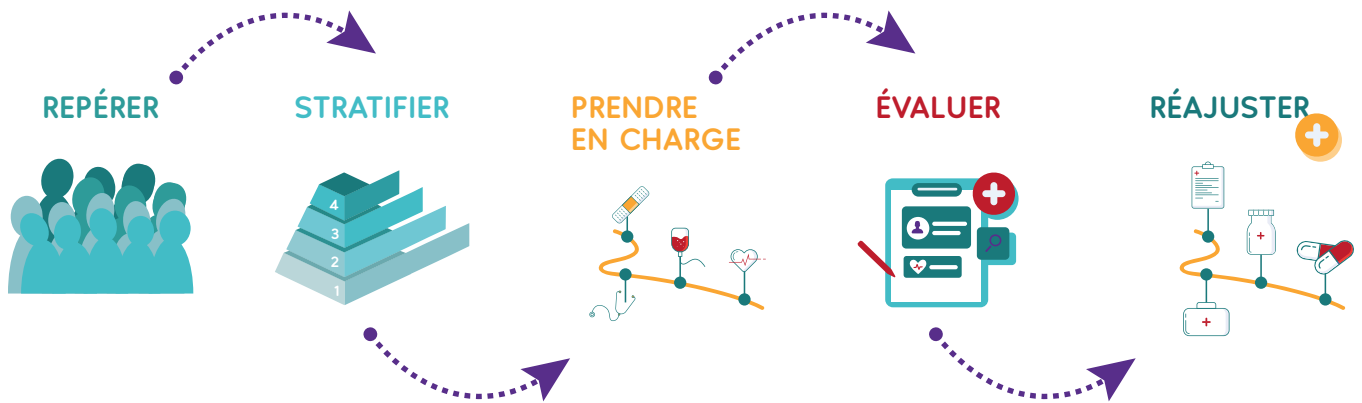
Une méthodologie robuste a été développée par la FHF en collaboration avec l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux du Québec, portant sur une stratification des besoins de santé des populations atteintes ou à risque de diabète de type 2, puis d'insuffisance cardiaque, et sur les meilleurs standards développés par les sociétés savantes. Nos cinq territoires se sont appuyés sur cette méthodologie pour élaborer des programmes de santé, allant de la prévention primaire à la prise en charge des patients complexes.

En mobilisant plusieurs centaines de professionnels libéraux comme hospitaliers, d'acteurs associatifs, de représentants des collectivités, d'associations de patients, les Territoires pionniers ont développé des parcours de santé adaptés aux besoins, des actions d'aller-vers en direction des publics les plus fragiles, des actions de formation en direction des professionnels. Ils ont transformé leurs organisations et leurs modes de prise en charge, vers un travail collectif autour de populations et de patients communs.

---

## UN « PARCOURS » DE RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE

---



# DES RÉSULTATS SUBSTANTIELS ET PROMETTEURS



Cette approche, à la fois commune et très locale, donne aujourd'hui des résultats substantiels, qu'il est possible de mesurer.

Dès l'initiation du programme de Responsabilité populationnelle, les Territoires pionniers ont été sensibilisés à la production d'indicateurs permettant de montrer l'impact du programme sur le territoire, les professionnels et les patients.

L'objectif à terme est de montrer la diminution de l'incidence du diabète et de l'insuffisance cardiaque par des actions de prévention et dépistage, mais aussi la diminution des complications grâce à la mise en œuvre de programmes d'action coordonnés ville-hôpital.

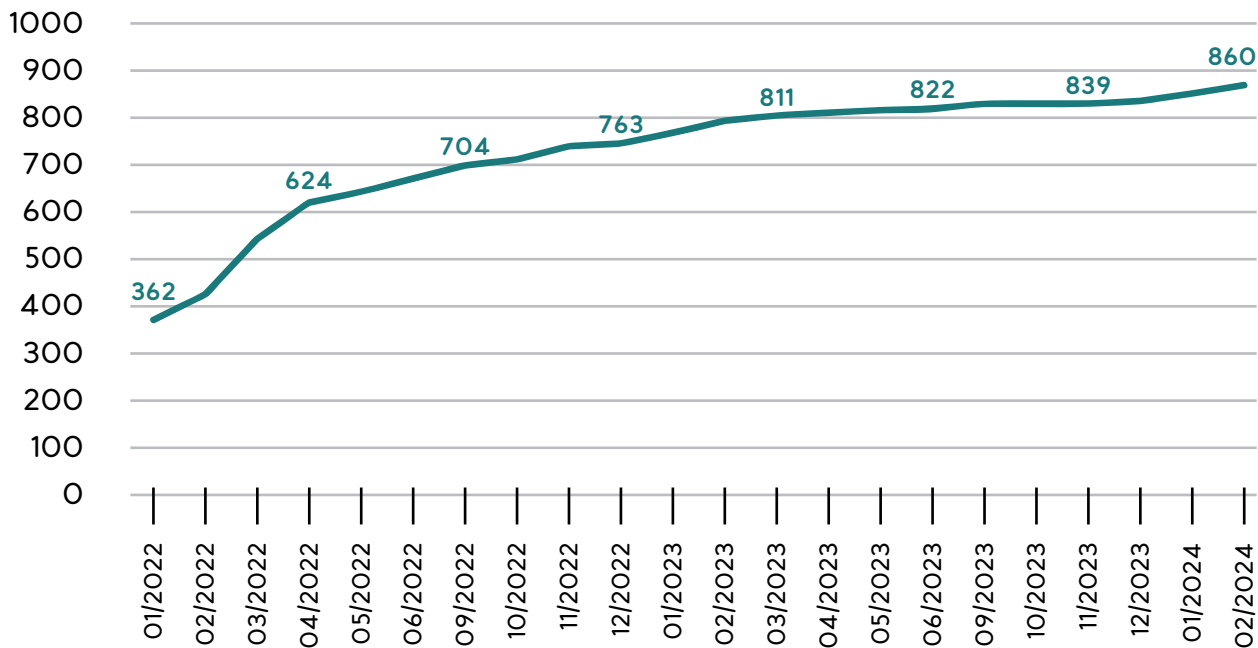
Étant donné qu'il s'agit de pathologies chroniques, l'évolution de ces chiffres ne sera quantifiable qu'après plusieurs années si l'on veut des chiffres statistiquement significatifs. Il a donc fallu s'intéresser à des indicateurs de performance. D'une part, ces indicateurs vont suivre le déploiement de la démarche et son ancrage dans le territoire. D'autre part, ils vont suivre l'évolution et la transformation de l'offre afin de répondre au mieux aux besoins de la population.



## Les indicateurs de déploiement

Plusieurs indicateurs sont suivis : le nombre d'actions menées sur le terrain, le nombre de professionnels sensibilisés à la démarche et ceux y participant de manière active, le nombre de personnes dépistées pour les pathologies concernées, et enfin, le nombre d'inclusions dans chaque cohorte.

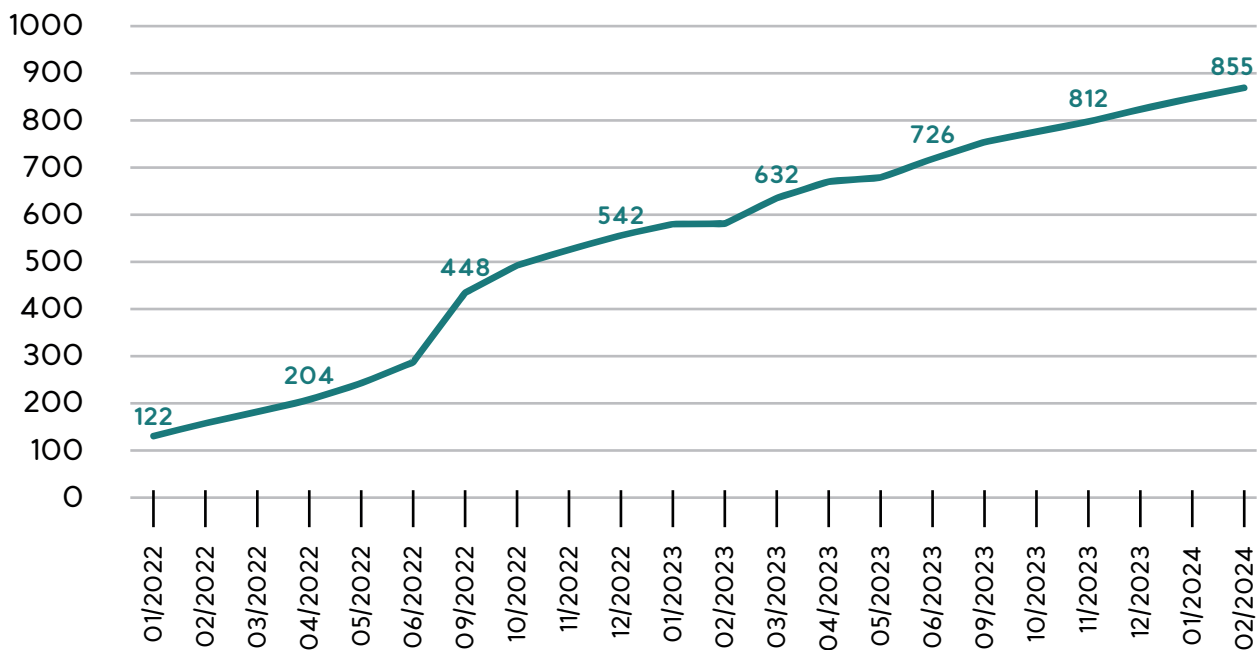
## NOMBRE DE PROFESSIONNELS PARTICIPANT À LA DÉMARCHÉ



Au 1<sup>er</sup> mars 2024, c'était plus de **860 professionnels de santé qui participaient aux programmes**, auxquels s'ajoutent 79 usagers-partenaires et même des citoyens ambassadeurs. En s'appuyant sur un réseau de 130 partenaires locaux (associa-

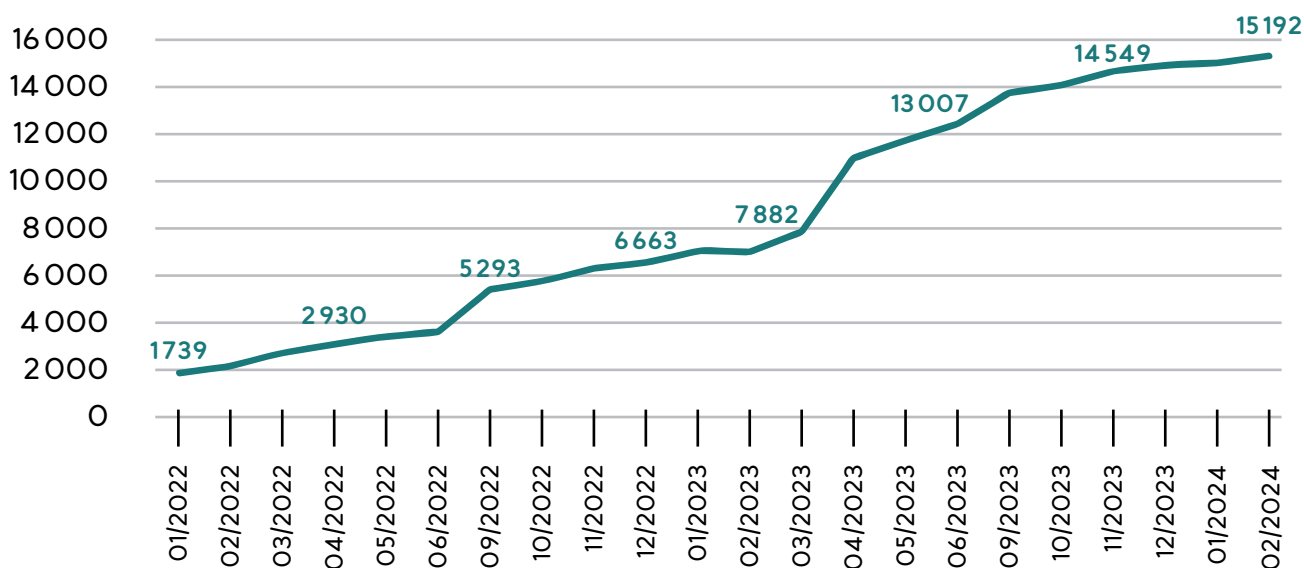
ations, services des collectivités, EHPAD, ESAT, médecine du travail, etc.), près de 860 actions de prévention primaire et d'aller-vers les publics les plus fragiles ont été menées.

