

# Une transformation systémique par le terrain

Le programme de Responsabilité populationnelle de la Fédération  
hospitalière de France

Antoine Malone Responsable Pôle Prospective  
Fédération hospitalière de France

# La Fédération hospitalière de France et le « pôle » Prospective, Europe, International

- La FHF représente l'ensemble des hôpitaux publics (environ 1 300 hôpitaux) et le secteur médico-social public (environ 3 600 EHPADs). Elle émane et s'appuie sur des fédérations hospitalières régionales. Environ 25 employés à la Délégation nationale
- La FHF défend les hôpitaux publics et est « force de proposition » : rôle majeur dans le développement de la T2A et dans la création des GHT par exemple.
- Le Pôle Prospective a été créé en 2016.
  - Lier les données probantes aux prises de position de la FHF.
  - Créer un pont entre « savoir » et « politiques publiques »
  - Incluant les savoir « internationaux »
- Travail de recherche et d'analyse sur « High Performing Healthcare Systems » avec Pr. Jean-Louis DENIS
- Intervention du Pr. Denis Roy aux UE de la FHF en 2016 ; « « Vers un système intégré de santé responsable de la population de son territoire »...l'inspiration !
- Guide et matériaux IPCDC
- Environ 1 an et demi de recherche sur les thèmes « systèmes de santé intégrés », responsabilité populationnelle, « population health management », échanges avec Kaiser Permanente, Intermountain HealthCare, Geisinger
- Développements de liens avec la Belgique, la Suisse, l'Espagne, le Danemark, etc...

# Le système de santé français

- Système à l'origine d'inspiration bismarckienne : modèle d'Assurance-Maladie piloté par les partenaires sociaux
- Négociations conventionnelles entre Assurance-Maladie et syndicats représentatifs des professions de santé
- « Nationalisation » progressive des hôpitaux public (CHU et statut de PH à partir des années 1960, FPH à partir des années 1980)
- « Budget » de la santé à partir de 1996, dont ONDAM, création des Agences régionales de Santé (ARS)
- Hôpitaux privés (lucratifs ou non) et soins de première ligne (« libéraux) privé – système de tiers-payant, sauf pour les soins médicaux (le patient fait l'avance et est remboursé)
- Liberté quasi-totale des patients (libre-choix) et des prestataires (installation libre pour les médecins libéraux, dépassements d'honoraires, etc.)
- Financement à l'activité (DRG) ou à l'acte ultra-majoritaire
- Mouvements timides vers l'intégration des services (Groupements hospitaliers de Territoire (2016), Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS, 2016)



# Du « meilleur système au monde » à un modèle sous tension

- D'un point de vue historique, le système de santé français était vu comme excellent. Cela s'explique par :
  - Des habitudes de vie plutôt saines et une population jeune
  - Des ressources importantes en nombre et en qualité : 3 000 hôpitaux, 170 000 médecins de famille
  - Haut niveau d'éthique et d'engagement professionnel
  - Système de prévention primaire et de santé publique bien organisé : PMI, médecine du travail, médecine scolaire, dispensaires, centres d'examen de l'Assurance-Maladie, etc.



- Mais la population française vieillit rapidement et les maladies chroniques représentent aujourd'hui 80% des dépenses d'Assurance-Maladie
- Les inégalités de santé atteignent des sommets
- Les médecins ne veulent plus travailler seuls, à la campagne, dans les « banlieues »
- Les tentatives de contenir les coûts (ONDAM à 2% pendant 10 ans) ont généré une pression sur les salaires des personnels et les revenus des médecins

Redonner aux Français la confiance dans le système de santé, la délicate mission des pouvoirs publics

C'est le principal enseignement de l'édition 2024 du Bulletin de Santé : seuls 65% des Français ont encore confiance dans le système de santé français, là où ils étaient 84% en 2023 (-19 pts). Cette chute vertigineuse, en une seule année, est en réalité en phase avec le reste des indicateurs du lien qui s'effrite entre les Français et leur système de santé. 61% des Français estiment qu'il s'est détérioré au cours des 10 dernières années (+ 3 pts vs 2023 et + 9 pts vs 2022) et 54% d'entre eux estiment qu'il fonctionne mal. Plus inquiétant encore, les Français ne croient pas en un possible renversement de la situation, puisque 59% se déclarent pessimistes quant à la capacité du système de santé à s'améliorer et à répondre aux besoins futurs des citoyens. 63% considèrent même que l'accès à des soins de qualité sera rendu plus difficile pour plus de personnes à l'avenir.

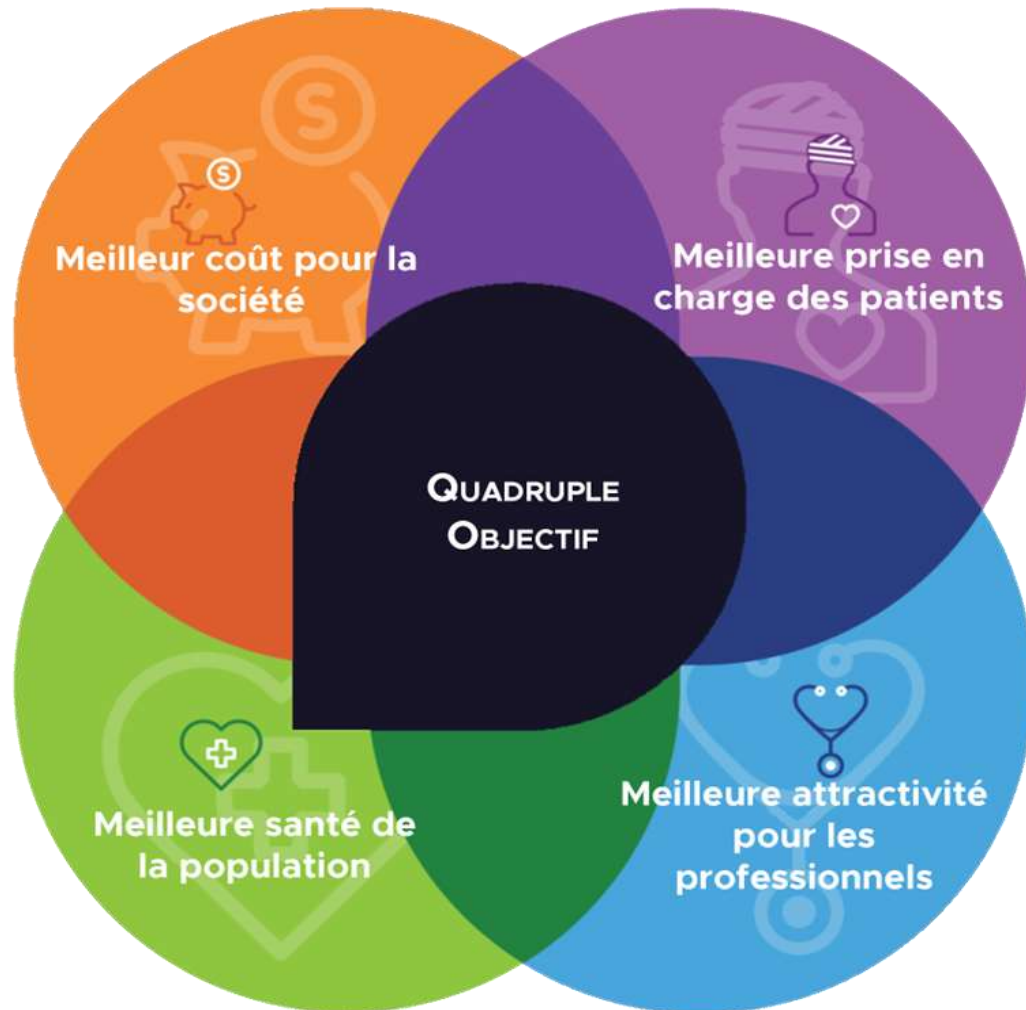
Harris  
Interactive  
Survey,  
7/29/24

# La politique du système de santé

- Affirmation progressive du rôle de l'Etat, le système de santé n'est pas vu comme une fonction « régaliennne » (Genieys and Hassenteufel, 1997-2008)
- Maintient d'une double (voire triple) gouvernance du système de santé : Etat/MSS pour les hôpitaux, en particulier publics, Assurance-Maladie pour la « ville », secteur « médico-social » (EHPAD, Handicap, etc.)
- Politiques menées en parallèle
- Coupure forte entre 1ere et 2<sup>e</sup> ligne de services (la « ville » et « l'hôpital »)
- Faible « policy capacity » du Ministère de la Santé, rôle de pilotage et contrôle des ARS extrêmement limité, sauf pour les hôpitaux publics)
- Eclatement extrême des acteurs (4 fédérations hospitalières + syndicats FPH, au moins 8 syndicats de médecins libéraux, élus, régions, départements, )
- Accumulation de réformes sans réformes systémiques



