

Tous responsables de notre santé !

Bilan des 3 premières années de déploiement
de la Responsabilité populationnelle

- 4 QU'EST-CE QUE
LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE ?
- 6 UNE RÉPONSE AUX DÉFIS
DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ
- 7 LE BON SOIN, POUR LA BONNE PERSONNE,
AU BON MOMENT, AU BON ENDROIT
- 8 UN MODÈLE,
DEUX POPULATIONS,
CINQ TERRITOIRES PIONNIERS
- 9 UN SYSTÈME DE SANTÉ TRANSFORMÉ
DANS CINQ TERRITOIRES
- 15 DE NOUVEAUX MÉTIERS
POUR UNE NOUVELLE APPROCHE

QU'EST-CE QUE LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE ?

Un concept inscrit dans la loi

Depuis 2019, le Code de la Santé publique (Art. L1434-10) dispose que : « *l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire est responsable de l'amélioration de la santé de la population ainsi que de la prise en charge optimale des patients de ce territoire* ». C'est la notion de Responsabilité populationnelle.

Cette responsabilité partagée, d'abord éthique et déontologique, réunit tous ceux qui interviennent autour des patients et des habitants d'un territoire donné. C'est par leur action collective et coordonnée qu'ils sont en mesure de répondre aux besoins exprimés et non exprimés de la population, aussi bien en matière de prévention primaire et secondaire que de réponse aux besoins de santé aigus.

Un concept déjà en vigueur dans d'autres pays

Cette approche, qui repose sur l'intégration clinique et la gestion territoriale de la santé d'une population, se retrouve dans de nombreux systèmes de santé : National Health Service (NHS) en Angleterre et en Ecosse, systèmes de santé catalans et du pays basque espagnol, systèmes de

santé Danois et Suédois, de plusieurs régions italiennes. En Belgique, le programme "Integreo" la déploie dans 11 territoires pilotes. Ailleurs dans le monde, les systèmes de santé de Nouvelle-Zélande et d'Australie ont adopté le modèle.

Une expérimentation portée et promue par la FHF dans 5 territoires pilotes, qui a vocation à s'étendre

La FHF développe depuis quatre ans un modèle d'intégration clinique visant à permettre aux acteurs de santé de mettre en œuvre la Responsabilité populationnelle.

Aujourd'hui déployée dans cinq Territoires pionniers - l'Aube et le Sézannais, la Cornouaille, les Deux-Sèvres, le Douaisis et la Haute-Saône - le modèle vise 61 000 résidents atteints de diabète de type 2 ou d'insuffisance cardiaque, et environ 300 000 personnes à risque de développer l'une ou l'autre de ces pathologies. Plus de 700 professionnels de santé sont aujourd'hui parties

prenantes de la démarche et près de 300 actions de prévention, sensibilisation ou dépistage ont été conduites ces derniers mois. D'ores et déjà, le modèle commence à produire des effets, notamment sur la fréquentation des urgences.

Conçu dès l'origine pour être transposable à d'autres territoires et à d'autres populations, à l'instar des personnes âgées, le modèle suscite un intérêt croissant. Une vingtaine de territoires souhaite se lancer dès aujourd'hui dans la Responsabilité populationnelle.

UNE RÉPONSE AUX DÉFIS DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ



Comme l'ensemble des pays avancés, notre pays fait face à une transformation majeure des besoins de santé. Conçu pour répondre essentiellement à des besoins ponctuels et aigus, notre système de santé doit désormais répondre aux enjeux soulevés par le développement très fort des pathologies chroniques et le vieillissement de la population.

Les personnes atteintes de pathologies chroniques consomment beaucoup plus de soins que les autres.

Ainsi, sur les 2 021 548 personnes identifiées comme souffrant du diabète de type 2 en France en 2019, plus de la moitié (51.7%) ont été hospitalisées au moins une fois dans l'année. **30.1% de ces hospitalisations sont intervenues directement après un passage aux urgences.**

Les patients atteints d'insuffisance cardiaque ont eu besoin de 1 690 311 séjours hospitaliers dont 42.1% arrivés par les urgences. En moyenne, les coûts d'hospitalisation des résidents du Douaisis atteints d'insuffisance cardiaque se sont élevés, en 2019, à 8 500€.¹

Quant aux personnes âgées de plus de 75 ans, elles sont 2 385 743 à avoir été hospitalisées au moins une fois en 2019. Dans 35.6% des cas, cette hospitalisation a commencé par une arrivée aux urgences. Les hospitalisations de personnes âgées de plus de 75 ans ont représenté plus de 21Md€ de remboursement en 2019.²

Ces chiffres donnent une idée de la pression qui s'exerce aujourd'hui sur l'ensemble du système de santé, en ambulatoire comme à l'hôpital, une pression qui ira sans cesse croissante. Ils interrogent la soutenabilité de notre système de santé et reflètent la réalité et le vécu de millions de patients qui accèdent aux soins trop tardivement. **11 604 personnes atteintes de diabète de type 2 ont ainsi été amputées en 2019.**

Malgré des dépenses de santé parmi les plus élevées des pays de l'OCDE³, notre pays obtient des résultats de santé mitigés en matière de prévention et d'inégalités de santé. Or, ce sont ces deux paramètres qui définissent l'avenir : on peut prévenir l'apparition de pathologies chroniques et essayer de maîtriser leur évolution. On peut retarder la perte d'autonomie et essayer de faire en sorte que la population vive plus longtemps en bonne santé. Les inégalités de santé ne sont pas une fatalité. Ce n'est pas parce que l'on habite en zone rurale ou dans un quartier prioritaire de la politique de la ville que l'on n'a pas le droit à la même ambition en santé. Bien sûr, les priorités et les modes d'intervention ne peuvent pas et ne doivent pas être les mêmes selon qu'on habite à Quimper (Finistère) ou à Douai (Nord).

