

Vers un système de santé préventif et territorialisé : l'approche de Responsabilité populationnelle



Antoine MALONE, coordonnateur du programme Responsabilisé populationnelle

Le désaccord

- Systèmes conçus pour des populations jeunes

Allongement de plus de 10 ans de l'espérance de vie depuis 1970 dans l'OCDE

- Des épisodes aigus et limités dans le temps

Explosions des pathologies chroniques (31% des habitants de l'OCDE avaient au moins 2 pathologies chroniques en 2014)

- Nécessitant peu de coordination

Personnes nécessitant un ensemble de services tout au long de leur vie

- Essentiellement réactifs

« Attendre » qu'un événement se produise conduit à une dégradation durable de l'état de santé

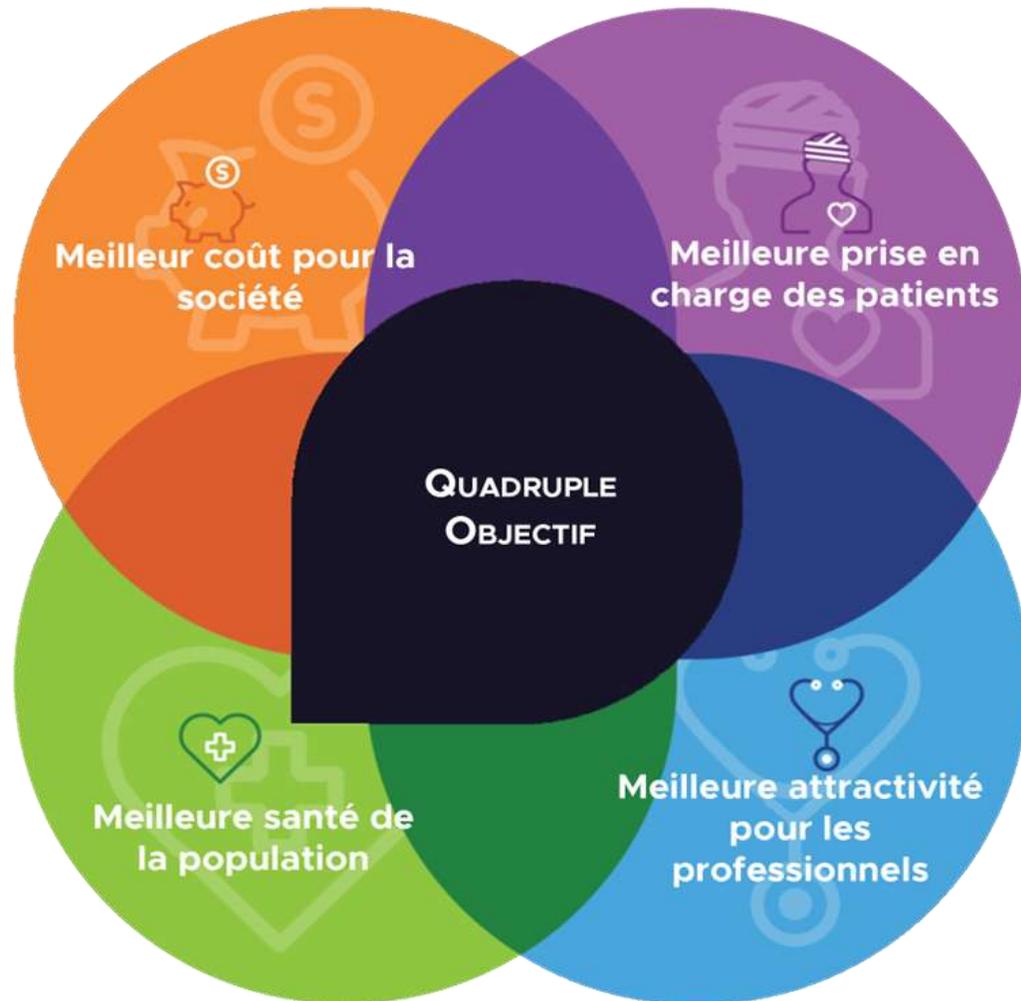
- Médico centrés

Le système de soins « n'explique » que 25% de l'état de santé d'une population (INSPA)

- Hospitalo-centrés et hautement techniques

Interventions coûteuses avec impact limité sur la santé de la population

La dynamique de l'intégration : la poursuite du Quadruple Objectif



- Capacité à définir des populations
- Approche intégrée de la santé
- Primauté de l'excellence clinique
- Travail *simultané* sur des patients et des populations
- Capacité à s'améliorer en continu

Et en France ?