# La dynamique de l'intégration : la poursuite du Quadruple Objectif (CSBE, 2025)



- 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

# Un mouvement européen



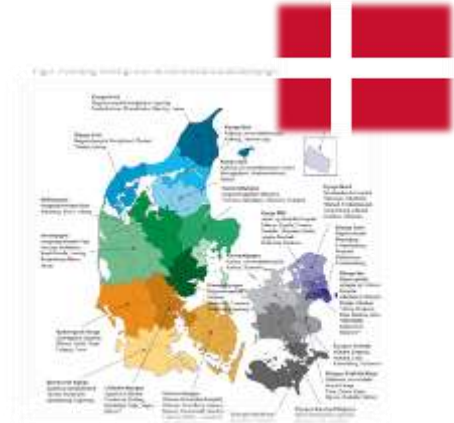
Health and Social Care Partnerships



Regional Health Areas



Communautés de Santé



Cluster de Santé



Equipes Santé Ontario



Integrated Care Systems



Unités locales de Santé



Accord interfédéral pour les soins intégrés



« Gesundes Kinzigtal »

# Un pionnier dans l'intégration : le pays basque

2010 : « Strategy to Tackle the Challenge of Chronicity in the Basque Country »



- Système de santé espagnol régionalisé
- 2,7 millions habitants
- Système de santé « national », financé par l'impôt
- Ministère de la Santé planifie
- OSAKIDETZA est l'opérateur public

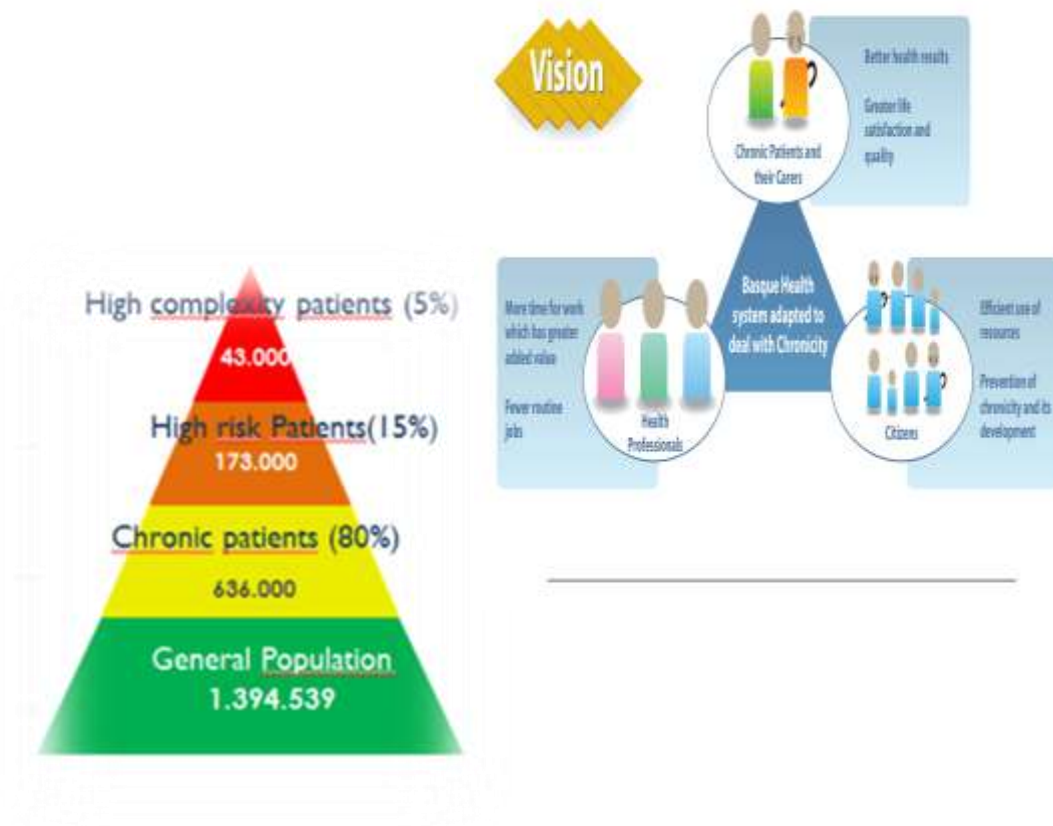
Table 10: Policies

Health care for chronic patients will change with the introduction of five strategic policies



Table 9: Vision of Strategy for Chronic Illnesses

The Strategy for Chronic Illnesses aspires to substantially improve the lives of patients and carers, health professionals and citizens



# En pratique



## Risk stratification and Service selection



### Architecture organisationnelle depuis 2015

- 13 « **Organisations de santé intégrées** » (IHO)
- Regroupant dans une organisation unique les soins primaires et les hôpitaux
- Populations de 30 à 400 000 habitants
- Financement unique pour l'ensemble
- **Stratégie nationale de santé** pour définir les priorités collectives

### Approche du changement

- Chaque IHO développe **sa propre stratégie de santé**, en se basant sur les priorités nationales et une stratification nationale des besoins de santé
- Chaque IHO développe **des parcours cliniques intégrés**, allant de la prévention jusqu'aux patients complexes
- Accent mis sur **l'autonomisation du patient/de la personne** et le maintien dans la communauté
- Chaque IHO met sur pied des **comités cliniques et techniques mixtes** pour développer de nouveaux parcours, interventions, bonnes pratiques et assurer leurs transferts dans les pratiques cliniques
- Encouragement aux **équipes locales** pour développer des initiatives et faciliter leur généralisation

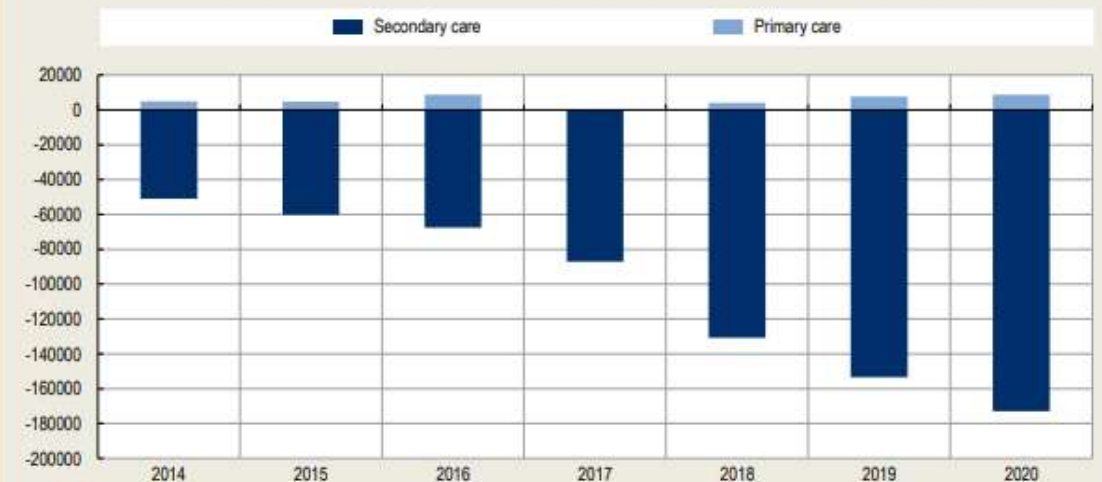
# Quel impact ?

**The Basque Country's integrated care model increases primary care contacts and reduces hospitalisations.** A primary objective of the Basque Country's integrated care model is to keep patients in a stable condition for longer. This is measured by comparing utilisation of healthcare services between those who have and have not accessed the integrated care model. Results from recent studies show patients who access this model of care are more likely to access primary care and less likely to be hospitalised:

- Mateo-Abad et al. (2020<sup>[4]</sup>) using data from a control and intervention group found those in the latter:
  - had a higher number of contacts with their GP (via phone) per year (6.7 versus 3.6 in the control group,  $p=0.002$ ) (results for face-to-face visits were not statistically significant)
  - had a lower number of hospitalisations per year (1.6 versus 2.3 in the control group,  $p=0.008$ )
  - had a lower number of emergency visits per year (0.3 versus 1.3 in the control group,  $p<0.001$ )
  - [These results align with a similar study by Mateo-Abad et al. (2020<sup>[5]</sup>), which included data from five other European regions operating comparable models.]<sup>2</sup>
- Soto-Gordea et al. (2018<sup>[2]</sup>) also using data from a control and intervention group found those in the latter:
  - were twice as likely to make contact with primary care
  - had 7% more contacts with primary care
  - had a 9% lower probability of being hospitalised
  - recorded a 4% lower hospitalisation rate.