Un changement de paradigme est nécessaire. Passer d'un système de santé en silos et curatif à un système de santé où tous les acteurs de santé travaillent ensemble, pour garder notre population en santé.

¹ Toutes les données : ATIH, méthodologie FHF DATA.

² Toutes les données : ATIH, méthodologie FHF DATA.

³ <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>

LE BON SOIN, POUR LA BONNE PERSONNE, AU BON MOMENT, AU BON ENDROIT

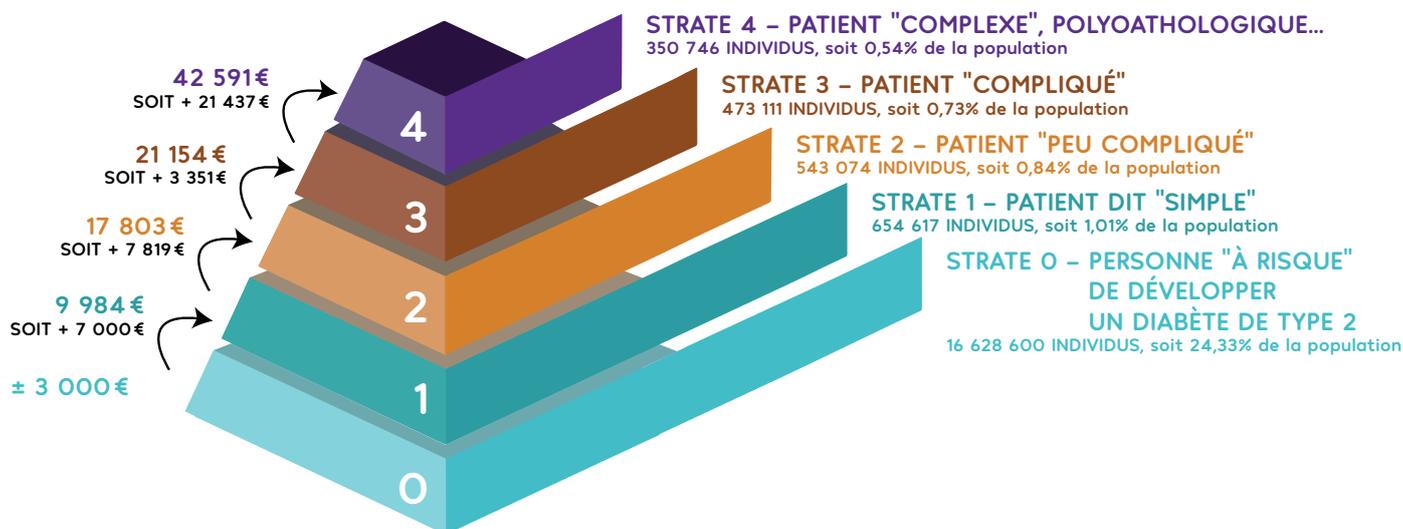


Comme les meilleurs systèmes de santé au monde, c'est le triple objectif qu'il nous faut viser : une meilleure santé pour une population donnée, dans un territoire donné, une meilleure réponse aux besoins de santé de chaque individu au sein de cette population, et une meilleure utilisation des ressources sur ce territoire.

Le schéma ci-dessous, en forme de pyramide, traduit l'objectif commun : tout faire pour éviter que les patients ne développent une pathologie chronique et, le cas échéant, que leur état se

dégrade. Construit avec l'aide de praticiens experts, il fait correspondre un état de santé donné à une demande à l'égard des services hospitaliers. En moyenne, **un patient va générer environ 3 000€ de dépenses d'hospitalisation tous les cinq ans. Si par malheur il développe un diabète de type 2, sa « consommation » d'hôpital fait plus que tripler, pour atteindre près de 10 000€** - et cela sans même compter sa consommation en dehors de l'hôpital, en ville. Si son état de santé se dégrade, sa consommation double encore, et ainsi de suite.

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



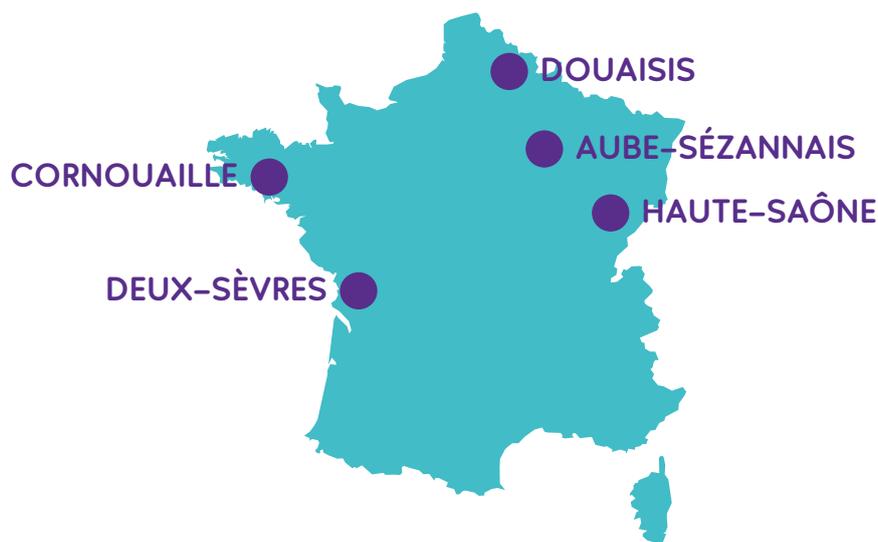
En pratique, ce modèle implique d'aller au-devant de la population, de s'organiser pour réaliser les actions nécessaires, de développer un programme d'action commun pour **éviter que le premier point de contact d'une personne avec le système de santé ne soit les urgences**. C'est le sens de la Responsabilité populationnelle.