## NOMBRE D' ACTIONS RÉALISÉES

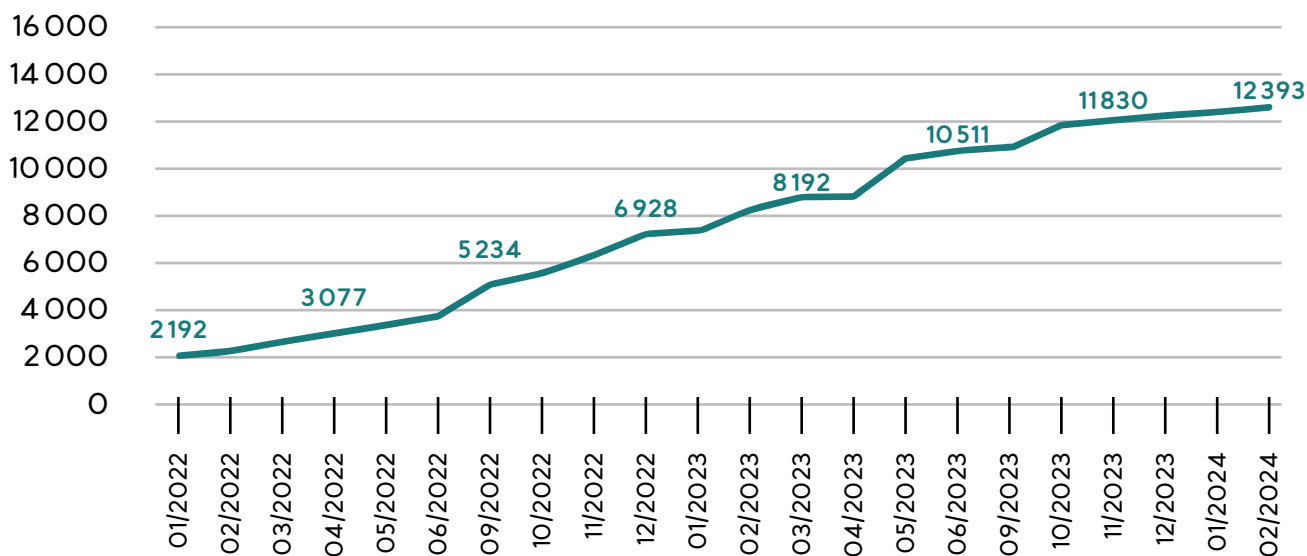


Ces actions ont conduit au **dépistage de 12 500 personnes à risque**,  
 et à la **sensibilisation de plus de 15 000 personnes aux risques du diabète de type 2 et de l'insuffisance cardiaque.**

### NOMBRE DE PERSONNES SENSIBILISÉES



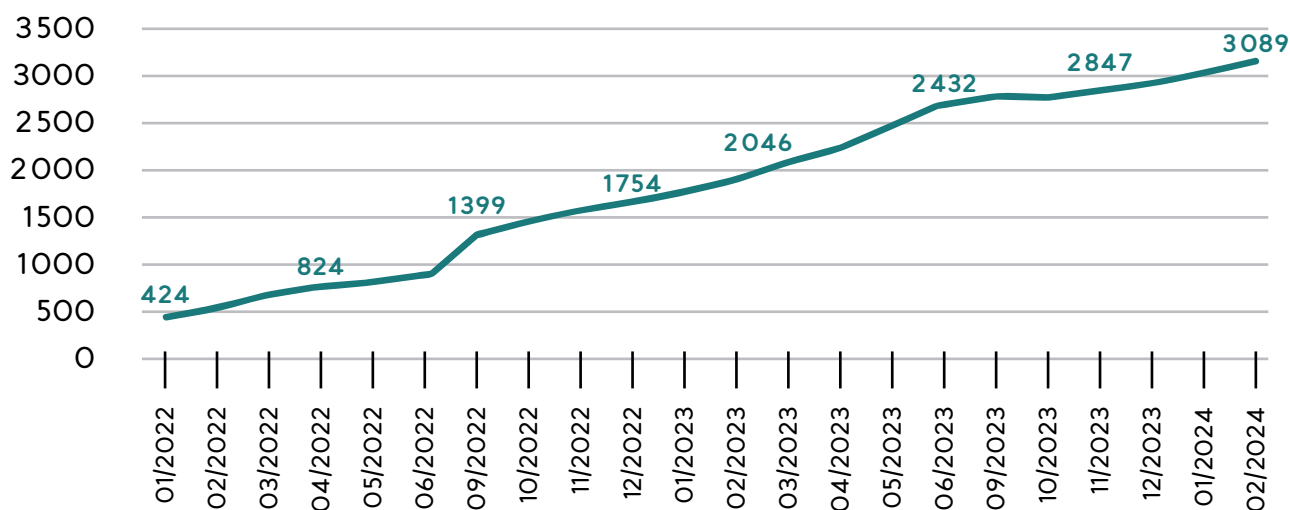
### NOMBRE DE PERSONNES DÉPISTÉES



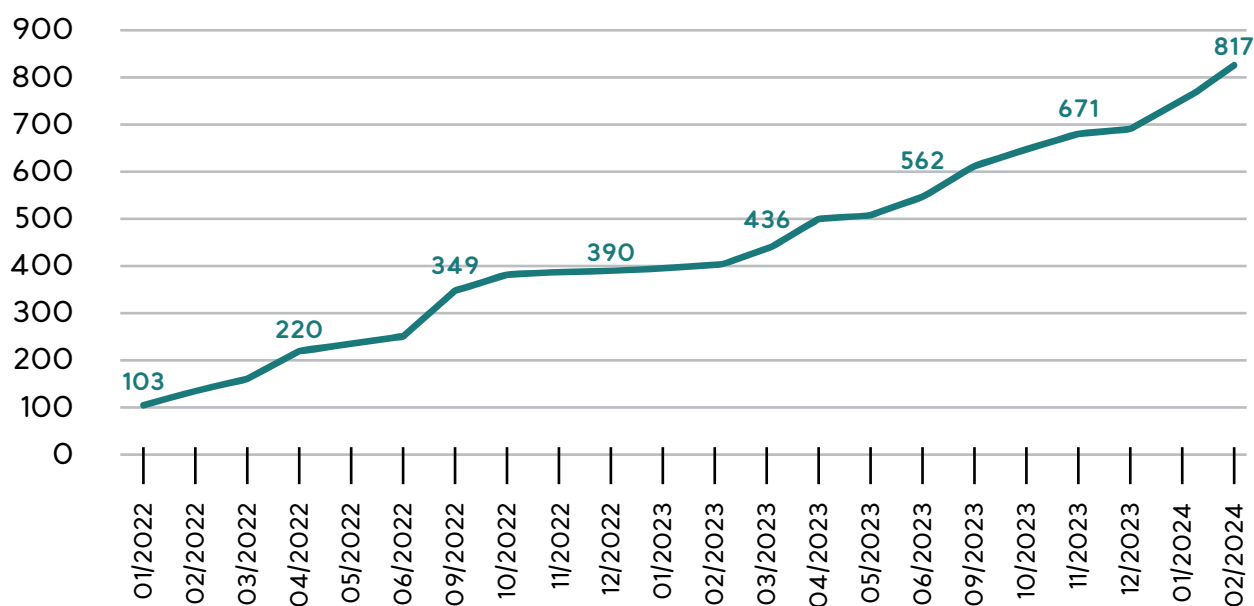


**4000 patients** sont **inclus** et **suivis**  
dans des **parcours ville/hôpital** adaptés  
en fonction de leur « **strate** ».

### INCLUSIONS DT2



### INCLUSIONS IC



Ces chiffres montrent une progression constante pour chacun de ces indicateurs, principalement depuis début 2022. Cela prouve que la démarche est maintenant ancrée dans les Territoires pionniers. Une majorité de professionnels sont sensibilisés ; dont une grande partie s'implique directement en réalisant des inclusions de patients, mais aussi en sollicitant des actions auprès des chargés de mission et en y participant activement.

Cela se traduit dans les politiques de santé territoriales par la présence d'axes de Responsabilité populationnelle au sein des **contrats locaux de santé**, des **projets de santé des CPTS**, des **projets d'établissement (PE)** et des **projets médico-soignants de GHT (PMSP)**, et même dans les **projets régionaux de santé**.

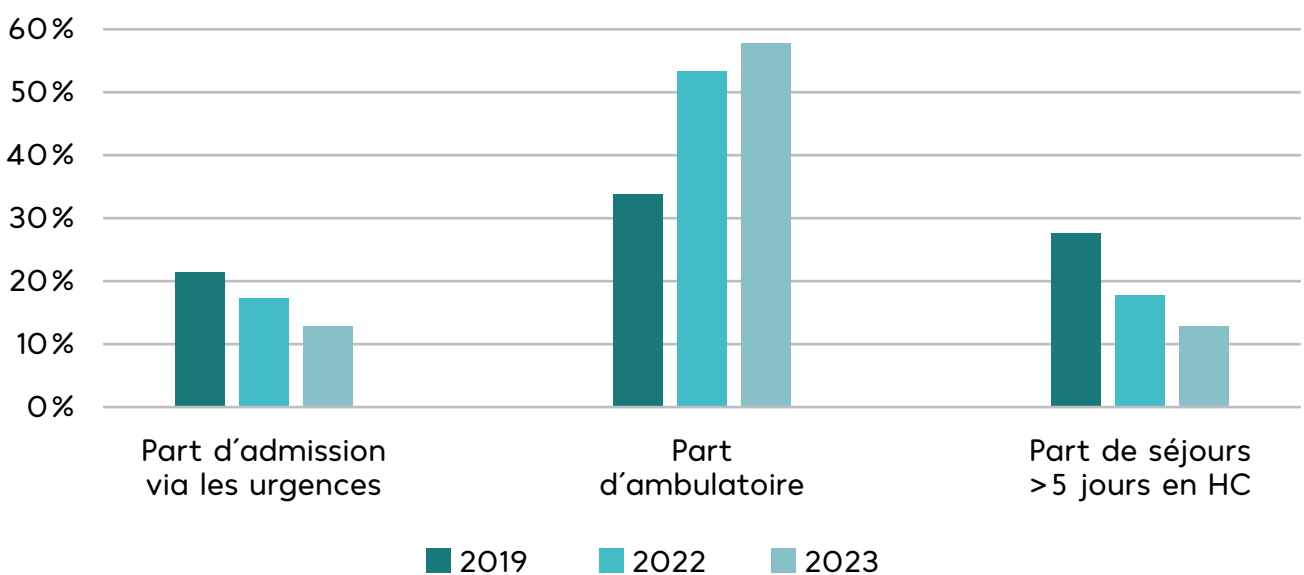
## Des impacts mesurables

Cette transformation des organisations et des pratiques produit des résultats, qu'il est possible de mesurer.

Ces indicateurs ont été déployés pour les 5 Territoires pionniers sur la population atteinte de diabète de type 2. L'objectif était de vérifier si la démarche de Responsabilité populationnelle avait un impact sur l'offre de soins hospitaliers, en s'intéressant principalement à 3 indicateurs « marqueurs » de cette évolution et correspondant aux objectifs nationaux d'évolution de l'offre :

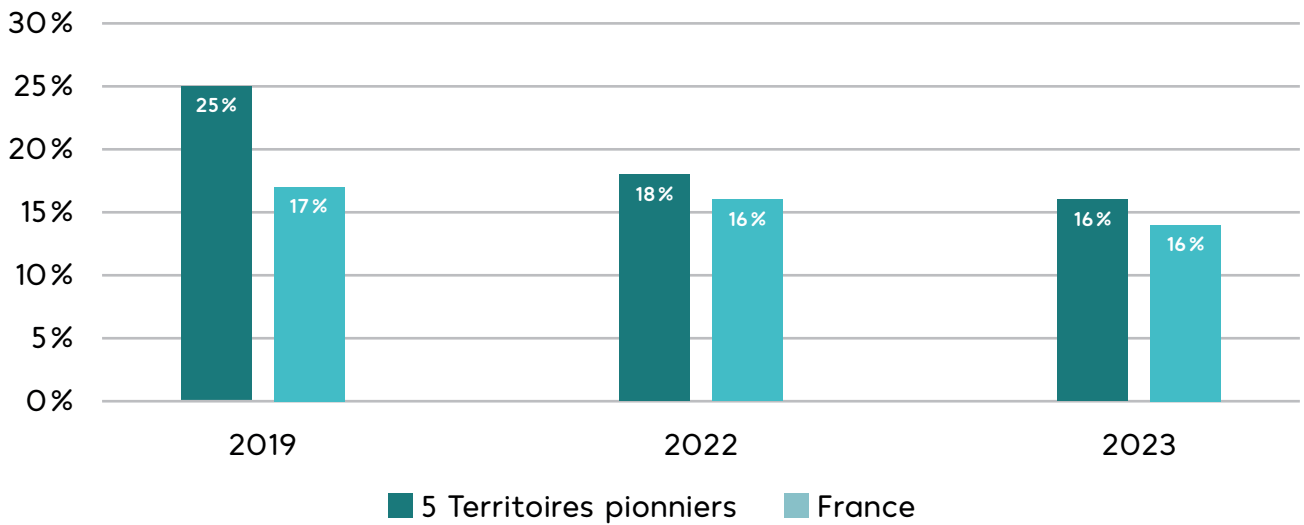
- Le virage ambulatoire, en regardant la part d'ambulatoire par rapport à l'hospitalisation complète pour les séjours pour diabète ;
- L'évolution de l'adressage hospitalier, en suivant le pourcentage de séjours pour diabète entrés via les urgences ;
- La durée des séjours pour diabète, avec un objectif d'avoir une majorité de séjours de moins de 5 jours.

### MOYENNE DES 5 TERRITOIRES PIONNIERS

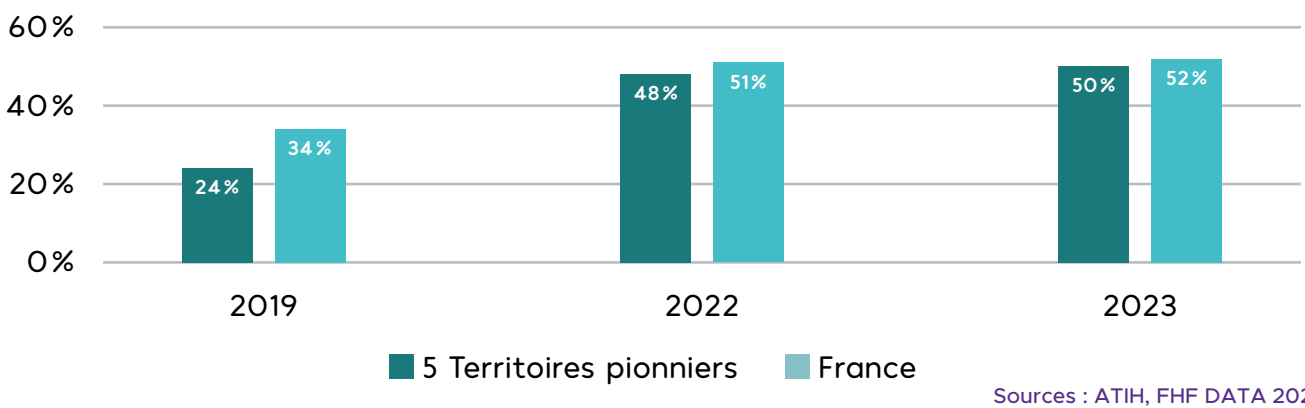


Sources : ATIH, FHF DATA 2024

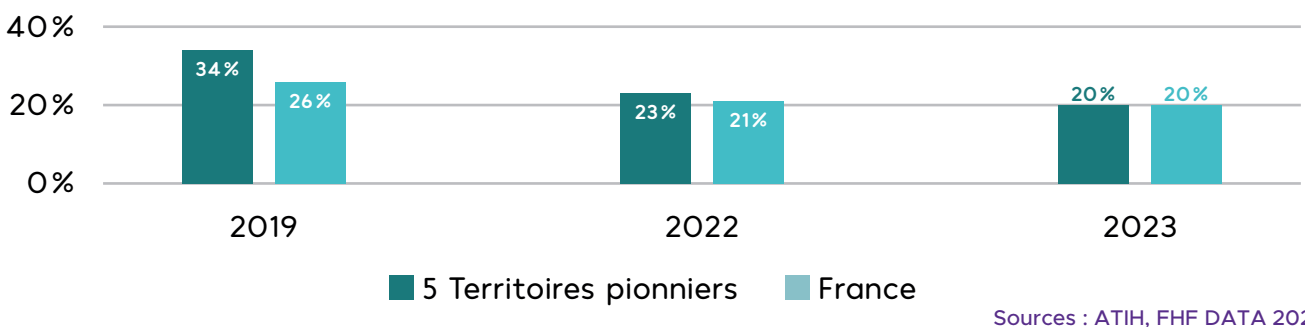
## PART D'ADMISSION VIA LES URGENCES DES 5 TERRITOIRES PIONNIERS VS FRANCE



## PART D'AMBULATOIRE DES 5 TERRITOIRES PIONNIERS VS FRANCE



## PART DES SÉJOURS LONGS DES 5 TERRITOIRES PIONNIERS VS FRANCE



Ainsi, nous constatons une **réduction de 33%** de la part des séjours de **patients diabétiques** entrant par les urgences, une **augmentation de plus de 20%** de la part de séjours ambulatoires, et une **diminution de moitié** des longs séjours pour les patients atteints de **diabète**.



En nous référant à 2019, nous constatons que ces 3 indicateurs sont en amélioration constante, avec de plus en plus d'admissions directes en service, pour des séjours de plus en plus courts et une progression du virage ambulatoire. À noter que nous comparons ces indicateurs à des volumes attendus selon des taux de recours nationaux standardisés par âge et sexe, afin de nous assurer que les résultats sont bien imputables à la démarche de Responsabilité populationnelle menée sur les territoires.

## Un impact certain sur le sens au travail et l'attractivité pour les professionnels

Pour identifier les leviers qui rendent possible le succès de la Responsabilité populationnelle, nous avons demandé au Pr Katharina Janus, professeure à Columbia University et Présidente de *Enjoy Strategy*, de mener un travail d'enquête au sein de nos cinq territoires pilotes.

D'après son évaluation, ce qui distingue l'approche de Responsabilité populationnelle par rapport à des modèles de santé intégrés déployés à l'étranger, c'est l'accent mis sur les relations personnelles entre acteurs de santé, et une vision commune de « ce qu'il faut faire ». Elle appelle cette approche les « **soins centrés sur la relation** », qui s'appuient sur « une interaction humaine efficace et efficiente. Ils respectent les lignes directrices et les meilleures pratiques, mais sont également fondés sur le pragmatisme, l'humanité et une approche sincère de soins.<sup>2</sup> »

Elle a trouvé dans ce modèle et cette approche un levier très puissant sur la motivation et le sens au travail des professionnels :

*« L'exemple français a prouvé qu'il est possible de donner vie à la gestion de la santé de la population avec très peu de ressources financières au départ. En fait, il est essentiel de s'appuyer sur les forces sociales plutôt que sur des incitations financières au début, car les gens contribuent naturellement plus que ce l'on peut imposer ou encourager financièrement.<sup>3</sup> »*

<sup>2</sup> Janus, K. (2023), « *How to make Population Health Management Alive: A practical Guide* », page. 2.

<sup>3</sup> Janus, K. op. cit. page 3.

## Quadruple objectif et Responsabilité populationnelle

L'objectif lors de la mise sur pied du groupe des Territoires pionniers était de développer une approche qui permette de viser le « quadruple objectif » d'une meilleure santé pour la population ciblée sur le territoire, d'une meilleure prise en charge pour chaque patient dans cette population, d'une meilleure utilisation des ressources du territoire, et d'une meilleure attractivité pour les professionnels.

Lorsque l'on rapporte les résultats obtenus par les Territoires pionniers au cadre évaluatif du « quadruple objectif », on constate un effet sur chacun des quatre volets de celui-ci :

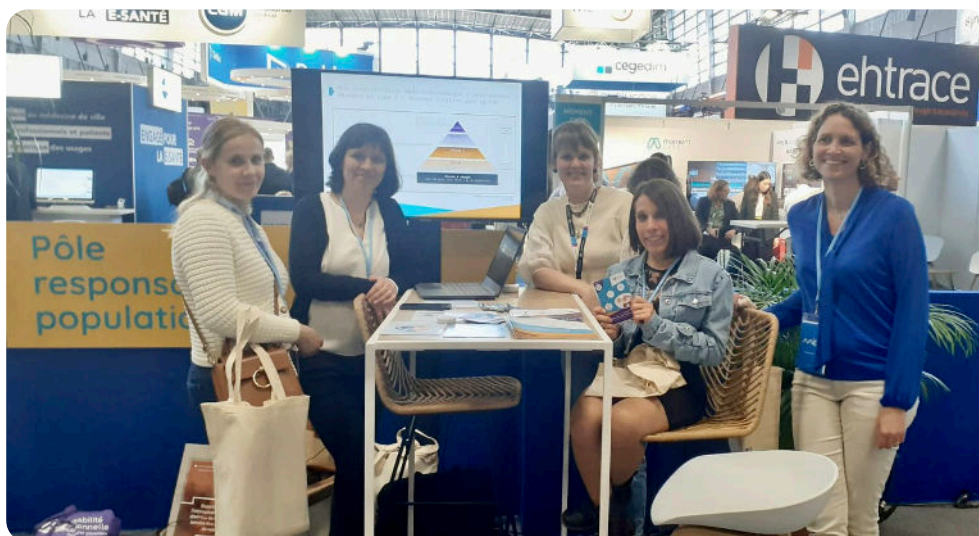
### QUADRUPLE OBJECTIF ET RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE



Source :



# DU CONCEPT À LA RÉALITÉ : LES VISAGES DE LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE



**M<sup>me</sup> Anne Boufflers**, chargée de mission « RP » – Douaisis, **M<sup>me</sup> Christine Renoux**, infirmière de parcours et de coordination – Niortais, **M<sup>me</sup> Anne Cario**, infirmière chargée de mission « RP » – Cornouaille, **M<sup>me</sup> Virginie Mergey**, infirmière chargée de mission « RP » – Aube et Sézannais, **M<sup>me</sup> Nathalie Rocard**, infirmière de coordination et de parcours – Niortais.



En 2022, la CPTS Pévèle du Douaisis s'est engagée aux côtés du centre hospitalier de Douai dans le cadre d'une convention partenariale pour déployer la RP sur son territoire. Il s'agit d'organiser des sessions d'information, de sensibilisation et de dépistage du diabète et de l'hypertension artérielle.

Ensemble, dans une démarche d'aller vers, au plus proche de la population, les différents acteurs déploient ces actions de prévention et promotion de la santé permettant de rester en bonne santé, ou d'éviter l'évolution et les complications d'une pathologie. En 2024, le mouvement ne cesse de prendre de l'ampleur, et mobilise les infirmières libérales pour les dépistages, et les ambassadrices et ambassadeurs santé, citoyens facilitateurs faisant le lien avec la population.

La Responsabilité populationnelle est un moyen de passer du soin vers la santé, de l'individu au profit du collectif, tout en embarquant différents acteurs afin de travailler ensemble pour la santé de tous.



**Dr Sylvain Duriez**  
Médecin généraliste, Président de la CPTS Pévèle du Douaisis



La Maison sport-santé de Cornouaille (MSSC) a participé dès les premières réunions de préparation au projet de Responsabilité populationnelle. Lorsque nous recevons en consultation des patients diabétiques ou à risque, nous leur présentons la Responsabilité populationnelle et ce qu'elle peut leur apporter : une infirmière référente qui les accompagne, un numéro unique s'ils ont une question, une mise en relation avec les associations de patients...

Si le patient est d'accord, nous l'incluons nous-mêmes dans la Responsabilité populationnelle. Il est important pour nous de participer à ce projet, car l'activité physique est un élément important dans la prise en charge des diabétiques.



Maison sport-santé de Quimper



L'AFD 29 a été invitée fin novembre 2018 par le CHIC de Quimper pour réfléchir à une nouvelle prise en charge des patients diabétiques de type 2 sur le territoire de Cornouaille dans le cadre de la RP. Nous avons répondu présent, fait le bilan des manques, et, dans un premier temps, co-construit et mis en place des actions d'information, de prévention et de dépistage du diabète en partenariat avec le pôle de santé publique. Dans un second temps, nous avons démarré des actions d'accompagnement par des ateliers «élan solidaire» (programme de la FFD), puis un programme d'ETP dédié DT2 en partenariat avec la CPTS et le CHIC de Quimper.



M. Jean-Claude Ryo

Président de l'Association française des diabétiques du Finistère



La Responsabilité populationnelle n'est pas uniquement présente au sein de l'hôpital ou des cabinets médicaux, mais bien au cœur de la ville et au plus près de la population.

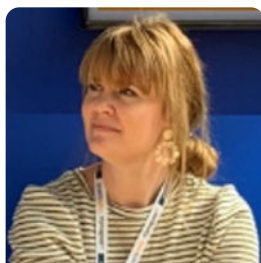
En tant que maire de Douai, je tâche d'être, depuis le début de la démarche, un ambassadeur de la Responsabilité populationnelle auprès de mes collègues élus, notamment au travers de la commission santé de l'Association des maires de France.



**M. Fabrice Chereau**  
Maire de Douai



Désormais, au travers des actions «aller-vers», mon rôle est d'impliquer les patients dans leurs parcours, les informer sur les différentes complications, afin qu'ils soient «acteurs» de leur santé, et non plus l'inverse, impression que j'avais lorsque j'exerçais au domicile des personnes.



**M<sup>me</sup> Anne Cario**  
Infirmière, Chargée de mission « RP » en Cornouaille





Depuis fin 2019, avec une interruption pendant la Covid-19, nous avons participé à la démarche de Responsabilité populationnelle avec tous les acteurs de santé du département de l'Aube, puis à la mise en œuvre des parcours de soins adaptés aux nécessités du territoire pour ce qui concerne les patients diabétiques.

Cette démarche nous a permis d'améliorer et d'optimiser la prise en charge des patients diabétiques de type 2 sur notre territoire, en fonction de l'évolution de la maladie et de ses complications.



**D<sup>r</sup> Mauro Tancredi**

Chef du service d'endocrinologie et diabétologie, Centre hospitalier de Troyes/Hôpitaux Champagne Sud



La réalisation de tests de dépistage en pharmacie a permis d'orienter et d'inclure des patients, parfois sans médecin traitant, dans un parcours de soins. Pour illustrer ces propos, je pense en particulier à une personne arrivant sur le territoire chez qui le dépistage s'est montré positif. Le médecin, après confirmation par la biologie, a orienté cette patiente chez un diabétologue et chez un cardiologue. La découverte d'une sténose carotidienne a été prise en charge chirurgicalement. Aujourd'hui, cette femme va bien.



**D<sup>r</sup> Bernard Penicault**

Pharmacien d'officine, Niort



En définitive, nous sommes le trait d'union entre les professionnels de santé et les habitants, en vulgarisant des notions de santé souvent trop complexes et effrayantes pour les habitants. Nous pouvons donc dire que ce projet a également une dimension sociale.



**M. Guy Lerock**  
« Ambassadeur santé », Douai



**Action de dépistage du diabète de type 2, Vesoul**



**À droite : M<sup>mes</sup> Christine Renoux et Nathalie Rocard**

Infirmières de parcours et de coordination « Responsabilité populationnelle » de la CPTS du Niortais, au sortir d'une journée de sensibilisation et dépistage au profit des agents des services techniques de la Communauté d'agglomération du Niortais

# AU-DELÀ DES PIONNIERS... L'EXTENSION À DE NOUVEAUX TERRITOIRES

Le travail engagé par les Territoires pionniers a permis de générer des apprentissages, de développer de la méthodologie, d'apprendre... bref, de créer un socle solide, sur lequel de nouveaux territoires pourraient engager leur propre démarche de Responsabilité populationnelle. Ce faisant, non seulement ils amélioreront la santé et la prise en charge de leurs habitants, mais aussi, par leurs innovations et leurs propres apprentissages, ils contribueront à l'amélioration de l'approche dans son ensemble.

## En 2023, trois nouveaux territoires ont rejoint la Responsabilité populationnelle

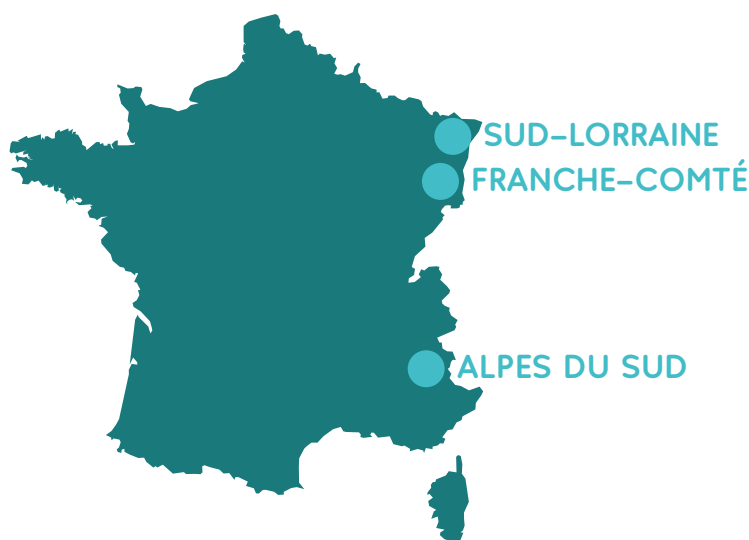
Ainsi, en 2023, trois nouveaux territoires ont rejoint la famille « RP », ouvrant la voie à de nombreux autres... et traçant un chemin pour **l'extension du modèle à de nouvelles populations, en particulier celle des personnes âgées** dans un objectif de prévention de la perte d'autonomie.

L'inclusion d'un territoire contenant une grande métropole comme Nancy permet en outre de **développer et tester le modèle dans un environnement urbain**, et le couplant avec une stratégie de déploiement territorial par bassin de proximité.

Depuis, ces nouveaux territoires, en s'appuyant sur la méthodologie et les outils « RP », conduisent leurs « réunions cliniques ». D'ici quelques semaines, ils disposeront eux aussi de leurs programmes de santé, et ils lanceront le déploiement à grande échelle de ceux-ci.

L'arrivée de nouveaux territoires permet de renforcer la solidité de l'approche notamment pour la population atteinte ou à risque d'insuffisance cardiaque. Elle permet aussi d'engager des travaux pour étendre l'approche à de nouvelles populations.

En particulier, un groupe expert a été mis sur pied pour adapter le modèle aux personnes âgées, dans un objectif de prévention de la perte d'autonomie et de la fragilité.



## Dans le territoire de Nord Franche-Comté



**Signature de la convention « Responsabilité populationnelle »** marquant le lancement de la démarche sur l'insuffisance cardiaque aux Hôpitaux Nord Franche-Comté, 28 septembre 2023

Notre établissement a choisi de lancer son 1<sup>er</sup> projet de Responsabilité populationnelle sur l'insuffisance cardiaque afin de répondre aux besoins du territoire de santé. En effet, dans la région, la mortalité des personnes avant l'âge de 65 ans reste supérieure à celle observée à l'échelle nationale pour les maladies cardiovasculaires : le taux standardisé de mortalité régionale est de 26,1 pour 100 000 habitants contre 24,2 au niveau national.

C'est dans ce contexte que nous avons sollicité la FHF afin d'engager un projet de Responsabilité populationnelle sur l'Insuffisance cardiaque, de pouvoir bénéficier des retours d'expérience des Territoires pionniers et de participer aux groupes de travail nationaux qui rassemblent les anciens et les nouveaux territoires impliqués. Le 28 septembre 2023, notre établissement a donc officialisé son engagement dans cette démarche par la signature d'une Convention avec la Fédération hospitalière de France, en présence de la Déléguée générale de la FHF et de l'ARS.

L'insuffisance cardiaque est donc la pathologie qui a été retenue afin d'engager un travail de co-construction avec l'ensemble des acteurs du territoire, professionnels de santé et institutions, pour l'élaboration d'un parcours de soins coordonné. De la prévention au dépistage, en passant par la prise en charge des patients insuffisants cardiaques sévères, en assurant le retour à domi-

cile et la prévention de nouvelles décompensations, les professionnels se sont mobilisés autour de cette pathologie depuis plusieurs mois afin de trouver des solutions.

Différents axes de travail ont été définis afin de structurer les réflexions entre la ville et l'hôpital autour de thématiques communes, de permettre aux professionnels et aux usagers d'échanger sur les problématiques qui les concernent plus particulièrement et de mettre en œuvre des plans d'actions communs.

Parmi les thématiques retenues, on peut citer : le groupe de travail centré sur le parcours hospitalier; le groupe sur le parcours territorial, la communication et les outils d'échanges d'informations entre professionnels ; ou bien encore le groupe de travail qui cible la prise en charge globale en intégrant dans ses champs d'actions la prévention, le dépistage, les programmes d'éducation thérapeutique et les actions de sensibilisation à destination du grand public.

L'objectif global visé est de parvenir à un programme clinique à l'échelle du territoire qui recensera les besoins et attentes pour la population comme pour les professionnels et qui répondra aux problématiques retenues par des plans d'actions élaborés et mis en œuvre collectivement entre la ville et l'hôpital, avec le soutien des institutions de santé et des pouvoirs publics.



La Responsabilité populationnelle est un outil d'une efficacité bluffante ! Il faut la découvrir :

1. C'est une très étroite articulation entre tous les acteurs de santé. À Nancy, pour nous qui avons l'habitude de travailler tous ensemble depuis vingt ans, c'est l'étape pour aller encore plus loin ;
2. La Responsabilité populationnelle parle aux professionnels de santé : c'est mieux soigner, c'est retrouver du sens dans son exercice ;
3. Grâce à ce travail étroitement articulé de tous les acteurs d'un territoire, on resserre les mailles du filet : les personnes les plus à risque ou porteuses de maladie chronique bénéficient d'un repérage par l'un d'entre nous, et d'un programme ;
4. La Responsabilité populationnelle, c'est l'outil concret pour enfin prendre le virage de la prévention.

Notre système de santé a pris du retard sur les maladies chroniques, voilà l'outil qui va nous permettre de le rattraper, sans loi ni décret, sans convention, sans crédits ONDAM supplémentaires.



**M. Arnaud Vanneste**

Directeur général du CHRU de Nancy, établissement support du GHT Sud-Lorraine



Les projections prévoient 1,3 milliard de personnes atteintes de diabète dans le monde en 2050, phénomène fortement influencé par l'incidence de l'obésité et des modes de vie défavorables à la santé. Le parcours de soins de la personne vivant avec un diabète de type 2 est souvent ressenti comme complexe au quotidien par le patient, son entourage, les professionnels de soins et les tutelles impliquées. Les différents niveaux de complexité de cette maladie évolutive justifient ainsi une coordination optimale de tous les acteurs, y compris dans le domaine de la prévention. L'approche en Responsabilité populationnelle s'inscrit justement dans cette notion de parcours, selon le degré de complexité et l'offre territoriale de soins, en visant une prise en charge globale et fluide des maladies ou situations chroniques, y compris dans une dimension préventive.



**Dr Philipp Böhme**

PH en endocrinologie, CHRU de Nancy



La Responsabilité populationnelle se définit par l'obligation pour tous les acteurs de santé d'un territoire de maintenir et d'améliorer la santé, le bien-être et l'autonomie de la population de ce territoire. La mise en œuvre de ce modèle chez les personnes âgées de plus de 70 ans ouvre de nouvelles perspectives pour préserver les capacités fonctionnelles au cours du vieillissement. Cela passe par une stratification des personnes âgées selon leur état de santé, qui doit se traduire par des interventions adaptées (logigrammes) en fonction de la strate de chacun. Cette approche coordonnée de tous les acteurs de la santé doit être la plus inclusive possible de l'ensemble de la population d'un territoire donné.



**Pr Athanase Benetos**

Professeur de Médecine Interne et de Gériatrie, Université de Lorraine, Nancy

## Dans les Alpes du Sud



**Équipe du Centre hospitalier de Gap-Sisteron, Intercommunal des Alpes du Sud**



Depuis septembre 2023, nous déployons la démarche innovante de la « respop » sur notre territoire des Alpes du Sud. C'est une aventure hors du commun, qui nous permet à tous de retrouver du sens.

#### **Tous ? Mais qui donc ?**

Nos patients, déjà investis, forces de proposition et poils à gratter, qui nous recentrent sur ce qui est essentiel : prendre soin. Nos professionnels de santé, hospitaliers, libéraux, unis et solidaires vers un objectif : mieux coordonner notre parcours, défier l'isolement et permettre de rester en bonne santé.

#### **Et qu'est-ce qui fait sens ?**

La « respop », c'est avant tout cela qui « accroche » les acteurs. Éviter d'entrer dans le parcours de l'insuffisance cardiaque, c'est ce qui motive tout le monde. Puis, bien sûr, dépister tôt les malades qui s'ignorent, et donc aller vers et prendre en charge au plus tôt en s'appuyant sur des bonnes pratiques. Enfin, fluidifier nos circuits hospitaliers, en mobilisant les nouveaux métiers, via la délégation des tâches, les infirmiers en pratique avancée et les nouvelles technologies (télé-expertise, télé-surveillance et e-parcours).

#### **Et les résultats ?**

Rechercher et trouver ce consensus territorial est dynamisant. Cela insuffle une logique de parcours, qui essaime sur les filières et spécialités qui se réorganisent localement. Le projet médico-soignant partagé du groupement hospitalier de territoire est revisité selon cette logique. Actuellement, nous n'avons pas encore débuté les inclusions de personnes à risque ou de patients. Toutefois, dès à présent, la dynamique et les actions menées visent à faciliter la suite : les réunions cliniques, la fiche de liaison ville-hôpital, les actions de prévention et de dépistage...

#### **Comment faciliter le passage à l'échelle ?**

C'est assez simple finalement : des acteurs de coordination et d'animation sur les territoires, un support numérique de e-parcours, et un soutien national clair pour inscrire la démarche sur tous nos territoires.

**Venez prendre la température sur le terrain, c'est là que bat le cœur de cette démarche !**



**D<sup>r</sup> Emmanuelle Sarlon**

Médecin de santé publique, DIM de GHT, PCME CH Gap & Sisteron, VP FHF PACA



C'était une évidence pour moi que la nécessité – et l'urgence ! – de rejoindre les pionniers de la démarche de Responsabilité populationnelle estampillée FHF. Je n'ai pas eu de mal à convaincre le D<sup>r</sup> Sarlon, la séillante vice-présidente de la FHF PACA, qui est une formidable ambassadrice de la démarche dans son beau département des Hautes-Alpes, territoire des plus propices pour éprouver le modèle et faire tache d'huile ensuite.

L'ARS, en finançant un poste de chargé de mission, et en étant un membre actif du copil, a contribué à sceller cette alliance. La RP, c'est aussi une formidable mise en mouvement de tous les acteurs de santé du territoire au bénéfice des habitants des Hautes-Alpes... autant dire qu'on a hâte de dupliquer le dispositif dans toute la région !



**Florence Arnoux-Lioger**  
Déléguée régionale, FHF PACA



# A

Aujourd'hui, ce sont donc huit territoires qui se sont officiellement engagés dans la démarche de Responsabilité populationnelle... mais les choses bougent dans toute la France !

En région PACA, l'agence régionale de Santé a mis sur pied un comité de pilotage régional de la Responsabilité populationnelle pour soutenir, encadrer et appuyer les territoires qui souhaiteraient se lancer dans la démarche.

En Bourgogne Franche Comté, deux Territoires sont d'ores et déjà engagés, et la première réunion d'un Comité stratégique régional de la Responsabilité populationnelle se tiendra en juin 2024. Il permettra de soutenir, encadrer, et appuyer les territoires matures pour s'inscrire dans la démarche. Le partage d'expérience entre territoires sera au cœur de la démarche de ce comité stratégique.

En Bretagne, un réseau régional Responsabilité populationnelle a été mis en place début 2024, et un travail est en cours pour amener les sept territoires de démocratie sanitaire dans la démarche. Une rencontre est prévue dans les prochaines semaines entre la FHF, ses partenaires des URPS, et l'ARS et l'Assurance maladie pour planifier l'accompagnement des territoires.

Dans le Centre-Val de Loire, ce sont quatre territoires, s'appuyant sur des coalitions d'établissements, d'acteurs de ville, d'associations et de collectivités qui se mettent en route.

En Mayenne (Pays de la Loire), dans l'Aude (Occitanie), dans les Alpes Dauphiné, autour du CHU de Grenoble (AURA), à Avranches-Granville (Normandie), dans les Hauts-de-France, dans le Grand Est, en Île-de-France, partout, les acteurs de santé souhaitent se mettre en mouvement.



**Monique Sorrentino**

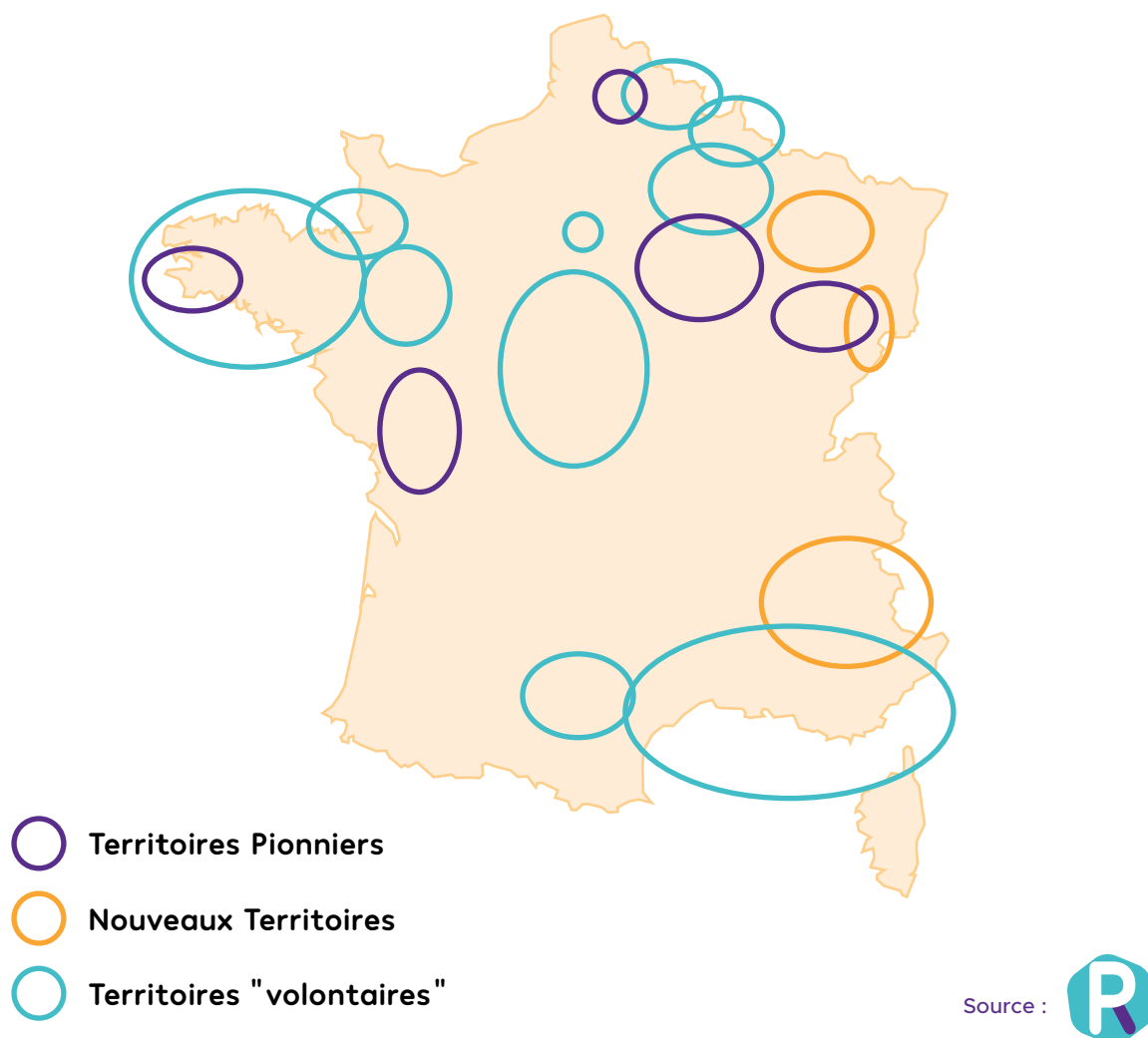
Directrice générale du CHU Grenoble Alpes

Face aux nombreux défis du système de santé, le projet de Responsabilité populationnelle offre une réelle opportunité pour chaque territoire. En posant le principe d'une coresponsabilité des acteurs de santé vis-à-vis de la population, il opère un changement profond de paradigme. Celui-ci est vecteur de sens pour les professionnels, qui appellent de leurs vœux à sortir d'un modèle «Tout curatif». Il constitue également un puissant levier de transformation de nos pratiques et de nos organisations, notamment sur les systèmes numériques.

Sur le Sud Isère (environ 800 000 habitants), une dynamique territoriale inédite s'est mise en place depuis la crise COVID. Les professionnels de santé libéraux, les acteurs du monde hospitalier public et privé et le secteur médico-social ont engagé un travail collaboratif considérable, faisant fi des frontières habituelles. Le projet de Responsabilité populationnelle permettra d'amplifier et de structurer cette dynamique, en offrant un suivi intégré des patients, quel que soit leur mode d'entrée dans le système de santé. Notre territoire dispose de nombreux atouts, avec une forte structuration des soins de proximité (plus de 14 CPTS, maisons et centres de santé pluriprofessionnels, maisons de santé universitaires, maisons des réseaux), des outils e-parcours, une messagerie sécurisée largement utilisée et un portail patient.

Nous prévoyons dans un 1er temps de nous concentrer sur le parcours des patients présentant une insuffisance cardiaque et un diabète de type 2, avant d'envisager d'éventuels développements. Le CHU Grenoble Alpes est pleinement engagé aux côtés des acteurs du territoire pour la pleine réussite de ce projet.

## LES 135 GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE DE FRANCE



# CE QU'IL EST POSSIBLE D'ESPÉRER : L'EXEMPLE DE LA HAUTE-SAÔNE

Les Territoires pionniers se sont lancés dans l'aventure de la Responsabilité populationnelle alors que les CPTS n'existaient pas encore, et avec des crédits d'amorçage de l'ordre de 100 000€ par an et par territoire. Ils ont obtenu dans ce contexte des résultats dépassant les attentes.