**Patient and provider experiences of the integrated care model are largely positive.** Healthcare professionals, patients and carers who participated in the integrated care model provided largely positive feedback – for example, health professionals felt more alert and watchful, while patients felt they received more co-ordinated care and that management of information improved (Mateo-Abad et al., 2020<sup>[4]</sup>). Qualitative feedback from patients in a study examining the same model of care across multiple regions in Europe<sup>3</sup> however recorded mixed results – for example, patients felt health professionals understood them better, yet they also felt less supported from health and social institutions (Mateo-Abad et al., 2020<sup>[5]</sup>).

Figure 6.1. Estimated impact of the integrated care model on healthcare expenditure – scenario analysis (2013-20)

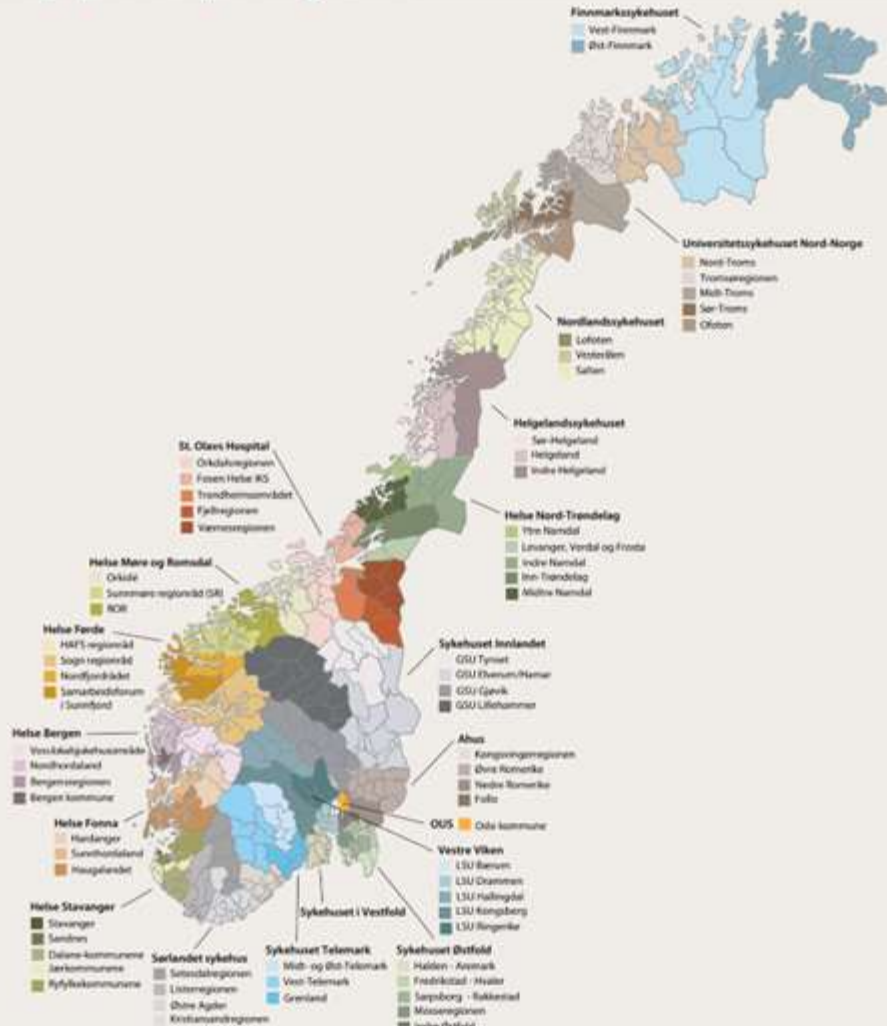


Note: The figures are not cumulative, rather they represent estimated annual changes in expenditure. The baseline year is 2013.  
Source: Soto-Gordea (2017<sup>[6]</sup>), "Incorporating Budget Impact Analysis in the Implementation of Complex Interventions: A Case of an Integrated Intervention for Multimorbid Patients within the CareWell Study", <https://doi.org/10.1016/j.jval.2016.08.002>.



# La Norvège : vers des communautés de santé

Municipal partnerships already established



GSU – Geographical cooperation committee

## Expectations from the Government

- Better joint planning
- Targets and expectations
- Culture of cooperation
- Prioritise children and young people, people with severe mental illness and substance use disorders, frail elderly people and people with multiple chronic illnesses
- Outreaching hospitals
- Contribution from the healthcare communities to the next plan

## Organisation of healthcare communities

- A model with three levels
- GPs and users included at every level
- Decision-making processes that facilitates committing decisions to be made
- Coordination among collaborating municipalities and within the hospital trust
- Secretariat to ensure transparency and efficient processes

## National facilitation

- Relevant guidance
- Better management info
- Better forecasting tools
- Indicate space for local flexibility



## Measures benefitting all patients

- Better ICT systems
- Better admission and discharge processes
- Methodology-based patient pathways
- Reciprocal consultation/ decision-making support

## Patients with severe mental illness and substance use disorders



## Children and young people



Frail elderly people



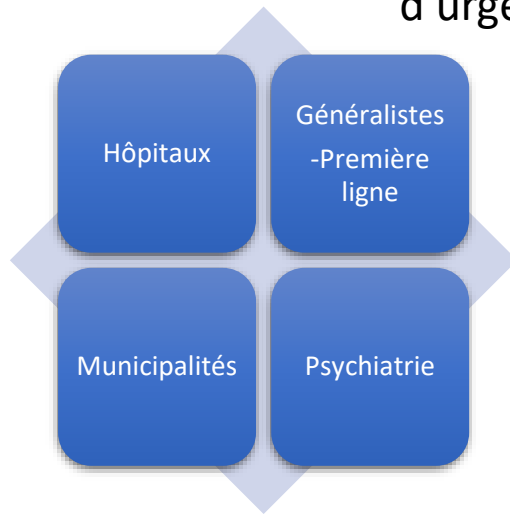
People with multiple chronic illnesses



# Le Danemark : les « Clusters de Santé »

Création de 21 « Cluster de Santé »  
(*Health Cluster, sundhedsklynger*)

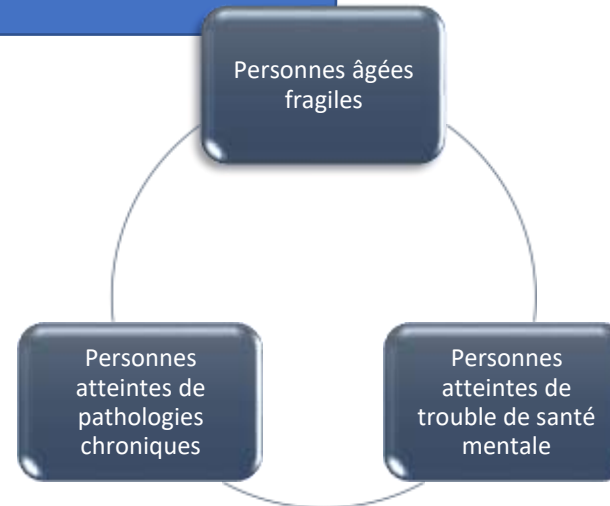
- Autour de chacun des 21 hôpitaux majeurs, disposant de services d'urgence (4-5 cluster par région)