Pour ce faire, les acteurs de santé d'un territoire, dont les patients et les citoyens, élaborent ensemble un programme d'action partagé à destination de la population ciblée. **Ce programme vise les résidents du territoire, de la prévention jusqu'au suivi des patients complexes**. Son objectif est **la mise en œuvre systématique des meilleures pratiques**, pour chaque personne, dans chaque strate de la pyramide.

UN MODÈLE, DEUX POPULATIONS, CINQ TERRITOIRES PIONNIERS

E

En 2019, cinq Territoires Pionniers se sont portés volontaires pour développer, déployer et mettre en œuvre le modèle, en ciblant les populations atteintes ou à risque de diabète de type 2 ou d'insuffisance cardiaque.



Ensemble, ils représentent une population totale de près de 1.3 millions d'habitants dont près de 45 000 résidents atteints de diabète et 25 000 personnes atteintes d'insuffisance cardiaque – soit plus de 61 000 individus ciblés. Près de 300 000 habitants de ces territoires devraient faire l'objet d'une action en lien avec l'une ou l'autre pathologie - qu'il s'agisse d'un dépistage régulier, de conseils sur l'alimentation ou les habitudes de vie, d'activité physique et sportive.

Les cinq territoires s'appuient sur les outils et la méthodologie élaborés par la FHF, accompagnée des sociétés savantes concernées, de praticiens

experts et de médecins généralistes. Il s'agit en particulier d'une **stratification médico-économique et clinique des populations cibles** qui permet non seulement aux acteurs du territoire d'avoir une vision partagée des besoins de santé, mais encore à chaque professionnel de connaître rapidement le « profil clinique » de leur patient.

À chacun de ces profils sont liés une série de logigrammes de prise en charge qui permettent aux professionnels de santé, individuellement ou collectivement, de **savoir rapidement ce qu'il convient de faire pour garder une personne dans le meilleur état de santé possible.**

UN SYSTÈME DE SANTÉ TRANSFORMÉ DANS CINQ TERRITOIRES

A

Au sortir de l'épidémie de COVID, cinq territoires se sont mis en mouvement.

Aujourd'hui, plus de 700 professionnels de santé de tous horizons participent à la démarche, qu'ils soient hospitaliers, libéraux, associatifs.



La Responsabilité populationnelle, ça marche et ça crée du lien entre ville et hôpital. L'importance donnée au dépistage, à l'éducation et à la prévention parle aux élus locaux et renforce leur légitimité à s'engager sur les questions de santé.



Frédéric CHÉREAU
Maire de Douai
Vice-Président de l'AMF,
Co-Président de la Commission Santé



Dans le Bassin Vesulien, la CPTS, l'hôpital, le DAC, l'agglomération travaillent ensemble dans le cadre de la Responsabilité populationnelle. Nous avons développé ensemble des parcours et des outils qui nous aident au quotidien. Les "journées de ma santé", grand forum de prévention organisé à Vesoul par la Communauté d'Agglomération, sont également un bel exemple de la collaboration entre les acteurs. Plusieurs stands sont animés par des binômes de professionnels de santé libéraux et hospitaliers afin de réaliser des actions sur mesure pour le public.



Perrine CROIZIER
Coordinatrice, CPTS du Bassin Vésulien
(VESOUL)



La Responsabilité populationnelle a un double impact positif. Elle accroît l'ancrage territorial du GHT. Le GHT fédère la majeure partie des établissements, la Responsabilité populationnelle permet de fédérer aussi les libéraux. Ensuite cette démarche permet à tous de prendre conscience que l'enjeu sanitaire du futur est d'adapter nos fonctionnements au grand défi de la chronicité.



Philippe BLUA
DG Hôpitaux Champagne-Sud

Ce sont aussi près de **60 patients-partenaires** qui participent aux programmes de Responsabilité populationnelle :

- En équipe, lors d'actions de prévention et de sensibilisation ;
- En tant que partenaires actifs, en participant aux programmes d'Éducation thérapeutiques ;
- Dans les villes et les quartiers, en portant des messages de prévention et en accompagnant leurs concitoyens dans leur parcours de santé.