Pour autant, le succès d'une démarche de Responsabilité populationnelle repose sur plus que des crédits d'amorçage et le volontarisme de professionnels de santé.

En particulier, trois facteurs de succès peuvent être identifiés, au-delà de l'engagement des professionnels et du suivi rigoureux de la méthodologie, qui sont, eux, un prérequis.

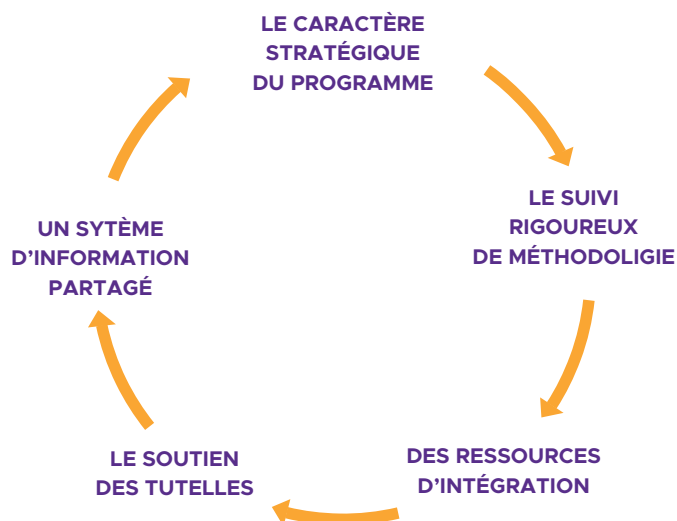
En effet, le développement, puis le déploiement à grande échelle d'une démarche de Responsabilité populationnelle nécessitent un soutien déterminé

des pouvoirs publics, et en particulier des agences régionales de Santé, dans le cadre d'une stratégie régionale.

En outre, la démarche de Responsabilité populationnelle nécessite une stratégie territoriale, et une gouvernance territoriale, conçue par les acteurs de terrain, mais soutenue par ces mêmes pouvoirs publics. Cette stratégie et cette gouvernance doivent permettre l'articulation cohérente des différentes structures d'un territoire (établissements, CPTS, dispositifs d'appui à la coordination, contrats locaux de santé, etc.).

Elle doit s'appuyer sur un système d'information partagé, permettant aux professionnels de suivre en commun une population et des patients communs, et permettant à ces mêmes patients d'être réellement acteurs de leur parcours de santé.

## LES FACTEURS-CLÉS D'UN DÉPLOIEMENT RÉUSSI



**Dans l'ensemble, c'est le territoire de Haute-Saône (Bourgogne-Franche-Comté) qui combine le plus ces facteurs de succès (appui des tutelles, stratégie territoriale, système d'information).**



L'ARS Bourgogne-Franche-Comté est très investie dans l'appui aux projets organisationnels innovants depuis de nombreuses années, en particulier dans le cadre des expérimentations articles 51. Mais, elle a accordé un intérêt et un appui tout particulier au projet RP porté par le CH de Haute-Saône avec l'ensemble des acteurs du territoire, projet qu'elle a considéré d'emblée comme étant stratégique, eu égard à son caractère innovant, mais évidemment à ces enjeux de santé publique et de transformation du système de santé. Elle s'est donc complètement inscrite dans la dynamique des acteurs du territoire comme un partenaire et un soutien, et a apporté son appui chaque fois que nécessaire.

Son intervention a en particulier et d'une part consisté à renforcer le financement national par un financement régional sur le fond d'intervention régional, pour aider au montage et au pilotage du projet, et d'autre part mis en place et financé la démarche permettant l'élaboration du SI avec les acteurs du territoire. Cet outil, qui s'inscrit dans le cadre de eParcours, ciment entre les SI existants, sécurisé, unique et partagé par tous, permet la mise en œuvre des différentes étapes de la démarche RP : repérer, stratifier, inclure, faire des recommandations et suivre le patient. Il dispose également d'une véritable logique « décisionnel », par la restitution de toutes les informations nécessaires au niveau patient ET population prise en charge aux acteurs, vision indispensable dans une démarche RP.

En Bourgogne-Franche-Comté, deux territoires sont d'ores et déjà engagés dans une démarche de responsabilité populationnelle. Mais au-delà, l'ambition de la région est de faire de la Bourgogne-Franche-Comté une des premières régions avec la mise en place d'une stratégie régionale RP. Le principe est de poser un cadre propice au développement de la démarche RP sur toute la région, et de promouvoir l'engagement des acteurs sur la base du volontariat, des priorités de santé et des niveaux de maturité des territoires.

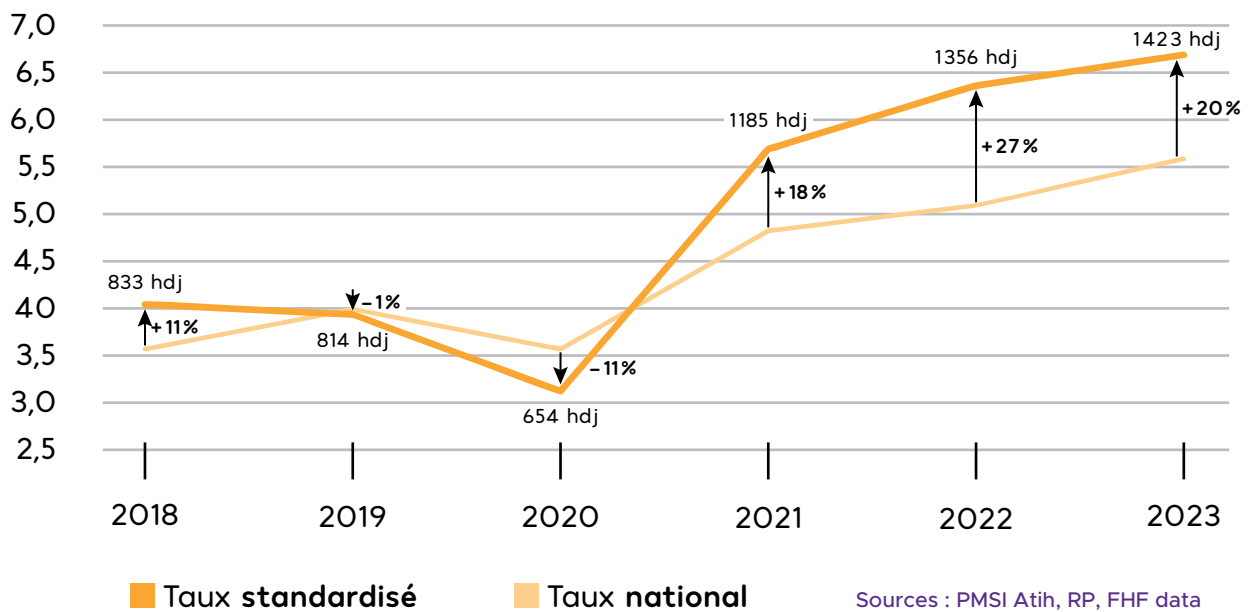
La généralisation de la Responsabilité populationnelle en Bourgogne-Franche-Comté nécessite un engagement fort de tous les acteurs impliqués : une volonté d'innover dans les pratiques et les modèles de financement ; construire une approche intégrée qui dépasse les frontières traditionnelles du système de santé. Cette stratégie représente une opportunité unique d'améliorer durablement la santé de la population régionale, de rendre le territoire attractif pour les professionnels, en répondant de manière efficace et équitable aux défis sanitaires actuels et futurs.

La première réunion d'un comité stratégique RP régional se tient en juin 2024, permettant de soutenir, encadrer et appuyer les territoires matures pour s'inscrire dans la démarche. Le partage d'expériences entre les territoires sera au cœur de la démarche de ce comité stratégique.

De fait, les résultats mesurés en Haute-Saône sont éloquents, et illustrent bien ce que pourrait produire un programme de Responsabilité populationnelle mené avec détermination.

## ÉVOLUTION DU NOMBRE DE SÉJOURS EN HÔPITAL DE JOUR EN LIEN\*\* AVEC LE DIABÈTE DE TYPE 2

nombre (standardisé\*) pour 1000 habitants vs taux national



\*Standardisation par sexe et âge, sources RGP INSEE.

\*\*Causes en lien certain, supposé ou possible avec le diabète. Liste des causes à dire d'expert.

Exemple de lecture : En 2023, 1423 hdj en lien\*\* avec le diabète ont été réalisés au profit des habitants de Haute-Saône. C'est 20% de plus que les volumes attendus si le territoire se comportait comme la moyenne nationale standardisée.

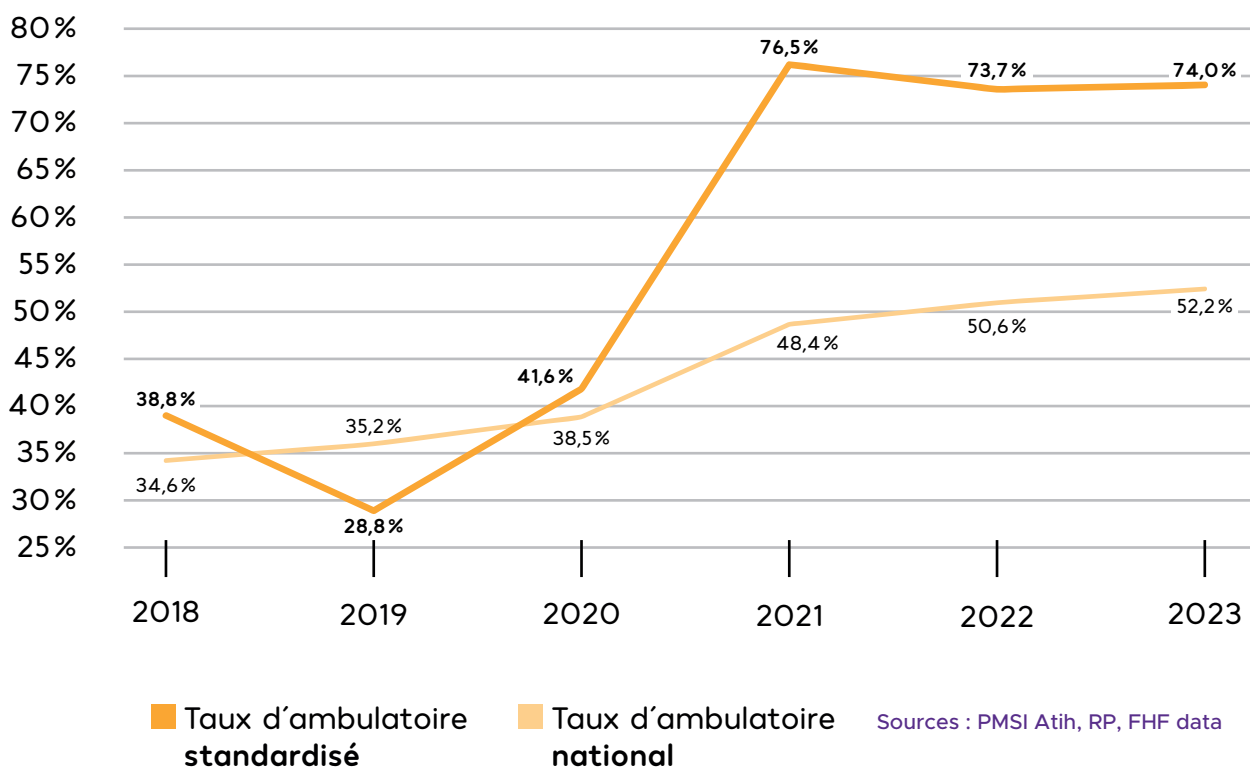
Le premier indicateur (cf. ci-dessus) concerne le nombre d'hospitalisations de jour au profit des patients diabétiques. Il reflète la refonte complète des « circuits » de prise en charge des patients, vers un modèle programmé et coordonné avec la médecine de ville. Cela permet une évaluation et un plan de soin multidisciplinaire à l'hôpital, qui sera ensuite suivi en ville, au plus près du patient.

Dans ce cas, on constate que la Haute-Saône réalise 20% d'HDJ « en plus » que ce qui est attendu selon la moyenne nationale.

Ce second indicateur (ci-dessous) reflète la bascule des modes de prise en charge, où le suivi des personnes atteintes de pathologies chroniques doit d'abord se faire en ambulatoire, et non plus en hospitalisation complète. De fait, la Haute-Saône se situe 22 points « au-dessus » de la moyenne nationale.

## TAUX D'AMBULATOIRE (standardisé\*) DES HOSPITALISATIONS

pour diabète\*\* au profit des habitants de Haute-Saône vs taux national



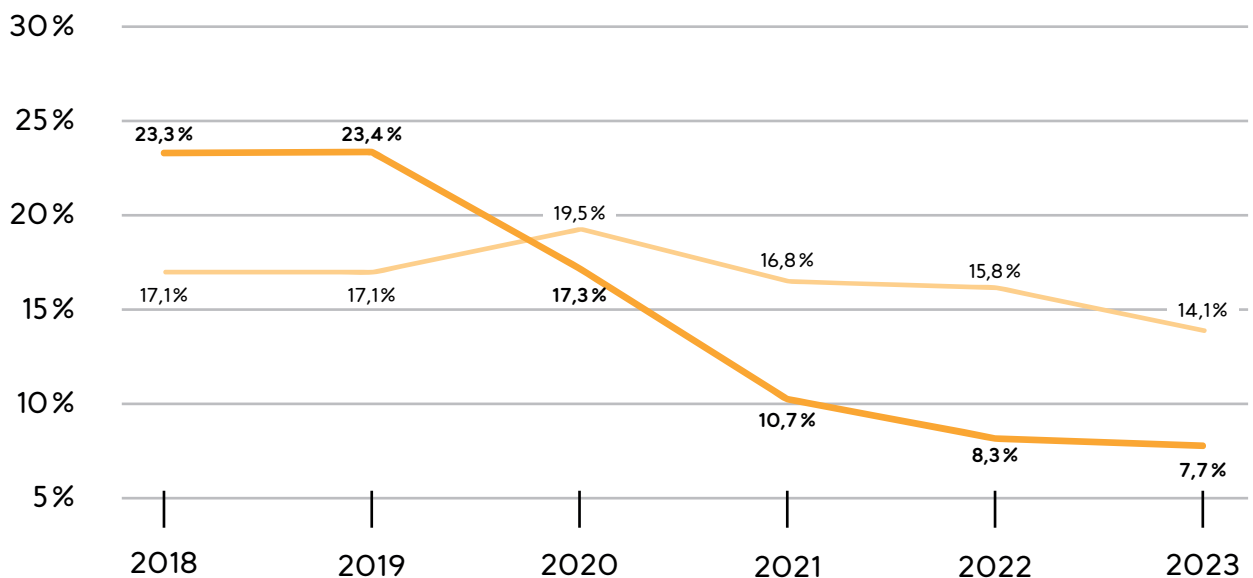
\*Standardisation par sexe et âge, sources RGP INSEE.

\*\*DP/DR : {E10 à E14, O24, H28.0, H36.0, N08.0, G59.0, G63.2, G73.0, G99.0, I79.2, M14.2, M14.6, P70.0 à P70.2}.

Exemple de lecture : En 2023, 74% des séjours (taux standardisé\*) pour diabète\*\* au profit de la FA ont été réalisés en ambulatoire contre 52,2% en moyenne nationale.

Le troisième indicateur (ci-dessous) est frappant. Il illustre la qualité du suivi mis en place pour les personnes atteintes de diabète de type 2, qui se reflète par la forte réduction des arrivées par les urgences pour ces mêmes personnes. Aujourd'hui, la proportion de séjours pour motif de diabète est quasiment deux fois inférieure à la moyenne nationale, qui, elle, n'a presque pas bougé en quatre ans.

**PART DES SÉJOURS (standardisée\*) ENTRÉE PAR LES URGENCES**  
 parmi les hospitalisations pour diabète\*\* de la FA vs taux national



Sources : PMSI Atih, RP, FHF data

■ Taux standardisé des séjours pour diabète aux urgences

■ Taux national des séjours pour diabète aux urgences

\*Standardisation par sexe et âge, sources RGP INSEE.

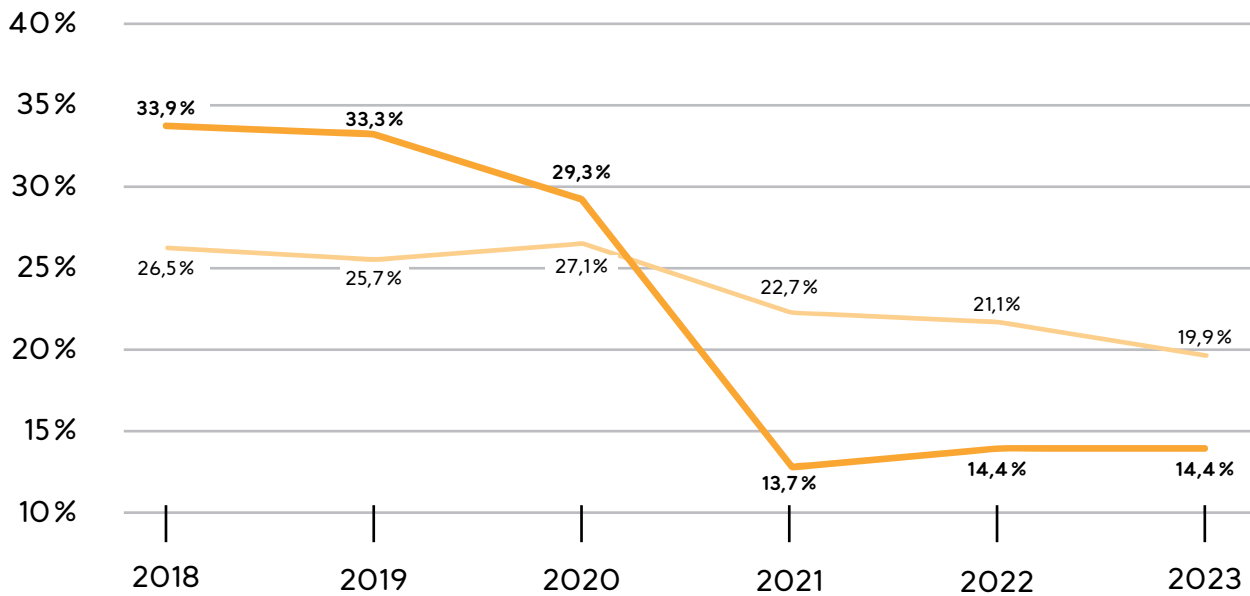
\*\*DP/DR : {E10 à E14, O24, H28.0, H36.0, N08.0, G59.0, G63.2, G73.0, G99.0, I79.2, M14.2, M14.6, P70.0 à P70.2}.

Exemple de lecture : En 2023, 7,7% des séjours (taux standardisé\*) pour diabète\*\* au profit de la FA sont rentrés par les urgences contre 14,1% en moyenne nationale.

Corollaire de cette organisation robuste, la proportion de longs séjours y a diminué de plus de moitié, passant largement en dessous de la moyenne nationale. Les patients peuvent retourner chez eux plus tôt, en étant bien suivis.

## TAUX DE SÉJOURS LONGS (6j et +, taux standardisé\*) DES HOSPITALISATIONS

pour diabète\*\* de la FA vs taux national



Sources : PMSI Atih, RP, FHF data

■ Taux standardisé des séjours longs pour diabète

■ Taux national des séjours longs pour diabète

\*Standardisation par sexe et âge, sources RGP INSEE.

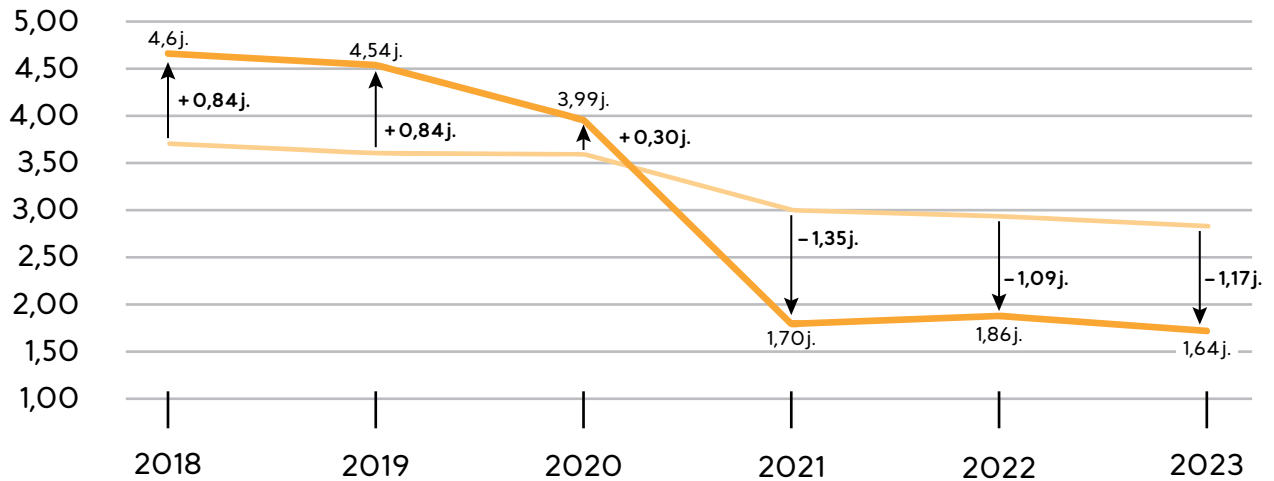
\*\*DP/DR : {E10 à E14, O24, H28.0, H36.0, N08.0, G59.0, G63.2, G73.0, G99.0, I79.2, M14.2, M14.6, P70.0 à P70.2}.

Exemple de lecture : En 2023, 7,7% des séjours (taux standardisé\*) pour diabète\*\* au profit de la FA sont rentrés par les urgences contre 14,1% en moyenne nationale.



Enfin, la durée moyenne de séjours (ci-dessous) pour ces patients suit un chemin tout autant probant, passant de 4,6 jours en moyenne en 2018 à 1,64 aujourd'hui, soit 1,17 jour en moins que la moyenne nationale.

## ÉVOLUTION DE LA DMS STANDARDISÉE\* DES SÉJOURS HOSPITALISÉS pour diabète\*\* pour la FA vs DMS nationale



■ DMS standardisée    ■ DMS nationale

Sources : PMSI Atih, RP, FHF data

\*Standardisation par sexe et âge, sources RGP INSEE.

\*\*DP/DR : {E10 à E14, O24, H28.0, H36.0, N08.0, G59.0, G63.2, G73.0, G99.0, I79.2, M14.2, M14.6, P70.0 à P70.2}.

Exemple de lecture : En 2023, la DMS nationale des séjours hospitalisés pour diabète était de 2,95j, alors que la DMS standardisée de la FA locale était plus basse de 1,09j en se situant à 1,86j.



**Arnaud Robinet**, Président de la FHF, **Pierre Gorcy**, Président du Conseil de Surveillance du GH de Haute-Saône et **Alexandrine Kientzy-Laluc**, Directrice du GH de Haute-Saône

# CE QU'IL EST POSSIBLE D'ESPÉRER : GESUNDES KINZIGTAL



Comme évoqué précédemment, le monde est au cœur d'une transformation majeure des systèmes de santé, vers des modèles intégrés, territorialisés et populationnels. Pourtant, force est de constater que plusieurs de ces systèmes sont fondamentalement différents du nôtre, qu'il s'agisse de Kaiser en Californie, du Pays basque espagnol, du NHS anglais ou encore des systèmes de santé danois ou norvégiens.

Mais d'autres se rapprochent beaucoup de la réalité française. C'est le cas de *Gesundes Kinzigtal* en Allemagne. Le système de santé allemand est un système assurantiel comme le nôtre, avec une grande liberté de choix du prestataire par le patient. La première ligne y est essentiellement libérale, comme en France, et de nombreux types d'établissements y coexistent, comme dans notre pays.

Le système *Gesundes Kinzigtal*, mis en place en place à partir de 2005 en Forêt-Noire, s'appuie sur une coalition d'acteurs de santé du territoire, qui s'engagent pour la santé de leur population via un contrat avec la caisse d'Assurance maladie. Ces acteurs développent ensemble programmes et parcours de santé qui visent effectivement une action préventive pour le maintien en santé, en particulier pour les personnes atteintes de pathologies chroniques. Les assurés, quant à eux, peuvent rejoindre ces programmes sur une base volontaire.

En pratique, donc, **le fonctionnement de *Gesundes Kinzigtal* est extrêmement proche de ce que font ou souhaitent faire nos territoires de Responsabilité populationnelle.**

En 2023, l'OCDE a mené une évaluation de transférabilité, et surtout, une évaluation de ce que pourrait donner le modèle de *Gesundes Kinzigtal* s'il était déployé dans les autres pays membres de l'Union européenne<sup>4</sup>. Les résultats sont saisissants :

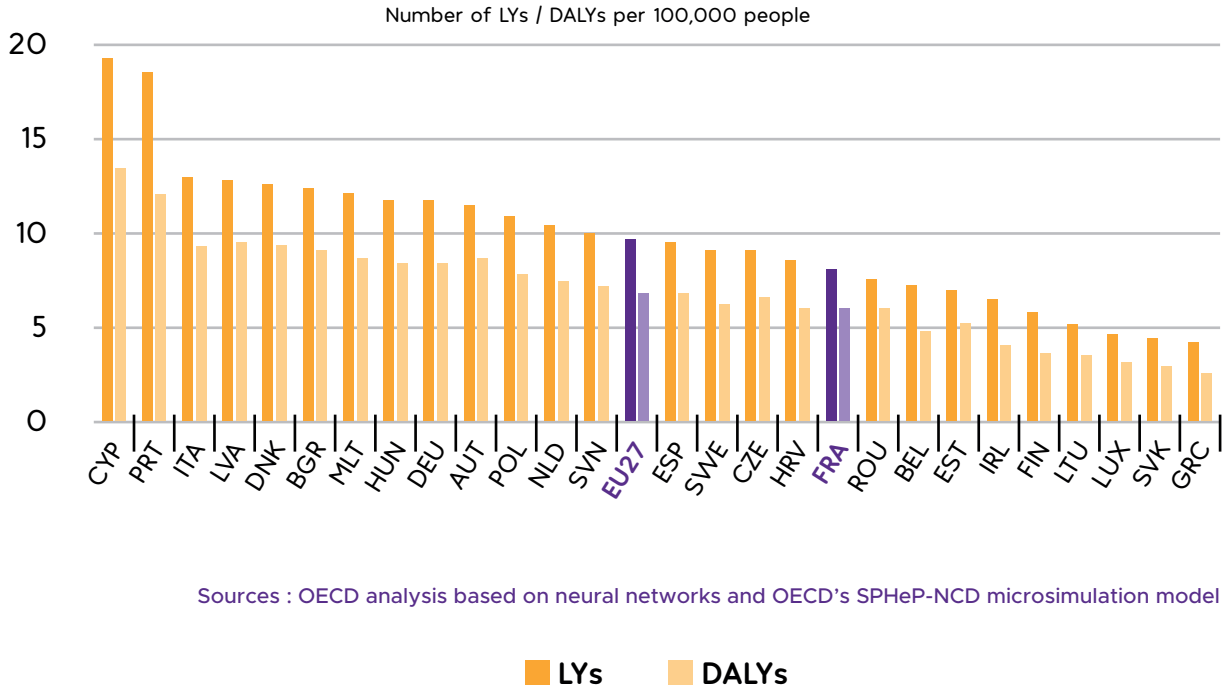
En matière d'allongement de l'espérance de vie, les citoyens européens pourraient espérer gagner près de 10 ans s'ils étaient aussi bien suivis que dans le *Kinzigtal*. Et ils pourraient gagner 6 ans d'espérance de vie sans incapacité, indicateur « juge de paix » de la qualité d'un système de santé.

En ce qui concerne la France, **ces gains pourraient être de 9 ans pour l'espérance de vie, et de 5 ans et demi pour l'espérance de vie sans incapacité.**

<sup>4</sup> OCDE (2023), « *Integrating Care to Prevent and Manage Chronic Diseases: Best Practices in Public Health* », OECD Publishing, Paris.

## LYs AND DALYs GAINED PER 100,000 PEOPLE

2022-50 – OptiMedis, EU27 countries

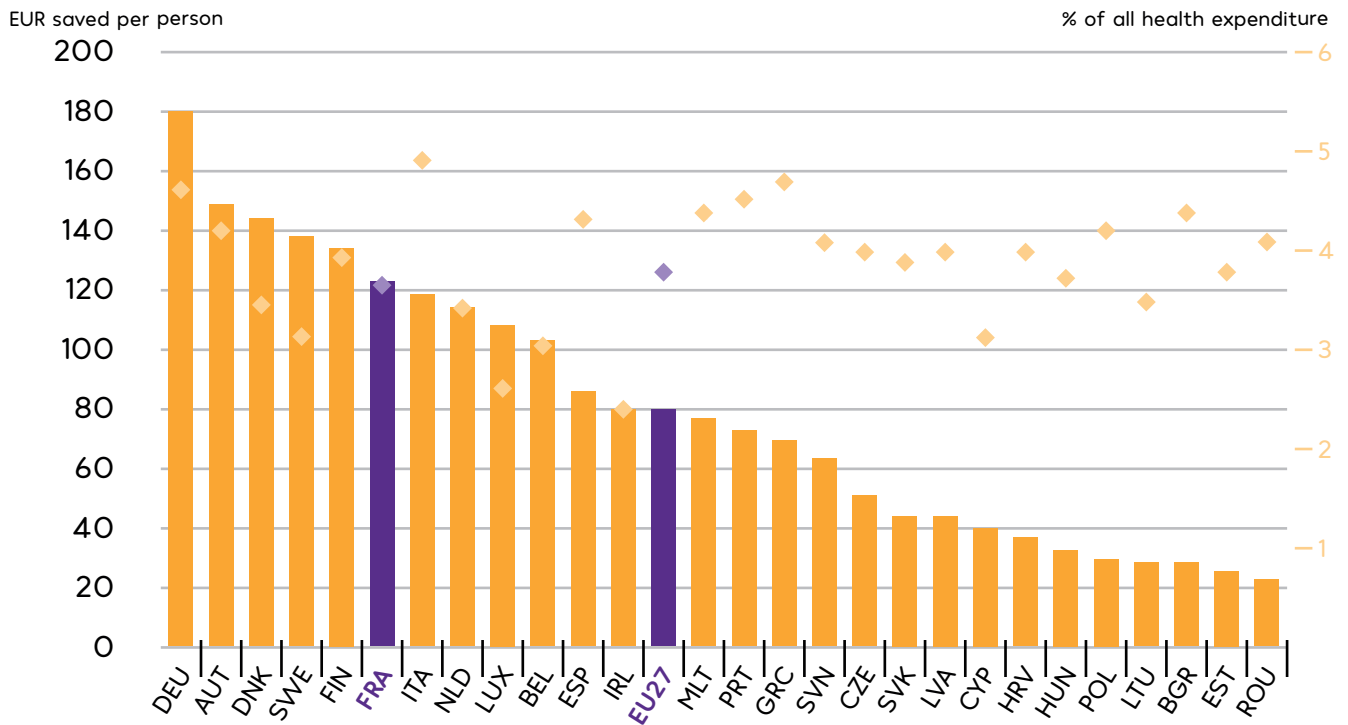


Mais est-ce qu'un excellent système de santé coûterait beaucoup plus cher ? Pas du tout, si l'on en croit l'OCDE. D'après ses estimations, le déploiement d'un tel modèle à l'échelle des 27 pays de l'Union permettrait des économies de près de 2,5% de l'ensemble des dépenses de santé, soit environ 80€ par citoyen européen et par an.

Dans le cas de la France, les résultats seraient encore plus probants, avec une réduction de près de 3,5% des dépenses de santé, soit 120€ par Français et par an. Tout en obtenant de meilleurs résultats de santé. Ces résultats se cumuleraient dans le temps, puisqu'une population en meilleure santé consommerait moins de soins, et mieux.

## HEALTH EXPENDITURE (HE) SAVINGS AS A PERCENTAGE OF TOTAL HE & PER CAPITA (EUR)

average 2022–50 – OptiMedis, EU27 countries



Sources : OECD analysis based on neural networks and OECD's SPHeP-NCD microsimulation model

■ Health expenditure savings per capita (EU)    ■ Percentage total health expenditure

Note : Per capita costs reflect the population aged 20 years and over.

## Tous responsables de notre santé : les ingrédients de la réussite

La nécessité d'une réorientation de notre système de santé vers une approche territoriale, populationnelle et préventive fait aujourd'hui consensus. Mais au-delà de ce consensus se posent des questions très opérationnelles et pratiques :

Quels outils et quelles méthodes utiliser ? Comment faire travailler effectivement un ensemble d'acteurs de santé autour d'objectifs communs ? Quelles organisations mettre en place et mobiliser pour donner une cohérence à de multiples dispositifs, pour les professionnels bien sûr, mais surtout pour les patients ? Quels outils de pilotage et d'évaluation font sens et sont adaptés ? Surtout, comment concilier les nécessités d'une approche locale avec des impératifs de qualité qui doivent être nationaux ?

Tout autour de nous, des systèmes de santé s'adaptent, développent et mettent en œuvre des approches territoriales et populationnelles. Des pays et systèmes aussi différents que la Belgique et la Suède, que l'Ontario ou le Pays basque espagnol.

Loin d'être prisonniers d'un modèle prédéfini, il est possible et nécessaire d'inventer notre propre approche, qui corresponde à notre réalité et à nos valeurs. C'est ce travail qui a été entrepris par les Territoires Pionniers de la Responsabilité populationnelle, en visant le Quadruple objectif d'une meilleure santé, d'une meilleure prise en charge, d'une meilleure utilisation des ressources et d'une meilleure attractive pour les professionnels.

Sur ces quatre axes, les Territoires Pionniers ont obtenu des résultats : des centaines d'actions d'aller-vers menées, des milliers de personnes dépistées, une réduction du recours aux urgences, un accès facilité et programmé aux services hospitaliers, pour un coût moyen réduit, une mise en cohérence des ressources de leur Territoires.

Et un sentiment de fierté du travail bien fait, qui s'appuie sur une amélioration réelle de la qualité de pratique.

Ces résultats prometteurs seront enrichis et consolidés par les nouveaux Territoires qui rejoignent aujourd'hui la Responsabilité populationnelle, et qui peuvent désormais s'appuyer sur des outils méthodologiques robustes pour amener le modèle encore plus loin, au bénéfice des professionnels de santé, mais surtout des patients et des populations.

Aujourd'hui s'ouvre une nouvelle page de la Responsabilité populationnelle, qui permet d'espérer en tirer les pleins bénéfices. Sous l'égide et avec l'appui d'Agences régionales de santé, qui peuvent structurer réellement la démarche en la mettant pleinement en cohérence avec les Projets régionaux de Santé, en s'appuyant demain sur des outils numériques qui permettent le suivi commun de populations et de patients communs, en intégrant de façon plus systématique patients et citoyens, en développant des stratifications et des standards pour de nouvelles populations comme celle des personnes âgées. En mettant en place des gouvernances cliniques territoriales rassemblant l'ensemble des acteurs de santé.

Aujourd'hui, la Responsabilité populationnelle sort de l'âge des Pionniers pour entrer dans celui de la généralisation. Pour viser ensemble la meilleure santé de la population, la meilleure prise en charge des patients, la meilleure utilisation de nos ressources et la meilleure expérience au travail pour nos professionnels.

En avant !







FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