Gouvernance stratégique unique

Comités cliniques conjoints

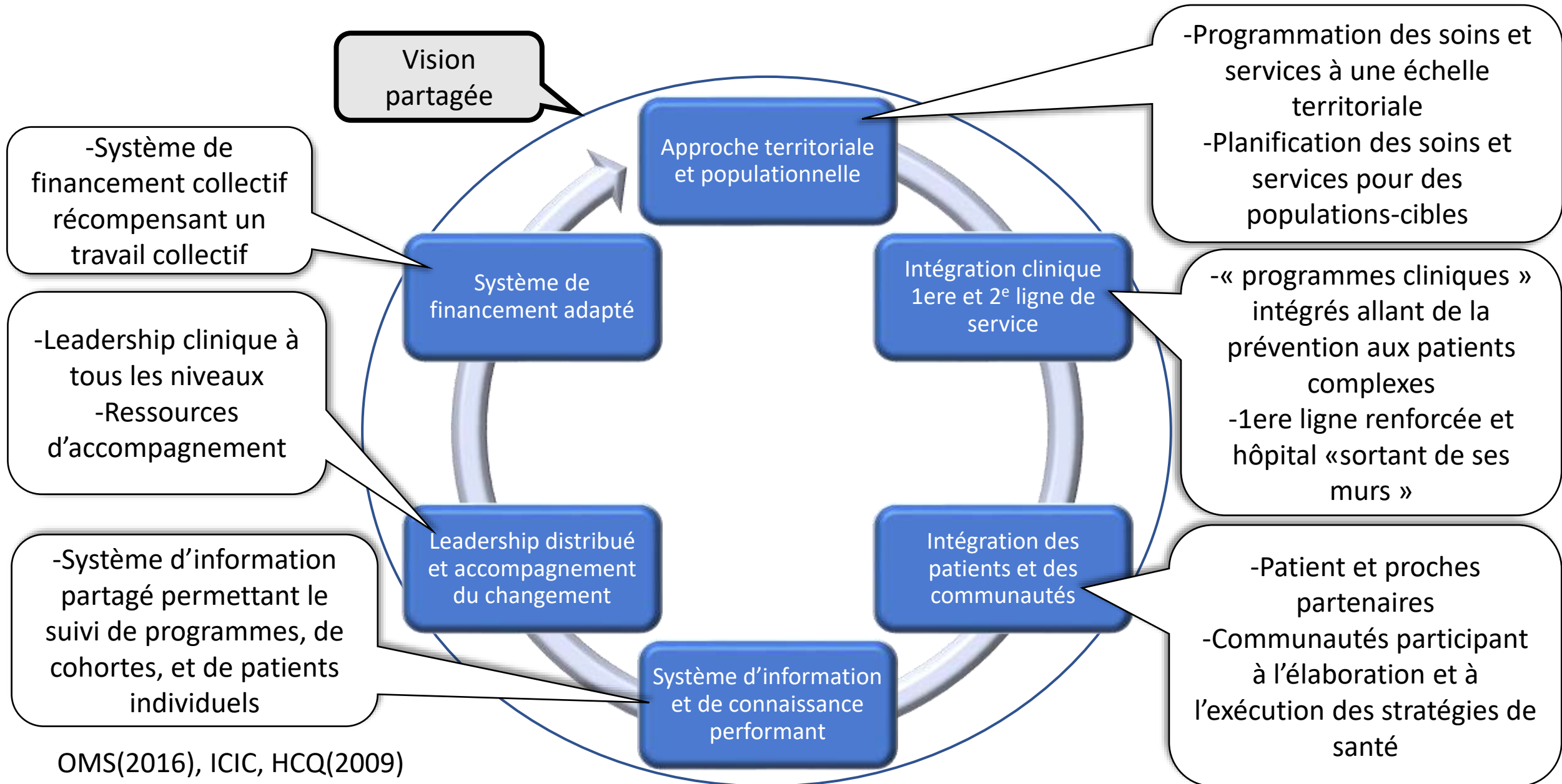
- Concevoir et déployer en commun des parcours clinique intégrés, en proximité
- Concevoir et mettre en œuvre des projets communs et des programmes de prévention communs
- Mettre en œuvre et suivre localement des priorités nationales



## Objectifs

- Renforcer davantage le suivi des pathologies chroniques en ville, dans un contexte de pénurie de MG, en mobilisant mieux les ressources hospitalières, notamment en lui permettant de se projeter hors les murs, en appui à la première ligne de services
- Remédier à la fragmentation du leadership entre régions...municipalités et médecins généralistes qui sont des professionnels libéraux organisés dans une convention nationale déléguée aux régions

# Les dimensions structurantes des systèmes de santé intégrés



# Retour en France....

- La France doit engager le mouvement vers un système de santé *territorialisé, intégré et orienté vers le maintien en santé*
- Compte-tenu de l'extrême éclatement du système, un *principe unificateur* est nécessaire
- Qu'est-ce qui réunit tous les acteurs de santé, au delà de leur statut, de leur lieu d'exercice, de leur profession ?
- C'est la part qu'ils ont à jouer dans le maintien en santé d'une personne et d'une population, dans un système interdépendant
- Donc....
  - La Responsabilité populationnelle
  - Mais que fait-on ensuite ?



## Le « GPRP »

En janvier 2018, mise sur pied d'un groupe de 5 GHT « pionnier », au départ pour échanger sur des bonnes pratiques (Aube, Cornouaille, Deux-Sèvres, Douaisis, Haute-Saône)

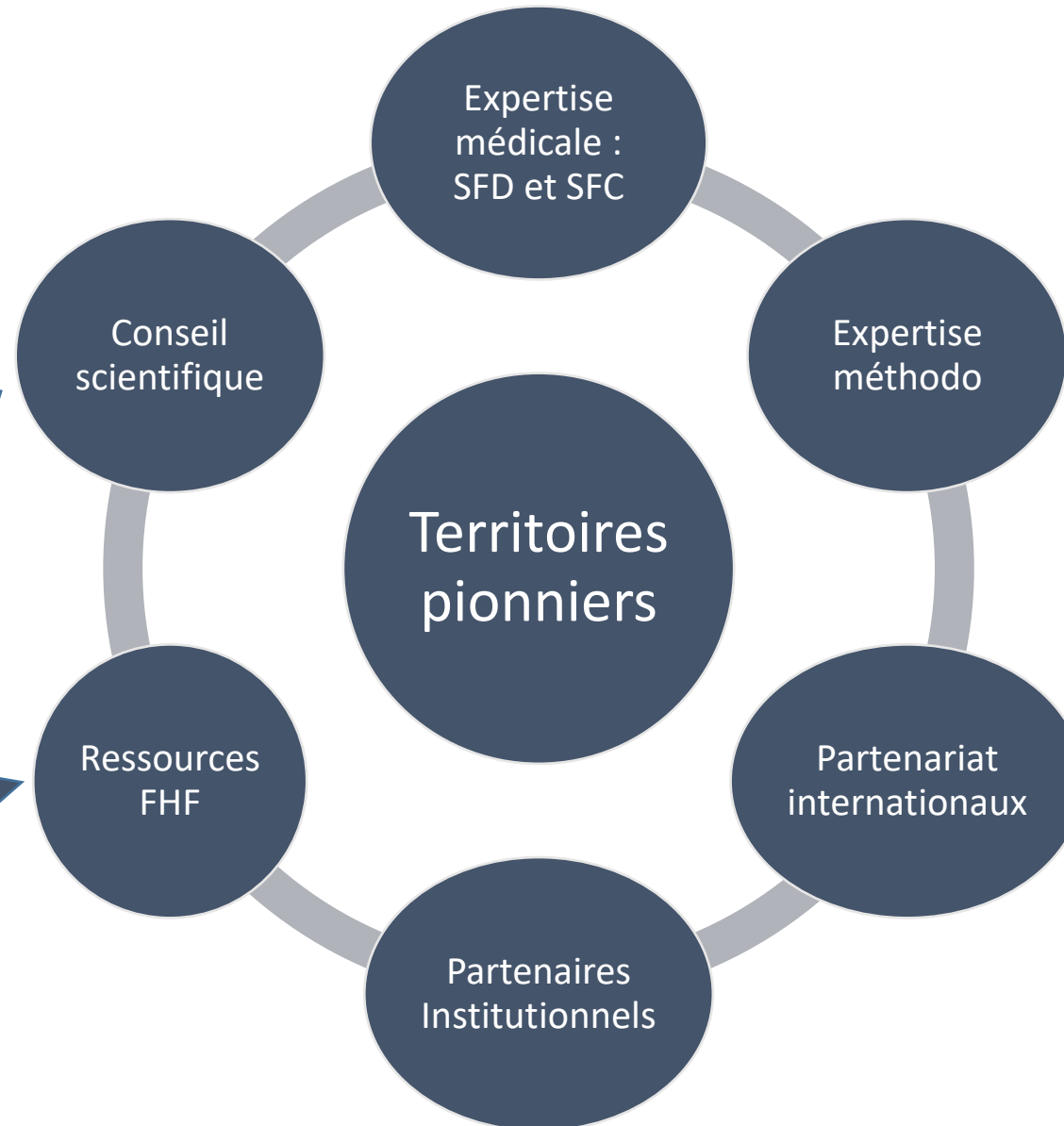
Puis, décision d'utiliser ce groupe pour développer et tester un modèle d'intégration clinique de type RP

# Un écosystème au service des cliniciens, en 2018-2019

Jean-Louis Denis, FCAHS, MRSC  
Titulaire, Chaire de recherche du Canada - Design et adaptation des systèmes de santé  
Katharina Janus, Center for Healthcare Management, Columbia University  
Etienne Minvielle, MD, PhD, i3-Centre de Recherche en Gestion, Ecole Polytechnique, CNRS  
Jean-Claude Moisson, CGS, Ecole Polytechnique  
Philippe Michel, PUPH, HCL  
Claude Sicotte, Université de Montréal, EHESP



1 Médecin  
1 Coordonnateur  
1 Statisticien  
1 Assistante  
« Groupe DIM »  
« Groupe SI »



Société francophone du diabète

Société Française de Cardiologie

INESSS  
LE SAVOIR PREND FORME

santhea

Geisinger

Responsabilité populationnelle  
Territoires pionniers

# 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)

**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

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



# D'abord des territoires...

- La plupart des systèmes de santé intégrés sont construits sur des modèles à trois niveaux :
- Local (bassin de vie)
- « **Territorial** » (jonction entre 1ere et 2 lignes de soins)
- « regional »
  