60 patients-partenaires



La Responsabilité populationnelle a permis à l'AFD 29 de créer un lien fort avec et entre tous les acteurs de santé du territoire (services hospitaliers, IDE Asalée⁴, CPTS, CPAM...) et ce, pour un total bénéfique des patients et personnes à risque de développer un diabète. Ces partenariats ont permis de relancer les ateliers « Élan solidaire », temps d'écoute, de partage et d'échange pour vivre au mieux avec le diabète, toujours au bénéfice de la population Cornouaillaise



Jean-Claude RYO
Président de l'Association
des diabétiques du Finistère (AFD 29)

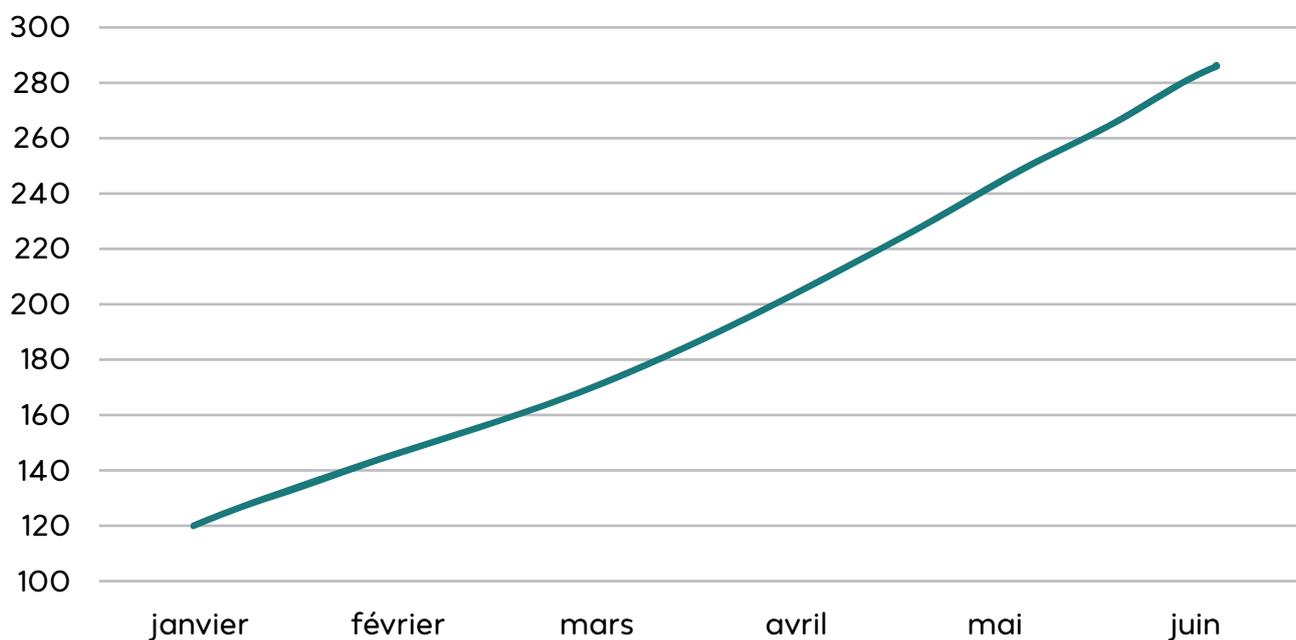
Dans l'Aube et le Sézannais, en Cornouaille, dans les Deux-Sèvres, le Douaisis et la Haute-Saône, c'est tout un territoire qui se met en mouvement. Maisons Sport-Santé, Resto du Cœur, épiceries solidaires, médecine du travail : tous s'engagent, travaillent, collaborent et transforment le quotidien des habitants.

Sur les marchés, dans les grandes surfaces, les entreprises, les milieux de vie comme les EHPADs, plus de **300 actions de prévention, sensibilisation, dépistage** ont été menées dans les cinq territoires. **Plus de 4000 personnes ont ainsi pu être dépistées** et se voir proposer des conseils et actions adaptées ou l'entrée dans un parcours structuré correspondant à leur profil clinique.