Le principe de Responsabilité populationnelle prend acte d'une réalité empirique :

*« Pour maintenir une personne ou une population en santé, l'implication de tous est nécessaire : établissements, professionnels libéraux, patients et leurs proches, associations, cadre de vie, etc. ; »
Tous ont une part de responsabilité dans l'atteinte d'un résultat de santé*

Ce que la « RP » est :

- **Un modèle clinique, qui vise l'excellence clinique**
- **Donc une approche par et pour les professionnels (tous et les professionnels), et les patients**
- **Qui vise l'amélioration continue des pratiques en s'appuyant sur les apports respectifs et les forces de chacun**
- **Un modèle construit pour être évaluable, et pour permettre le partage entre pairs**
- **Une approche et un modèle strictement volontaires et s'appuyant sur la volonté des acteurs de travailler ensemble pour la population**

Ce que la « RP » n'est pas :

- **Une responsabilité au sens « conventionnel » ou légal du terme : personne n'est obligé, personne ne va être sanctionné**
- **Une démarche où l'hôpital dit à la ville quoi faire**
- **Une démarche dirigée d'en haut**
- **Des parcours prémâchés à appliquer localement**

Les objectifs du modèle

Permettre à nos territoires de viser le **Quadruple Objectif** (meilleure santé, meilleure prise en charge, meilleur coût, meilleure qualité de vie pour les professionnels) pour des **populations définies**, sur un **territoire défini**

Via l'élaboration et la mise en œuvre de **programmes d'action partagés** répondant aux besoins de ces populations-cibles

Développer des outils et **une méthodologie utilisables par l'ensemble des territoires** de santé en France

Développer un modèle d'intégration clinique suffisamment flexible pour **tenir compte des spécificités territoriales**, mais suffisamment robuste pour être généralisable

Développer un modèle qui soit aussi utilisable pour **d'autres populations-cibles**



En pratique...

Un modèle

Modèle partagé
Méthodologie partagée
Outils partagés
(Médicaux, analytique, stratification, outils pratiques)

Construit « autour » des **Groupes hospitaliers**, mais visant à permettre à l'ensemble des acteurs de santé de mieux travailler

- Gouvernance partagée ville-hôpital
- Programmes d'action locaux

De la prévention jusqu'aux patients complexes

Cinq Territoires



Deux populations

Diabète type 2 (à risque ou atteint)

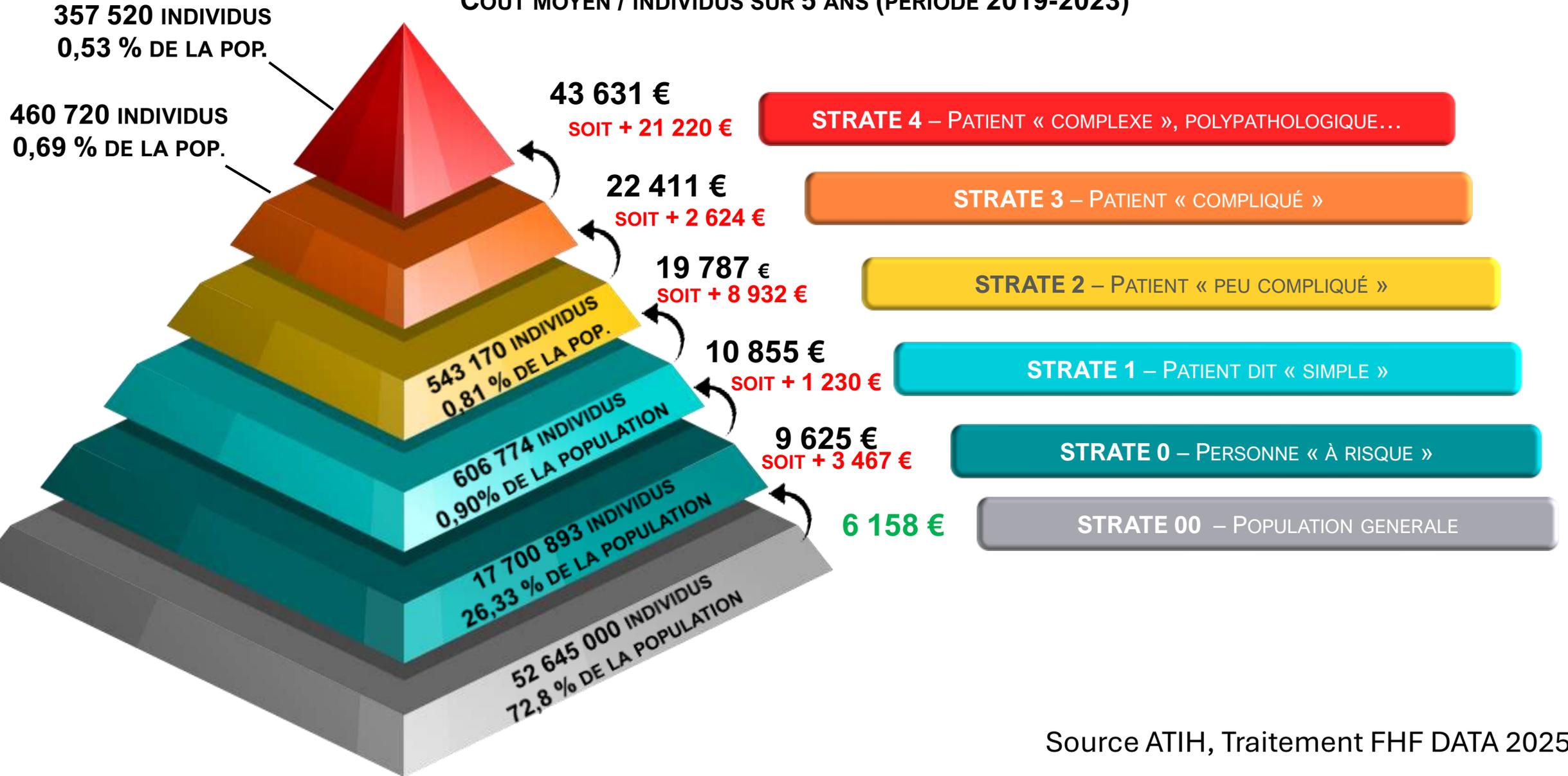
Insuffisance cardiaque (à risque ou atteint)

Objectif :
Exécuter systématiquement la meilleure pratique pour chaque personne, pour améliorer ou maintenir son état de santé, peu importe son point de contact avec le système



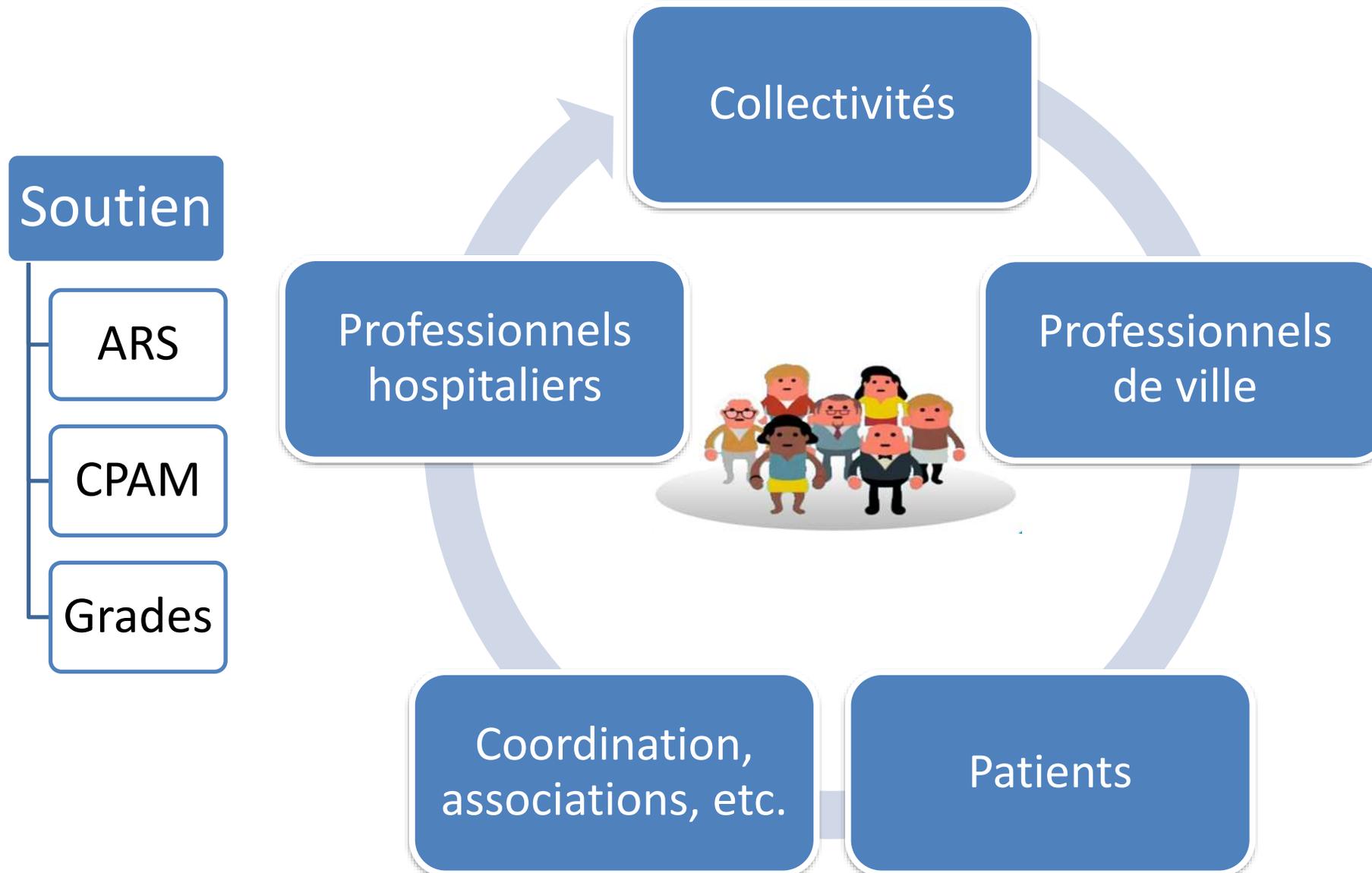
Connaitre les besoins...

STRATIFICATION MÉDICO-ÉCONOMIQUE DE LA POPULATION DIABÉTIQUE DE TYPE 2, PARCELLE FRANCE
COÛT MOYEN / INDIVIDUS SUR 5 ANS (PÉRIODE 2019-2023)



Les « réunions cliniques »