- Ex. NHS :
  - Neighbourhood (50 000)
  - Place (300 000)
  - System (+1M)



FHF DATA, 2019  
BMC HealthServ. 2021

- Ces territoires sont construits pour intégrer nécessairement un GHT...
- ...mais aussi pour couvrir l'ensemble de la consommation de services des résidents
- ...pour tout type d'établissement, sur tous les champs (MCO, HAD, SSR, Psy)

# IDENTIFIER DES POPULATIONS (2021)

TERRITOIRE	POPULATION DU TERRITOIRE	INSUFFISANCE CARDIAQUE	A risque	DIABETE Type 2	A risque
AUBE-SEZANNAIS	314 590	4 808	45 968	10 168	80 225
CORNOUAILLE	297 219	5 261	49 400	7 866	93 305
DEUX-SEVRES	363 167	6 395	51 745	11 888	102 011
DOUAISIS	219 016	3 421	36 198	7 991	55 551
HAUTE-SAONE	171 288	3 690	26 621	6 099	50 638
	<b>1 365 280</b>	<b>23 575</b>	<b>209 932</b>	<b>44 012</b>	<b>381 730</b>
<i>France</i>		<b>1 079 011</b>	<b>9 455 081</b>	<b>2 015 495</b>	<b>17 396 327</b>

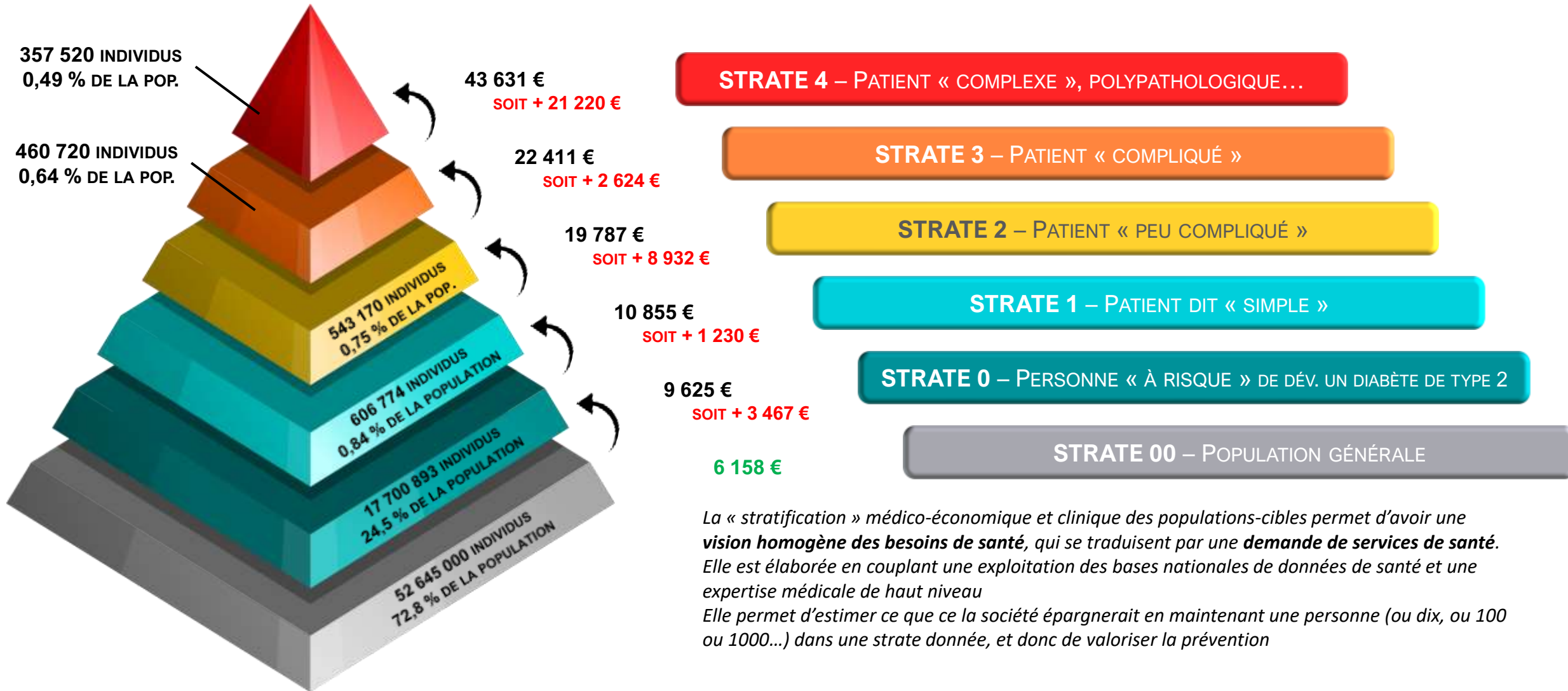
- On s'intéresse à des **résidents** du territoire, qu'ils fréquentent ou non l'hôpital public de ce territoire ≠ fille active
- On intègre tout type d'établissement
- On couvre tous les champs (MCO, Psy, HAD, SSR)
- Méthodologie FHF Data/Dim des cinq territoires
- On trouve entre 65% et 78% des personnes en ALD diabète, et entre +100% et +205% d'insuffisants cardiaques...

\*Attention : données issues du PMSI/méthodologie ©

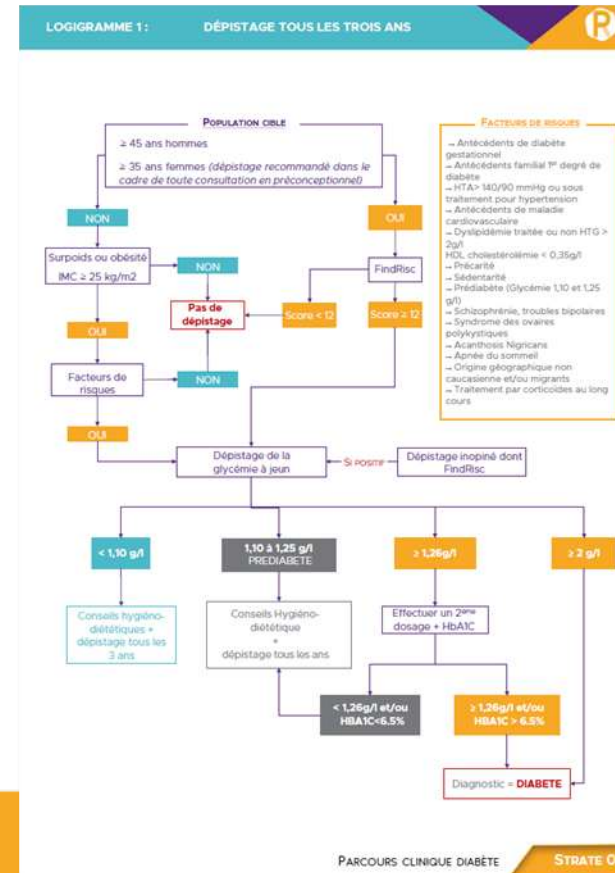
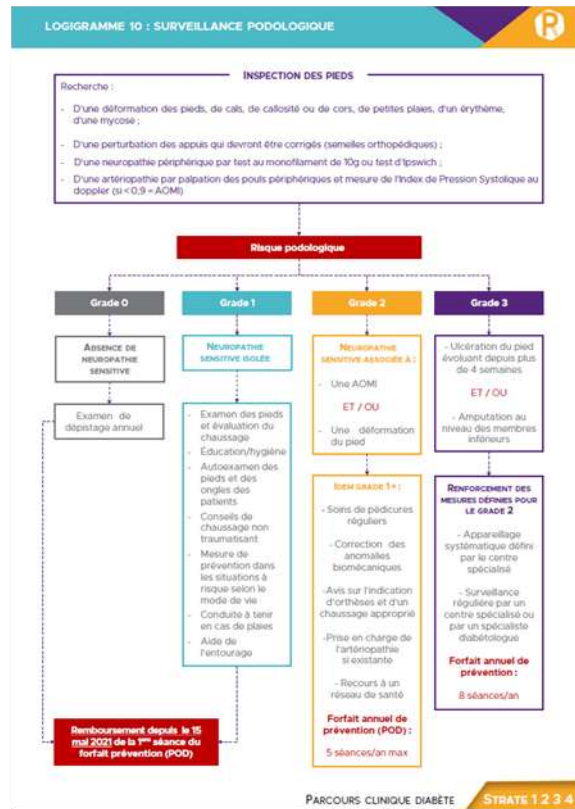