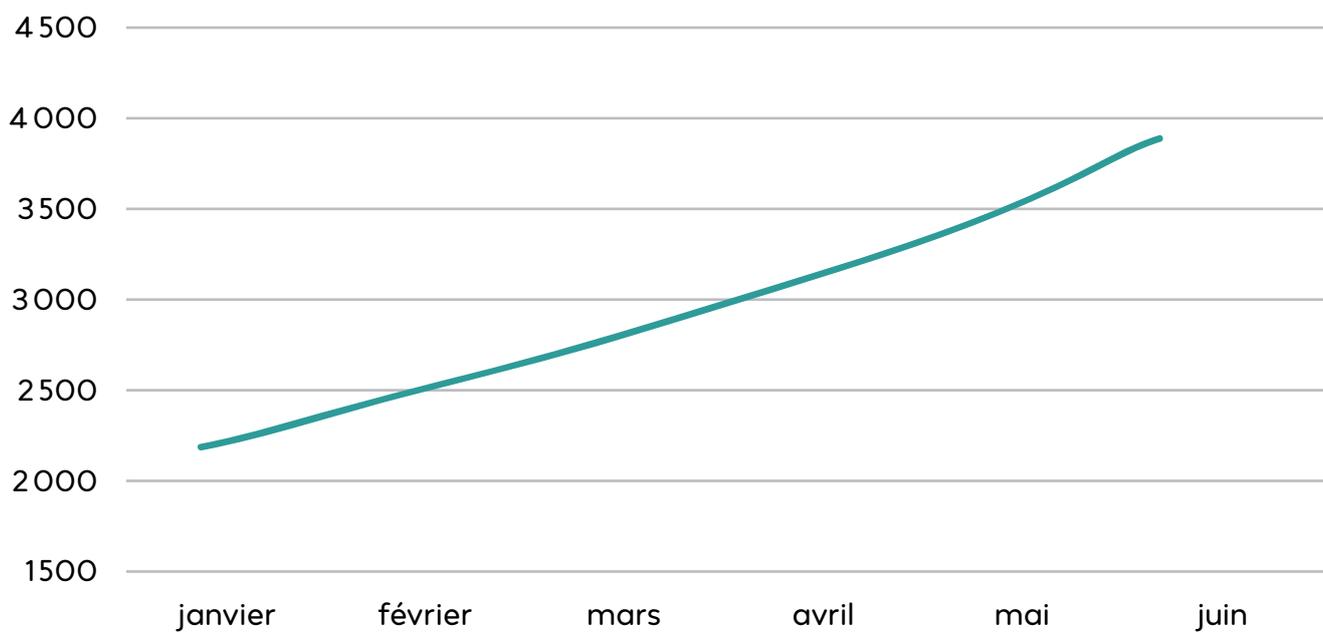
300 actions de prévention

⁴Créée en 2004, l'association Asalée met en œuvre un protocole de coopération entre médecins généralistes et infirmiers, en application des dispositions de l'article 51 de la loi HPST **pour améliorer la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques** (www.fnccs.org).

NOMBRE D' ACTIONS MENÉES EN 2022



NOMBRE DE PERSONNES DÉPISTÉES EN 2022

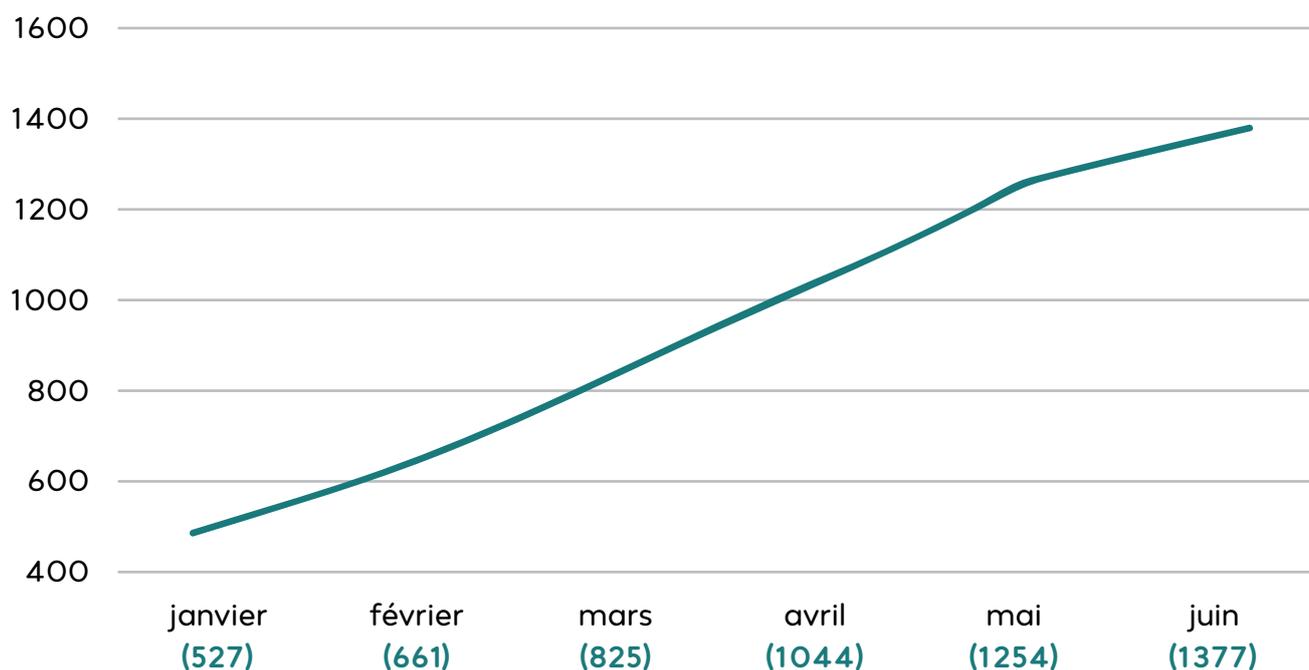


Des prises en charge transformées, un hôpital transformé

Aujourd'hui, plus de 1500 patients sont activement suivis dans la démarche, bénéficiant de parcours de santé adaptés en fonction de leur « strate » dans la pyramide. Ces parcours sont partagés entre l'ensemble des intervenants contribuant à la

santé de la personne : médecin traitant, infirmières, pharmaciens, structures d'activité physique, d'ETP, équipe « Responsabilité populationnelle » et services hospitaliers.

NOMBRE D'INCLUSIONS EN 2022



Au fur et à mesure que la Responsabilité populationnelle irrigue les Projets de Santé des CPTS et les Projets d'établissements, le comportement de la population change. Ainsi, le rôle et le fonctionnement de l'hôpital évolue. Une population mieux suivie et des parcours cliniques standardisés permettent d'offrir à tous, en fonction de leurs besoins, des services adaptés au bon moment.