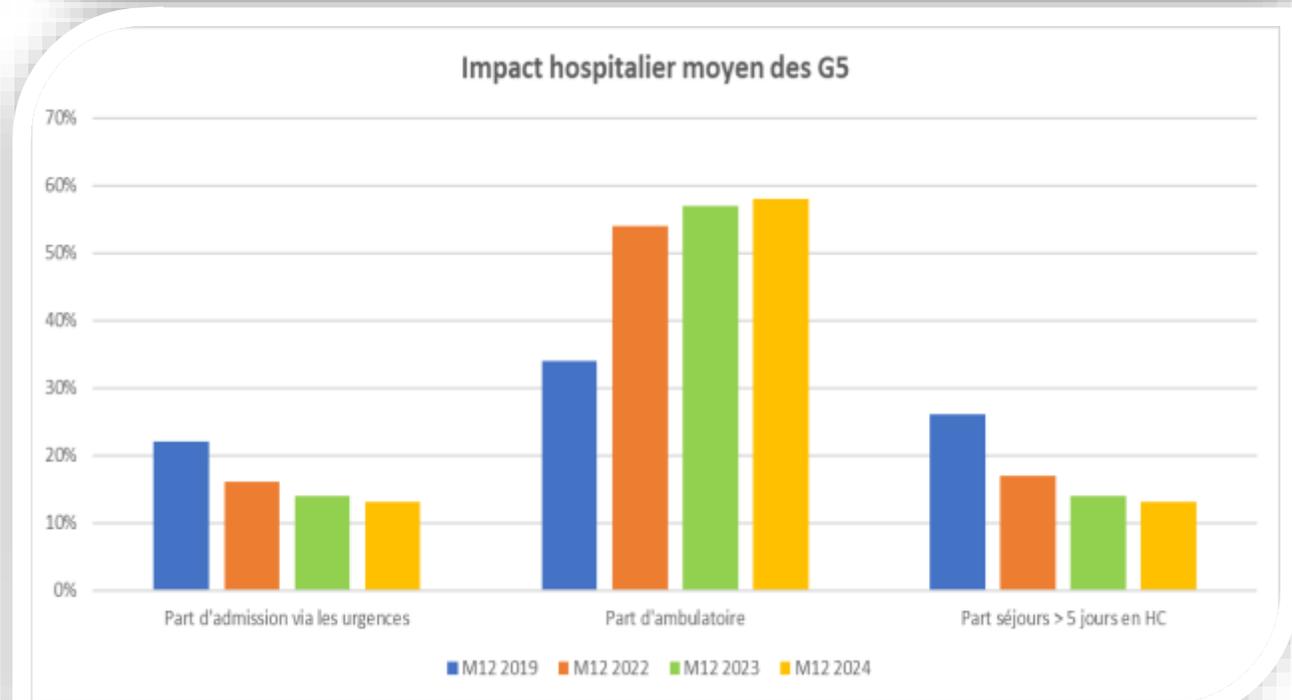
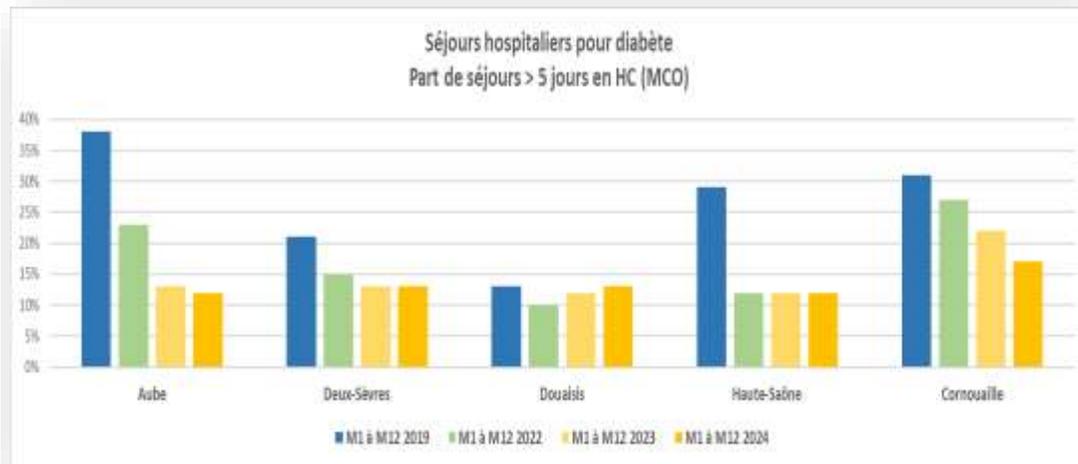
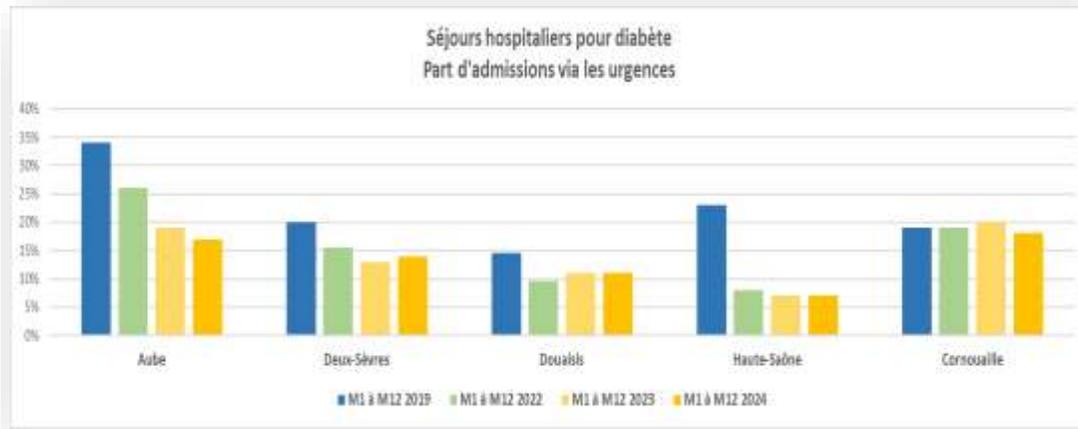
Une « coalition territoriale d'acteurs de santé »



Aujourd'hui...

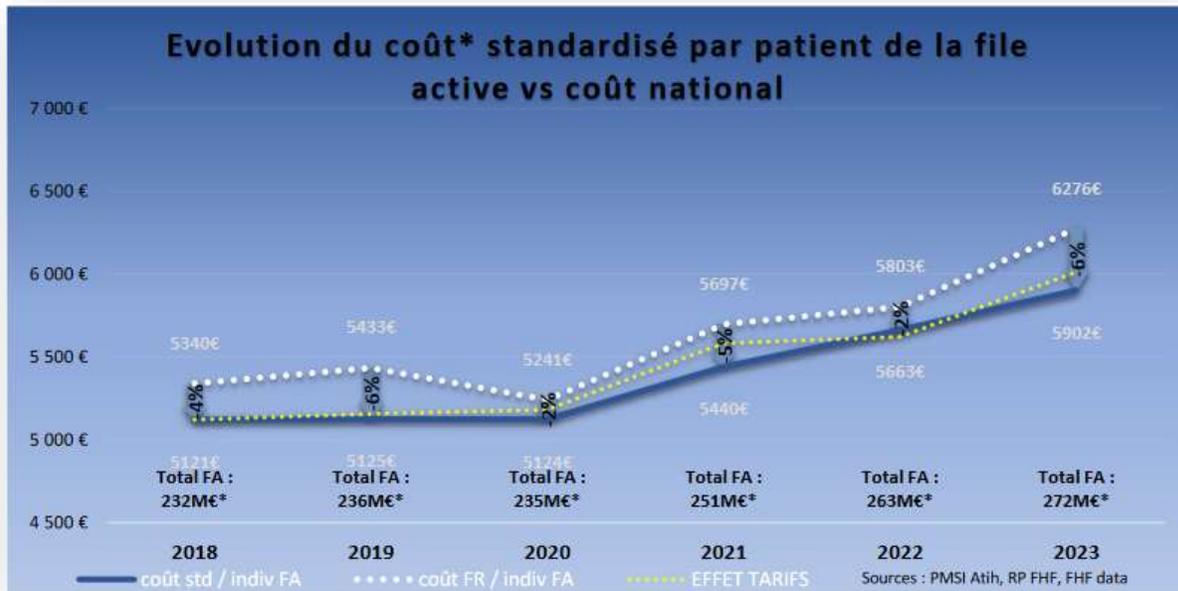


Des impacts tangibles et convergents



Sources ATIH, FHF DATA 2025

Un impact mesurable



A fin 2023, le coût moyen par patient est 6% inférieur à la moyenne nationale dans nos 5 Territoires Pionniers

- Alors que la qualité et la quantité de services a été augmentée



Alors que nos 5 Territoires Pionniers « trouvent » davantage de personnes atteintes de diabète que la moyenne

- Ce qui reflète une bascule vers une approche proactive



Construire sur les acquis pour le bénéfice des patients et professionnels



Formations à la méthodologie :
Paris (11-11-23)
Orleans (4-10-24) et
Rennes (13-9-24)
Paris (8-1-25)

Quelles leçons ?

- Le modèle « RP » montre qu'il est possible de réorienter concrètement notre système vers la prévention et le maintien en santé...
- ...d'ailleurs, la plupart de nos voisins travaillent déjà ainsi, parfois depuis longtemps
- Donc la question ne devrait pas être de savoir s'il faut plus de prévention, où s'il faut que les acteurs de santé travaillent davantage ensemble
- La vraie question est de savoir comment NOUS allons faire en France, et de quels outils, méthodes, voire cadre législatif ou réglementaire nous aurons besoins
- « L'expérimentation » RP est riche de nombreux enseignements à cet égard, le plus important étant que les professionnels de santé y sont près et l'attendent
- Aujourd'hui, plus de 30 Territoires sont dans « l'orbite » RP
- Mais il revient aux Pouvoirs Publics de tracer la voie que doit suivre notre système...
- ...en Avant !