# Connaitre les besoins...

## STRATIFICATION MÉDICO-ÉCONOMIQUE DE LA POPULATION DIABÉTIQUE DE TYPE 2, PARCELLE FRANCE COÛT MOYEN / INDIVIDUS SUR 5 ANS (PÉRIODE 2019-2024)



# Savoir quoi faire ...

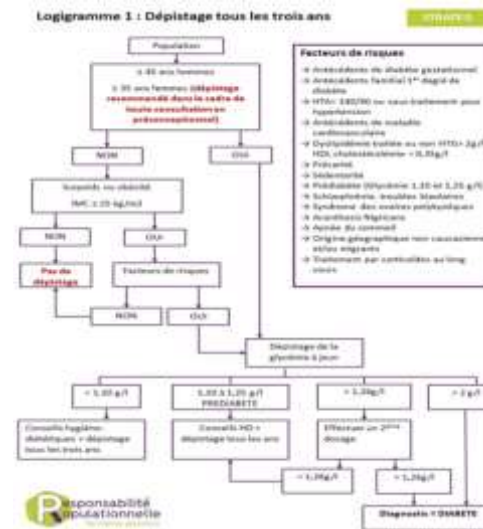
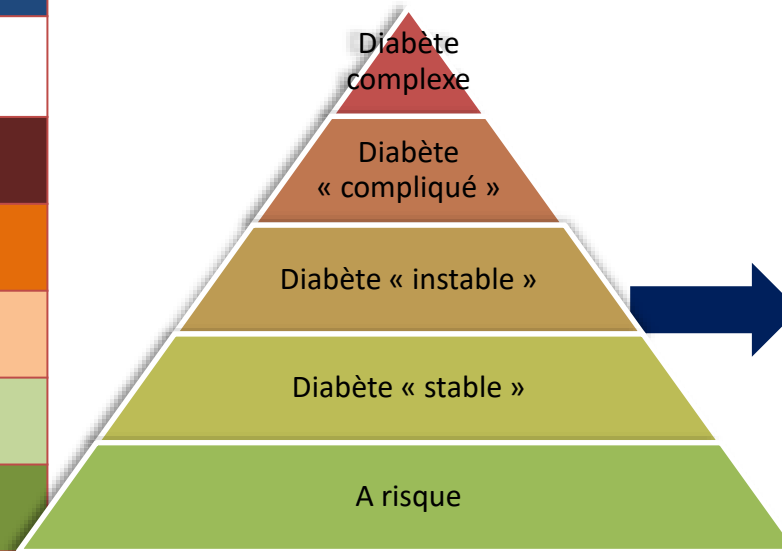


**Objectif :**  
*rendre le plus facile possible l'exécution des standards par le plus grand nombre de personnes possible*



# DE LA STRATIFICATION...AUX PARCOURS DE SANTE TERRITORIAUX

Aube-Sézannais (Pop. 315 903)	
Strate	Résidents
4	1 760
3	2 094
2	2 995
1	3 392
A risque	78 279



- A chaque strate de la pyramide correspond un **profil clinique**
- A chaque profil correspond un ou plusieurs **logigrammes de prise en charge**
- La pyramide permet de lier un profil de personne avec les actions appropriées
- L'ensemble permet aux acteurs de construire des **parcours adaptés**

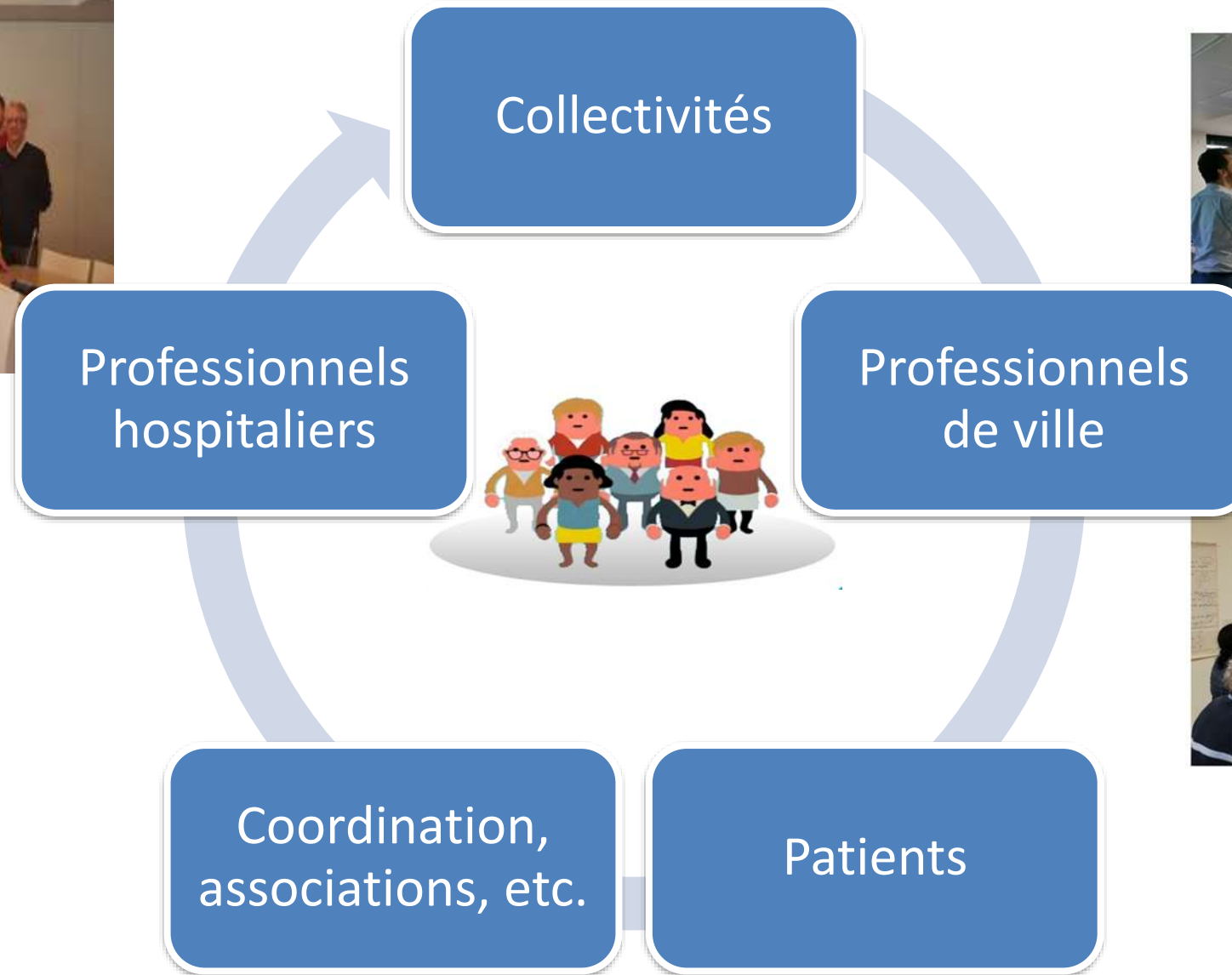


# Construire un programme clinique : la méthode COMPAS + !!



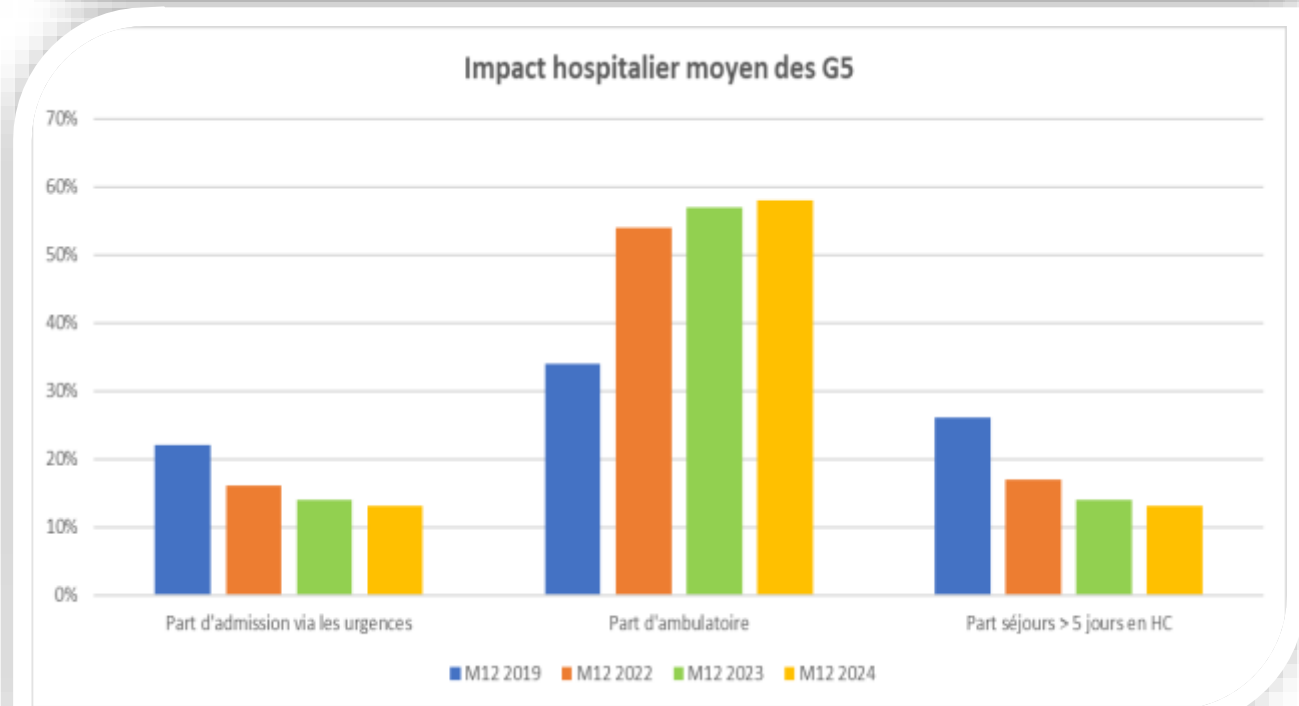
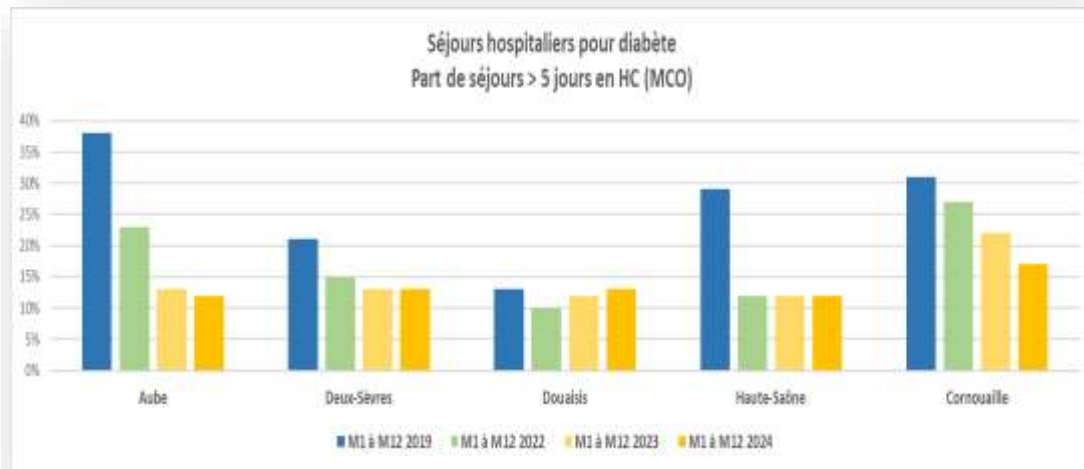
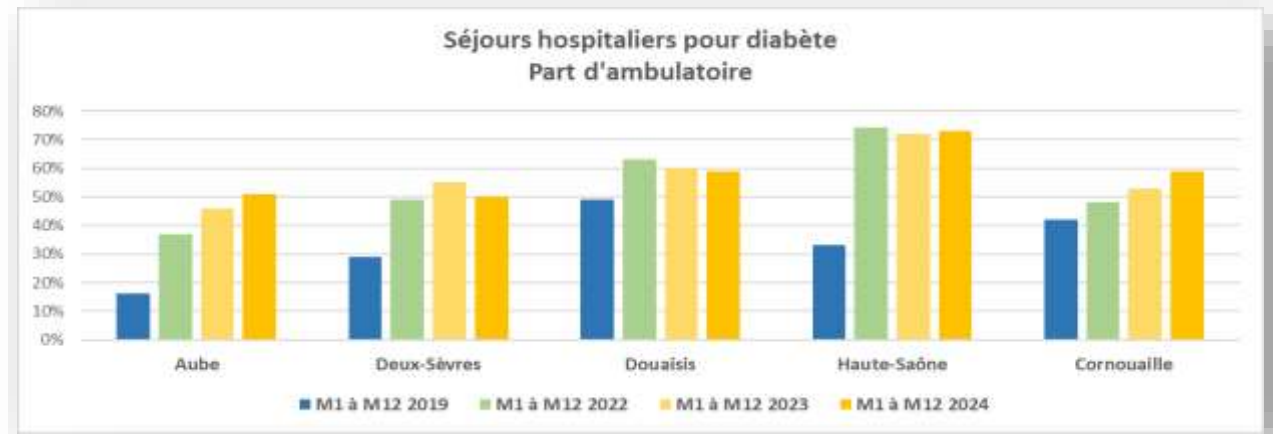
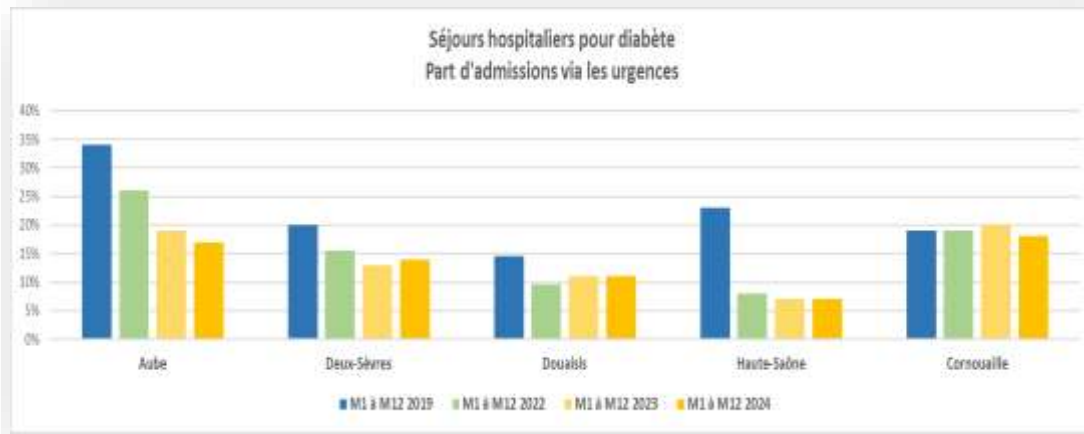
-Janvier 2019 :  
Formation de 20 PS  
à la méthode  
d'animation  
COMPAS+ de l'INESS

-A partir de juin  
2019 : Réunions  
cliniques dans les  
Territoires





# Des impacts tangibles et convergents

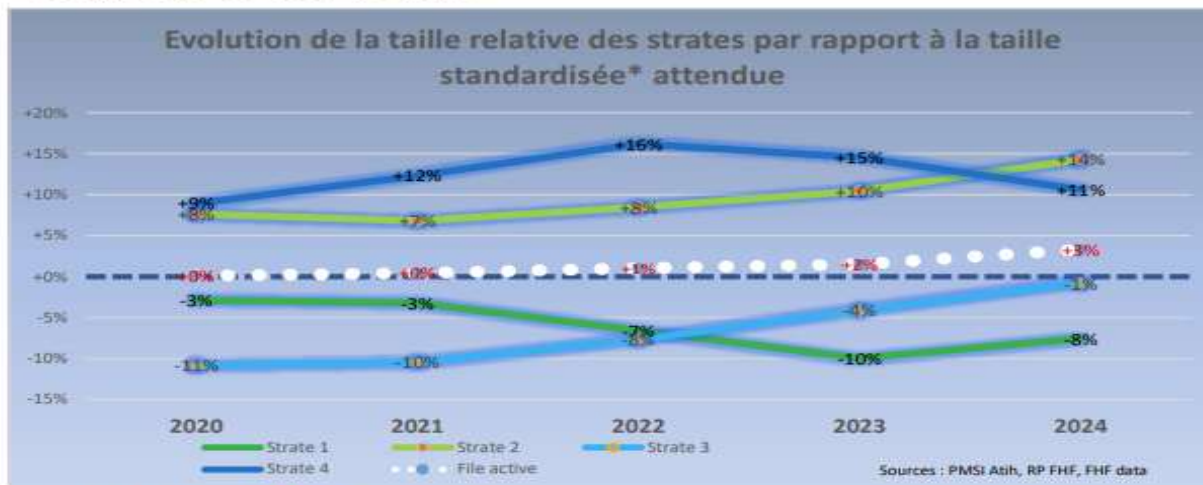


Sources ATIH, FHF DATA 2025

# Indicateurs d'impact annuels pour le DT2

## Parcelle 27211 - Haute-Saone

### Taille de la file active

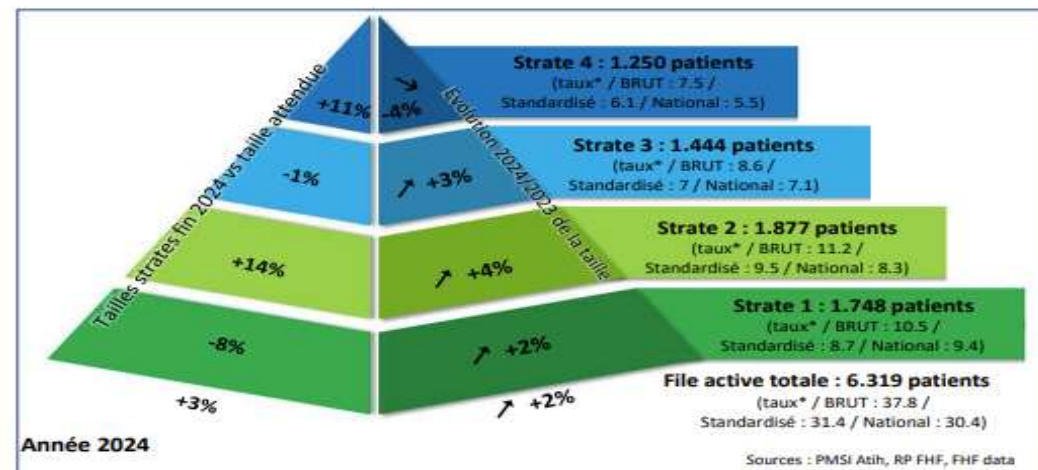


\*standardisation par sexe et âge, sources RGP INSEE.

Ex de lecture : la strate 1 de la file active locale est d'une taille standardisée moins importante de -3% par rapport aux données standards nationales en 2020. En 2024, la différence entre la taille observée et attendue est de -8%.



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



\*taux pour 1.000 habitants



\*coût BR AM tous séjours d'hospitalisation dans l'année (toutes causes)

# Les acquis des Territoires Pionniers

- Le modèle fonctionne...
- Il est construit pour être reproductible : kit « d'accueil »
- L'expérience des Territoires Pionniers a permis d'apprendre....
- ...de développer de la méthodologie



- Et de **mutualiser un savoir-faire** opérationnel et des outils



# L'extension de la « RP »

- Entre juillet et septembre 2023
- Trois nouveaux Territoires
  - Alpes du Sud (Insuffisance cardiaque)
  - Hôpitaux Nord Franche Comté (Insuffisance cardiaque)
  - Sud-Lorraine (Diabète de Type 2)
- Un premier Territoire « CHRU »
- Des enjeux liés à la **stratégie territoriale** (Grande métropole dans un grand territoire)
- Utilisation de la méthodologie pour structurer la conduite de la démarche et les réunions cliniques
- Formation à la conduite des réunions cliniques en novembre 2023



L'HÔPITAL  
Nord Franche-Comté



# Ce que l'on constate

- La structuration est plus rapide et plus robuste
  - En termes **d'équipe-projet**
  - En termes **d'organisation territoriale** (intégration d'emblée des CPTS, DAC, CLS, ARS, CPAM, patients, forces vives)
  - En termes de **participants** aux réunions cliniques
- Le « rythme » est *très* rapide
  - Les **trois territoires** ont terminé leurs réunions cliniques et leur programme d'action à la fin du mois (soit +/-6 mois de travail)
  - Les **programmes sont extrêmement complets** (de la prévention primaire aux patients complexes, en couvrant toutes les facettes des parcours de santé et un important travail sur les déterminants de santé)
  - Le **caractère opérationnel** de ces programmes est très abouti (fiches projets, responsables d'action, calendriers, etc.)
  - Des **stratégies territoriales** abouties
- Un début de soutien institutionnel
  - Soutien et financement de projet par ARS PACA, ARS BFC, ARS GE et ARS Bretagne



Programme d'actions

ACTION : CRÉER UNE ETP INSUFFISANCE CARDIAQUE EN INTRA-HOSPITALIER AU SENS DE L'INFC	
Intervenant	Finaliser le programme d'ETP au HDU et définir les besoins humains, organisationnels et matériels. Mettre à jour le programme d'ETP IC Formaliser l'organisation et identifier les besoins en personnels
Objectif	Finaliser le programme d'ETP à l'ARS Inclure l'accompagnement thérapeutique dans le projet d'ETP et réfléchir à sa place en milieu hospitalier Développer des ateliers spécifiques pour l'entourage et les aidants - accompagnement, suivi - soutien psychologique
Calendrier	6 mois - 1 an (jusqu'au début 2024)
Public cible	Patients IC entre 1 à 4 et aidants
Plan de l'action	Dr Dumont, UTEP, Mère-Jeanne, Mme Marie-Aurore (ARV) Cath et les cardiologues / Dr Ramirez / Dr Clément-Cyprien (ETP en HDU)
Responsable(s) de l'action	Dr Dumont
Acteurs associés	ARS - Marnus Degroote / Direction des soins / HDU / Service des consultations / Assistance sociale / Association des patients / Délégation Technologique / Psychologue
Indicateurs	Nombre de patients hospitalisés / nombre et nature des aidants



# Construire sur les acquis pour le bénéfice des patients et professionnels



Formations à la méthodologie :

Paris (11-11-23)

Orleans (4-10-24), Rennes (13-9-24)

Paris (8-1-25), Stasbourg (5-5-25), Aix  
(1-7-2025)

# Dans les prochains mois

- Gouvernance
  - Discussion avec les « forces vives » nationales (fédération des CPTS, URPS, etc.) pour aboutir à un co-portage du modèle
  - Elaboration de « Feuilles de routes » avec certaines ARS pour qu'elles pilotent le modèle
  - Elaboration de conventions régionales entre Fédérations régionales et « forces vives » régionales pour co-porter le modèle
- Opérations
  - Mise sur pied et renforcement de réseaux régionaux pour soutenir les Territoires engagés
  - Ouverture d'un chantier avec les autorités autour des systèmes d'information
  - Discussions avec les autorités pour un cadrage national
- Méthodo et R&D
  - Développement du modèle pour les personnes âgées
  - Développement des indicateurs d'impact pour l'IC
  - Mise à jour des standards pour le Diabète et l'IC
  - Développement et déploiements d'outils prédictifs
  - Développement d'un questionnaire « d'expérience-patient »



# Forces, faiblesses, opportunités, menaces



« Un modèle de soins basé sur les relations s'appuie les motivations intrinsèques des professionnels (...) Se faisant, ils « produiront » plus et mieux que ce qu'il serait possible d'espérer par des incitations monétaires ou institutionnelles ».

Pr. Katharina JANUS, 2025

- Bonne façon de transformer un système
- « Valeur » exceptionnelle
- Capacité démontrée à passer à l'échelle

- Programme manifestation sous-dimensionné
- Systèmes d'information pas au niveau
- Les institutions doivent suivre la pratique...

- Modèle attractif pour les professionnels
- Changement du « discours » sur le système de santé : nécessité de travailler ensemble et de s'orienter vers la prévention

- Où est le Ministère ?
- La logique même du modèle bouscule les équilibres établis et les schémas mentaux des autorités
- L'infrastructure « RP » n'est pas capable de répondre à la demande
- Course contre la montre....



## En conclusion

1. **Il n'y a rien de plus pratique qu'une bonne théorie...** la recherche sur les SCA imbibe tout le modèle, tout comme l'ontologie réaliste critique, les travaux de Roy, Denis, Breton, les 18 mois de développement...
2. On tente souvent de transformer un système de santé par des aspects « périphériques » : structures, financement, etc. alors qu'**il faut travailler sur le cœur de métier** : ce qui est fait (ou pas) avec et pour les patients par les professionnels, puis ce qu'il est nécessaire d'avoir pour leur permettre de bien travailler
3. Il y a un **bon équilibre à trouver entre un modèle réellement systémique et l'autonomie nécessaire** à chacun –donc les approches SCA sont très utiles
4. En revanche, **il est complexe de transformer cela en politique publique**, c'est quelque chose qui est presque incompréhensible pour les fonctionnaires
5. Un tel modèle implique de « **mélanger** » les **savoirs**, qu'ils soient professionnels, scientifiques, expérientiels, donc une approche difficile à saisir pour les autorités, en France à tout le moins...Et cela implique aussi de lâcher prise.
6. Cela implique aussi de **dépasser le cynisme** qui imprègne toute la politique de santé, et qui suppose que tous ses acteurs sont mus par des motivations égoïstes et l'ambition forcenée de maximiser leurs gains financiers.
7. L'expérience de la RP en France montre empiriquement que les choses ne fonctionnent pas comme ça : **un modèle qui s'appuie sur le cœur de métier et les motivations produit plus** qu'un dispositif mal pensé mais bien payé...
8. ...même si cela implique, pour certains, de ne pas compléter leur doctorat