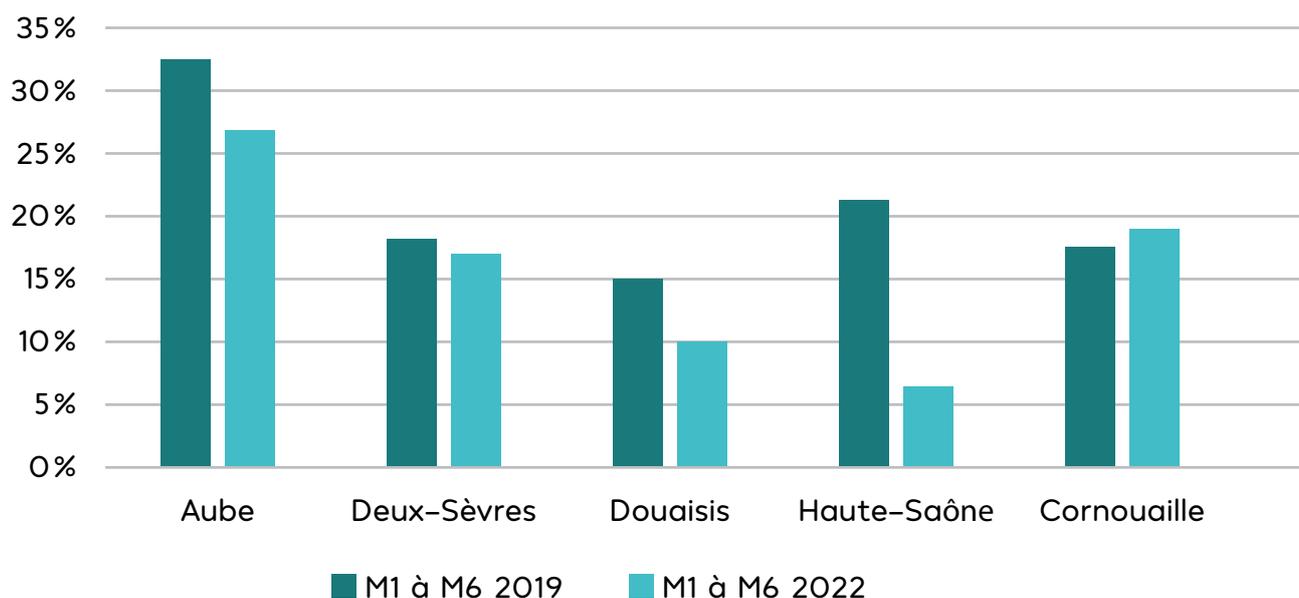
Les indicateurs d'impact développés par FHF Data permettent de le voir.

Entre les deux premiers trimestres de 2019 et la même période en 2022, **les admissions par les urgences pour des séjours hospitaliers causés**

pour motif de diabète ont diminué dans 4 territoires sur 5, avec une baisse très importante dans 2 territoires et plus modérée dans les 2 autres. Ces chiffres encourageants montrent l'impact rapide qu'un programme de Responsabilité populationnelle peut avoir.

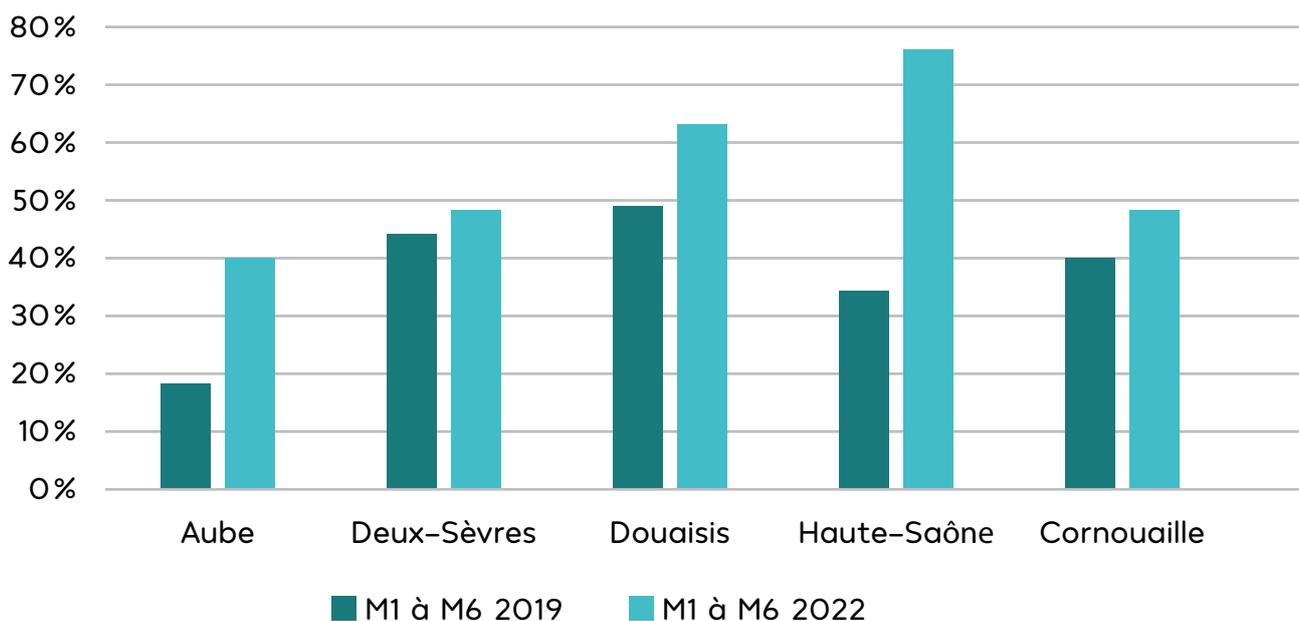
Mais ces indicateurs d'impact reflètent aussi l'adaptation du modèle aux réalités territoriales : les acteurs de santé de Cornouaille ont en effet choisi d'orienter d'abord leur action sur la strate "O", la prévention primaire. Se faisant, ils ont pu constituer un réseau de partenaires très étendu, sur lequel ils peuvent s'appuyer maintenant qu'ils déploient leurs parcours destinés aux personnes atteintes de diabète.

SÉJOURS HOSPITALIERS POUR DIABÈTE – PART D'ADMISSION VIA LES URGENCES



À l'inverse, la proportion de séjours ambulatoires de patients diabétiques a augmenté partout, de plus de 100% dans certains cas.

SÉJOURS HOSPITALIERS POUR DIABÈTE – PART D'AMBULATOIRE

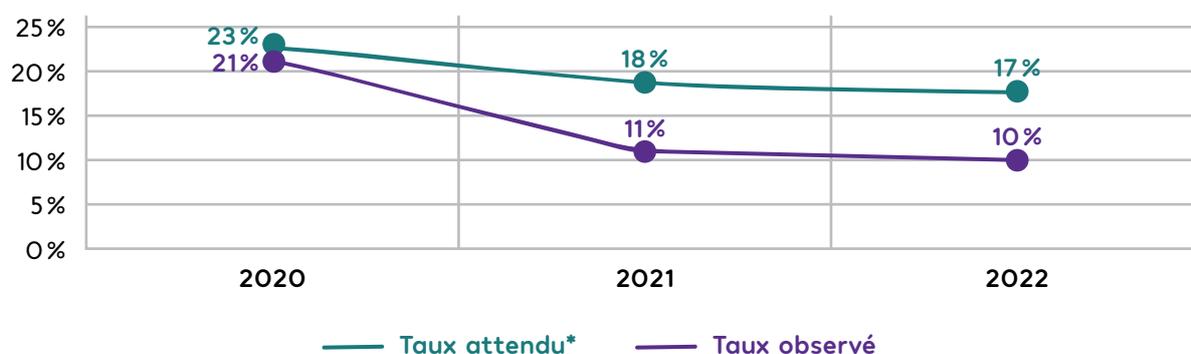


Tout cela est rendu possible grâce à une meilleure articulation avec les professionnels de ville, à la mise en place et au suivi de parcours coordonnés ville-hôpital, qui permettent de programmer le recours à l'hôpital lorsque c'est nécessaire et de bien organiser la sortie des patients lorsqu'il le faut.

Ainsi, dans certains territoires, **le nombre d'hospitalisations " longues " est inférieur de plus de 20% à ce qui serait attendu à population et territoire comparables**. Dans d'autres, le taux de séjours long s'établit à 10%, alors qu'à population et territoire comparables, il devrait s'établir à 17%.

ÉVOLUTION DES TAUX DE SÉJOURS LONGS AU PROFIT DES RÉSIDENTS DIABÉTIQUES DE HAUTE-SAÔNE

TAUX SÉJOURS LONGS (>5j.) des séjours pour diabète des résidents de la parcelle Comparaison taux observé / taux attendu*



*taux attendu selon les taux de recours nationaux standardisés par âge et sexe appliqués à la population locale

Sources : PMSI Atih, RPU, FHF data



Pour autant, cela ne signifie par un rationnement des services, au contraire. Dans certains territoires, grâce à la systématisation du recours à l'hôpital de jour, en liaison avec le médecin traitant, **le nombre de séjours pour les patients diabétiques a plus que doublé entre les 6 premiers mois de 2019 et les six premiers mois de 2022**. Ces patients n'arrivent plus par les urgences, ils viennent à l'hôpital quand ils en ont besoin, dans le cadre d'un parcours partagé par l'ensemble des acteurs de santé, du médecin traitant à l'infirmière à domicile, en passant par le pharmacien et le service de diabétologie.

Ainsi, au-delà des aspects qualitatifs liés à l'amélioration de la qualité du travail des professionnels et du lien ville – hôpital, les indicateurs devraient confirmer en 2023 l'intérêt médico-économique de la démarche et justifier ainsi son extension à d'autres pathologies et d'autres territoires.

DE NOUVEAUX MÉTIERS POUR UNE NOUVELLE APPROCHE



Qui dit nouveau système de santé, dit forcément nouveaux métiers et nouvelles compétences. Ces nouveaux métiers (Infirmières de Pratique Avancée, Infirmières ASALEE, de coordination, de santé publique, animateurs de santé publique, infirmières chargées de mission Responsabilité populationnelle) jouent un rôle-clé dans la démarche.

Cette démarche s'appuie sur **l'aller-vers les populations, le suivi personnalisé pour et avec les patients, un travail non seulement coordonné, mais intégré entre équipes cliniques**. Le modèle exploite au maximum les compétences de chacune et chacun.

Reprise Courier de l'Ouest, 20 septembre 2022



Toutes les deux, on n'avait pas forcément l'habitude d'aller à la rencontre des gens dans l'espace public pour contrôler leur glycémie ou leur tension. C'est nouveau pour nous mais c'est une démarche très stimulante qui a du sens car elle nous permet de toucher différents publics, d'informer et d'agir. Ce n'est jamais du temps perdu !



Christine RENOUX et Nathalie ROCARD
Infirmières de prévention et d'orientation
Cellule de coordination « Responsabilité Populationnelle »
(CPTS du Niorta)

ENCLENCHONS MAINTENANT LA TRANSFORMATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

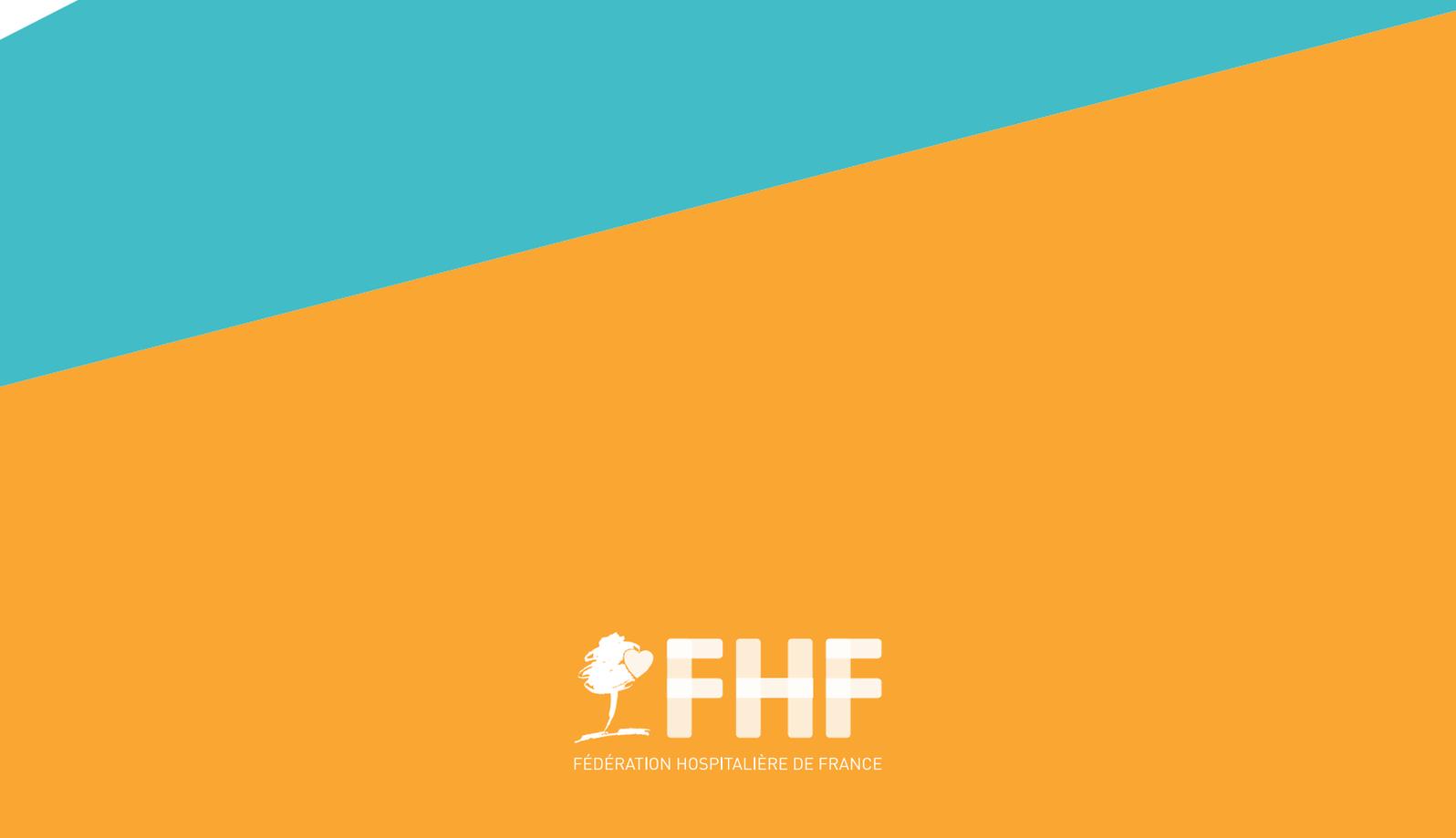
Déployé dans cinq territoires pionniers autour de deux populations-cibles, s'appuyant sur une méthodologie et des outils robustes, transférables et mutualisables, le modèle de Responsabilité populationnelle produit désormais ce qu'il doit produire : une meilleure prise en charge, une meilleure santé de la population et une meilleure utilisation des ressources de ces territoires.

Mais le modèle a été conçu d'emblée pour être étendu à d'autres population-cibles et pour répondre à d'autres besoins de santé. En premier lieu, la préservation de la santé de nos aînés et la prévention de la perte d'autonomie. C'est le prochain horizon de la Responsabilité populationnelle.

20 TERRITOIRES souhaitent se lancer aujourd'hui dans la Responsabilité populationnelle

Dès aujourd'hui, d'autres territoires souhaitent entrer dans la démarche, en ciblant eux aussi les résidents de leurs territoires atteints ou à risque de diabète de type 2 ou d'insuffisance cardiaque. Des Bouches du Rhône à la Bretagne, en passant par la Lorraine ou les Pyrénées-Orientales, avec l'ensemble des acteurs de santé de leurs territoires, professionnels libéraux, élus, associations, ils souhaitent eux aussi engager cette transformation pour garantir à tous, en fonction de leurs besoins, le meilleur état de santé possible.

À très court terme, ce sont près de 10 millions de Français qui pourraient bénéficier de ce changement d'approche. De bons soins, pour les bonnes personnes, au bon moment, au bon endroit.



FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE