



Reproduction sur d'autres sites interdite, mais lien vers le document autorisé

Incitation à une prise en charge partagée (Ipep)
et Responsabilité populationnelle (RP) :
la difficile articulation
de deux expérimentations visant
à promouvoir des actions de santé coordonnées

**Enquête de terrain
sur la mise en œuvre de l'expérimentation Ipep
dans cinq groupements hospitaliers de territoire (GHT)**

Isabelle Bourgeois

(Irdes, Icône médiation santé, Université Paris Dauphine PSL)

3
Études de cas

LES RAPPORTS DE L'IRDES

n° 604 • juillet 2026



INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ
21, rue des Ardennes 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 21 •
www.irdes.fr • E-mail : publications@irdes.fr

Directeur de publication/Director of publication : Denis Raynaud • **Éditrice/Editor** : Anna Marek •

Mise en pages/Document lay-out : Franck-Séverin Clérembault, Damien Le Torrrec •

Diffusion/Diffusion : Rouguiyatou Ndoye • **Imprimeur** : Addax imprimerie (93514) •

Dépôt légal : Juillet 2026 • **ISBN** : 978-2-87812-666-2 (papier), 978-2-87812-667-9 (PDF)

ISSN : 2263-5416

Incitation à une prise en charge partagée (Ipep)
et Responsabilité populationnelle (RP) :
la difficile articulation
de deux expérimentations visant
à promouvoir des actions de santé coordonnées

Enquête de terrain
sur la mise en œuvre de l'expérimentation Ipep
dans cinq groupements hospitaliers de territoire (GHT)

Isabelle Bourgeois

(Irdes, Icône médiation santé, Université Paris Dauphine PSL)

Études de cas

Remerciements

Mes remerciements vont à l'ensemble des acteurs de l'expérimentation Incitation à une prise en charge partagée (Ipep), qui ont consacré du temps à cette enquête de terrain en acceptant de réaliser un (voire deux ou même trois !) entretiens, aussi bien les membres de l'équipe nationale projet Ipep, que les porteurs des projets soutenus par la Fédération hospitalière de France (FHF) et leurs représentants. Un remerciement spécial est adressé à l'ensemble des 17 professionnels du « territoire pionnier » n°2, et tout particulièrement à la chargée de mission du projet étudié.

L'ensemble des membres de l'équipe de l'Irdes engagés dans le programme Evaluation de rémunérations alternatives à l'acte (Era2) a pu observer les réunions de suivi des équipes expérimentatrices dans le cadre d'Ipep, et tout particulièrement des points de suivi de l'année 2021, ce qui a grandement facilité la compréhension des enjeux sous-jacents. Nos remerciements vont à toutes les parties prenantes de ces expérimentations, pour leur accueil au cours des échanges qui ont eu lieu entre 2019 et 2024.

Enfin, je remercie chaleureusement Julien Mousquès qui a piloté le programme Era2, et l'équipe de l'Irdes qui m'a confié cette partie du travail de recherche évaluative. Mes analyses se sont nourries des nombreux échanges avec mes collègues sociologues, Cécile Fournier, Noémie Morize, Julia Legrand, Laure Pitti et Vincent Schlegel : relectures croisées et partages d'observations, mise en commun de notes de recherche et d'analyses sociologiques au fil de l'eau, permettant un travail collectif foisonnant et riche. Ce travail a été grandement soutenu par l'implication de Noémie Morize dans le cadre de son travail de thèse et en complément de celui-ci. Je remercie également mes collègues économistes, géographes et gestionnaires de bases de données et d'enquêtes, avec qui les échanges sont toujours fructueux : Damien Bricard, Matthieu Cassou, Guillaume Chevillard, Fabien Daniel, Carine Franc, Stéphanie Guillaume, Véronique Lucas-Gabrielli et Julien Mousquès.

Un merci tout spécial à Cécile Fournier qui a réalisé le travail délicat de coordination d'une équipe de sociologues investis, chacun et chacune, seuls ou en binôme, sur des parties déterminées de l'enquête de terrain.

Toute erreur ou omission relève de la seule responsabilité de l'autrice.

Sommaire

Remerciements	2
Avant-propos	5
1. Introduction	7
2. L'expérimentation Ipep, une source de financement pour une autre expérimentation portée par la Fédération hospitalière de France (FHF)	11
2.1. La FHF, une fédération professionnelle nationale qui entend contribuer à (re)définir la manière d'élaborer des politiques publiques en France	11
2.2. L'expérimentation Responsabilité populationnelle (RP), une démarche qui pourrait contribuer à accélérer les transformations de l'hôpital	12
2.3. Ipep et RP, des sources d'inspiration voisines, des calendriers similaires et des intérêts réciproques bien compris	13
3. Deux expérimentations qui se côtoient sans dialoguer, deux modèles différents	17
3.1. Des effectifs de population calculés selon deux méthodes différentes	17
3.2. Une adaptation des règles du jeu Ipep pour la FHF, une proposition à sens unique	19
3.3. Des porteurs de projet FHF engagés prioritairement dans l'expérimentation Responsabilité populationnelle au niveau du territoire du GHT	22
4. L'initiation ou la poursuite d'une démarche de santé publique locale	25
4.1. Une démarche pionnière structurée par les processus expérimentaux Ipep et RP	25
4.2. Une démarche locale qui s'insère dans les dispositifs locaux déjà existants	27
4.3. Une démarche locale qui s'appuie sur la proximité géographique des acteurs	28
4.4. Une démarche locale qui se nourrit des multi-positions et de la circulation des acteurs sur le territoire	30
4.5. Un processus long, qui ne se limite pas à un travail de « tricotage » territorial, et nécessite également une transformation du secteur hospitalier	32
5. Le rôle central des infirmières, une profession en pleine évolution	35
5.1. Des infirmières engagées dans une activité d'organisation, assimilée à un travail administratif	35
5.2. Des infirmières engagées auprès des patients dans la coordination de leurs parcours, le dépistage ou l'éducation thérapeutique	36
5.3. Des fonctions liées aux trajectoires professionnelles des infirmières et aux spécificités des territoires	36
6. Conclusion	39
7. Bibliographie	43

Ipep et RP : la difficile articulation de deux expérimentations

Sommaire

Irdes - Juillet 2026

Avant-propos

Une étude de cas inscrite dans l'évaluation d'une expérimentation nationale

Le ministère de la Santé a défini un dispositif, dans le cadre de l'article 51 créé en 2017 par la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2018, qui offre la possibilité de mettre en œuvre des expérimentations dérogatoires aux règles tarifaires de droit commun pour une période maximale de cinq ans. L'enjeu est de faire émerger des organisations innovantes dans les secteurs sanitaire et médico-social, avec pour objectif de « concourir à l'amélioration et à la prise en charge du parcours des patients, de l'efficacité du système de santé et de l'accès aux soins¹ ».

Différents types d'expérimentation sont prévus : d'une part, des expérimentations dites ministérielles, menées par le ministère de la Santé ou l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et, d'autre part, des expérimentations dites à l'initiative des acteurs de terrain, pilotées par les agences régionales de santé (ARS).

Dans le contexte de ce dispositif de l'article 51, le ministère des Solidarités et de la Santé (Direction de la Sécurité sociale (DSS), Direction générale de l'offre de soins (DGOS)) et la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam) avaient conjointement, dès le printemps 2018, lancé trois appels à manifestation d'intérêt (AMI) pour soutenir trois expérimentations à l'échelle nationale : « Incitation à une prise en charge partagée » (Ipep), « Paiement en équipe de professionnels de santé en ville » (Peps) et « Paiement à l'épisode de soins » (EDS). L'évaluation de l'expérimentation Ipep a été confiée à l'Irdes, qui a été chargé de constituer une équipe d'évaluation en collaboration avec des partenaires académiques.

L'expérimentation Ipep teste un nouveau modèle de financement collectif qui vise à inciter les acteurs de santé exerçant dans différents secteurs à se coordonner autour d'un projet commun, pour améliorer la prise

¹ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/evaluation-des-experimentations-dinnovation-en-sante-article-51>

en charge de la santé d'une population à l'échelle d'un territoire. Elle a rassemblé une trentaine de projets aux caractéristiques différentes : 16 projets Ipep sont portés exclusivement par des groupements libéraux (maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), dix projets par des entités hospitalières, dont l'un est mixte (CPTS-hôpital), et trois projets par des centres de santé (CDS) [Afrite *et al.*, 2025²].

Le travail développé dans ce présent rapport s'ancre dans le volet sociologique du programme « Évaluation de rémunérations alternatives à l'acte » (Era2) lié au cadre de l'article 51, un programme d'évaluation financé par l'Assurance maladie et mis en œuvre par l'Irdes. Ce volet vise à évaluer les conditions, les effets et les usages de l'introduction d'alternatives au paiement à l'acte, tant sur l'organisation des soins primaires en France que sur les pratiques des professionnels.

L'histoire de l'émergence de l'expérimentation Ipep au niveau national (Morize *et al.*, 2021) et l'organisation de l'accompagnement de sa mise en place à l'échelon régional (Bourgeois *et al.*, 2021) ont été analysées précédemment. Les premiers résultats concernant l'ensemble des structures expérimentatrices ont été développés dans un rapport de recherche (Afrite *et al.*, 2025)³, et des publications de synthèses ont porté spécifiquement sur la mise en œuvre de l'expérimentation par des porteurs de projet libéraux au sein de maisons de santé pluriprofessionnelles (Schlegel, 2022 ; Morize et Schlegel, 2023).

Le présent rapport décrit la mise en œuvre de l'expérimentation Ipep par cinq groupements hospitaliers de territoire (GHT), qui avaient pour particularité d'être tous engagés en parallèle dans une autre expérimentation dénommée « Responsabilité populationnelle » (RP). Cette dernière, promue et organisée par la Fédération hospitalière de France (FHF) sur un calendrier assez similaire à celui de l'expérimentation Ipep, visait à implanter un modèle organisationnel de coopération territoriale entre des acteurs hospitaliers et extrahospitaliers.

Ce travail s'inscrit dans le cadre de l'évaluation de l'expérimentation Ipep menée par l'Irdes, et ne vise pas à évaluer l'expérimentation RP de la FHF.

² <https://www.irdes.fr/recherche/2025/rapport-594-evaluation-de-remunerations-alternatives-a-l-acte-era2.html>

³ <https://www.irdes.fr/recherche/enquetes/era2-evaluation-d-experimentations-article-51-de-remuneration-alternative-a-l-acte/actualites.html>

1. Introduction

Ipep : une expérimentation visant à améliorer la coopération entre les professionnels de santé d'un territoire

L'objectif de l'expérimentation nationale Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) est « d'inciter à la coopération et à la coordination entre des professionnels de santé et entre des structures qui s'unissent volontairement au sein d'un groupement, afin de définir des actions à mettre en œuvre au service de leur patientèle, sur un territoire. Elles cherchent notamment à améliorer l'accès aux soins, la coordination des prises en charge – en particulier ville-hôpital –, la pertinence des prescriptions médicamenteuses, ainsi que la prévention. Selon les résultats des différents indicateurs et sur la base des gains d'efficacité générés, les groupements sont susceptibles de recevoir un intéressement financier. Cet intéressement ne se substitue pas au paiement à l'acte ni aux autres rémunérations de droit commun et laisse les groupements libres dans l'utilisation des financements reçus » (Afrite *et al.*, 2025).

L'expérimentation Ipep a été co-construite entre 2017 et 2019 par des représentants des pouvoirs publics (ministère de la Santé et Assurance maladie) qui menaient une réflexion depuis plusieurs années sur le financement du système de santé avec des porteurs de projets professionnels exerçant au sein de structures de soins engagées de longue date dans de nouvelles organisations du travail, sous le regard de chercheurs de l'Irdes (Morize *et al.*, 2021 ; Morize, 2024).

Une évaluation à visée formative et compréhensive

Le programme d'évaluation construit par l'Irdes s'est inscrit dans la suite de ces collaborations et s'est appuyé sur des échanges réguliers avec des représentants des pouvoirs publics et des porteurs de projets locaux, pour proposer une démarche à la fois formative – c'est-à-dire prenant en compte les enjeux pour les différents acteurs, le caractère expérimental de la démarche et sa construction progressive – et compréhensive, s'appliquant à partir du point de vue des différents acteurs concernés, de leur expérience et du sens qu'ils donnent à leurs pratiques, tout en étudiant les liens entre les composantes de l'expérimentation et leurs effets (Afrite *et al.*, 2025).

Dans ce programme de recherche évaluative articulant plusieurs approches disciplinaires (sociologie, géographie et économie), l'approche sociologique mobilisée ici avait, plus particulièrement, les objectifs suivants : appréhender les enjeux auxquels répondaient les projets proposés et les contextes dans lesquels les structures étudiées évoluaient ; identifier les modes d'engagement des acteurs, leurs interactions et leurs usages des dispositifs ; décrire les pratiques professionnelles, les organisations et leur fonctionnement, ainsi que les transformations à l'œuvre ; et, enfin, comprendre les processus en jeu susceptibles de conduire à des transformations, ainsi que leurs effets perçus.

Un focus sur certains groupements hospitaliers participant à l'expérimentation Ipep

Parmi les dix groupements hospitaliers participant à l'expérimentation Ipep, très divers dans leur histoire, leurs objectifs et leur organisation, il a été choisi de mener une étude approfondie auprès des groupements partageant certaines propriétés : les cinq groupements hospitaliers sélectionnés avaient pour particularité de tous appartenir à la Fédération hospitalière de France (FHF), – dont un interlocuteur unique supervisait d'ailleurs les candidatures à l'expérimentation Ipep –, et d'être engagés en parallèle dans une autre expérimentation nationale, dénommée « Responsabilité populationnelle » (RP).

Comme Ipep, l'expérimentation RP ambitionnait de renforcer les dynamiques de coordination entre le secteur de la ville et de l'hôpital. L'hypothèse qui sous-tend ces deux expérimentations est qu'une meilleure coordination permet à la fois d'améliorer la qualité des soins, mais aussi de mieux répartir les efforts financiers en favorisant la prévention des maladies et en organisant différemment les soins, entre secteurs ou professions. Cependant, les deux expérimentations diffèrent dans leur organisation :

- L'expérimentation Ipep consiste à proposer aux groupements une rémunération incitative complémentaire aux financements existants. Cette rémunération est conditionnée à l'atteinte de certains objectifs, déclinés à travers des indicateurs de qualité et de performance économique. L'expérimentation laisse aux groupements la liberté d'inventer l'organisation leur permettant d'atteindre les critères attachés au versement des financements.
- L'expérimentation RP a, pour sa part, élaboré un modèle d'organisation s'appuyant sur une équipe hospitalière qui réunit d'autres acteurs du territoire impliqués dans la prise en charge des patients, et déploie des processus de prise en charge préétablis, en les adaptant aux caractéristiques de l'offre disponible localement sur chaque territoire.

L'expérimentation Ipep laisse ainsi toute liberté d'organisation aux professionnels de santé de ville et hospitaliers, et se concentre sur l'expérimentation d'un modèle économique susceptible de faciliter l'atteinte de ces résultats, alors que l'expérimentation RP se fonde avant tout sur des processus organisationnels initiés depuis l'hôpital, et cherche les financements nécessaires à leur mise en œuvre.

Questions de recherche

Cette configuration rendait l'étude des groupements hospitaliers portés par la FHF particulièrement intéressante pour étudier les conditions de l'introduction des paiements incitatifs liés à l'expérimentation Ipep dans des groupements en train de déployer un nouveau type d'organisation, et pour explorer leurs usages et leurs effets, à la fois sur l'organisation des soins et sur les pratiques des professionnels. Cette étude de cas s'attache ainsi à répondre aux questions suivantes : en quoi ces deux expérimentations se rejoignent-elles, et sur quels aspects s'éloignent-elles ? Quels sont les effets des « liaisons » et « déliaisons » observées au niveau national entre ces expérimentations sur le développement local des deux projets ?

Méthodologie et terrains d'enquête

L'enquête de terrain, qui s'est déroulée entre 2021 et 2024, prend appui sur trois types de source :

- Un *corpus* de documents, comprenant :
 - les documents liés au pilotage de l'expérimentation Ipep par l'Equipe nationale projet (ENP) comprenant des représentants du ministère et de l'Assurance maladie, en charge de la gestion de l'appel à manifestation d'intérêt (AMI) initial « Expérimentation d'une incitation à une prise en charge partagée » (Ipep) et du pilotage de l'expérimentation :

dossier de candidature des groupements, comptes rendus des points de suivi organisés par l'ENP avec les porteurs de projet entre 2019 et 2020, et comptes rendus des comités de pilotage Ipep.

- de la documentation produite par la Fédération hospitalière de France (FHF) sur l'expérimentation « Responsabilité populationnelle » (RP).
 - une revue de presse portant sur ces deux expérimentations entre 2020 et 2022.
- Des observations :
 - en 2021, nous avons assisté à quatre des cinq points de suivi organisés par l'ENP avec des porteurs de projet des « territoires pionniers »⁴ (TP), à deux réunions bilatérales entre l'ENP Ipep et des représentants nationaux de la FHF, et au Séminaire national des hospitaliers du 29 novembre 2021.
 - en 2024 : présence au Séminaire national Ipep de fin d'expérimentation organisé par l'ENP, le 24 janvier 2024.

- Des entretiens :

31 personnes ont été rencontrées au total, une ou plusieurs fois : sept au niveau national, huit avec des représentants des équipes porteuses de projets locaux, et 17 avec les représentants d'une des équipes (« territoire pionnier » n°2).

- en 2022, huit entretiens⁵ individuels ou en binômes ont été effectués en visioconférence auprès des porteurs des projets « territoires pionniers », soit onze personnes interviewées ; et un entretien auprès du porteur national⁶ du projet « Responsabilité populationnelle » et du directeur de la stratégie de la FHF. 16 entretiens ont été réalisés auprès des acteurs locaux impliqués dans la mise en œuvre du projet RP sur l'un des territoires sélectionnés par la FHF.
- en 2023 et 2024 : deux entretiens ont été réalisés avec trois représentants de l'ENP Ipep, et deux entretiens auprès du responsable de la coordination des projets RP-FHF, arrivé à la fin de l'année 2021.

Pour répondre aux questions de recherche énoncées plus haut, nous décrivons successivement l'historique de l'émergence de l'expérimentation Ipep et de l'expérimentation RP, les tentatives d'articulation des deux expérimentations, et le travail mis en œuvre localement sur des territoires de l'expérimentation RP, en partie financée par Ipep.

4 C'est ainsi que sont nommés les projets locaux portés par la Fédération hospitalière de France dans le cadre de sa propre expérimentation « Responsabilité populationnelle ». Ils sont indiqués par l'abréviation « TP » dans les extraits d'entretiens.

5 Ces entretiens portaient sur les parcours des professionnels, leur organisation du travail et les usages des expérimentations au sein des GHT et de leurs territoires.

6 Un entretien réalisé en 2020, au début de l'évaluation qualitative, a également été intégré dans notre analyse.

2. L'expérimentation Ipep, une source de financement pour une autre expérimentation portée par la Fédération hospitalière de France (FHF)

Les deux expérimentations, Ipep et RP, sont liées par un sujet commun, des sources d'inspiration proches, un calendrier similaire et des intérêts réciproques qui conduisent l'équipe pilote nationale de l'expérimentation Ipep à accepter la candidature des groupements de la FHF dans son panel de projets expérimentaux. La FHF, de son côté, avait développé en parallèle sa propre expérimentation, construite à partir de travaux antérieurs, dans le but d'accompagner les transformations de l'hôpital. En tant que fédération nationale, la FHF entendait de cette manière apporter sa contribution à l'élaboration des politiques publiques.

2.1. La FHF, une fédération professionnelle nationale qui entend contribuer à (re)définir la manière d'élaborer des politiques publiques en France

Créée en 1924, la Fédération hospitalière de France (FHF) représente les hôpitaux et établissements médico-sociaux publics. Elle se présente comme « un acteur de premier plan dans les débats publics liés à la santé [qui fait] entendre la voix des hospitaliers et [entend] avoir un impact réel sur les réflexions et les décisions de l'État » (Malone *et al.*, 2021). Qualifiée d'acteur « transpolitique » (Juven, 2016), la FHF occupe une position duale, entre la défense des intérêts des hôpitaux publics et la collaboration directe avec l'État.

Si elle ne fait pas l'unanimité auprès des syndicats professionnels hospitaliers, certains lui reprochant une trop grande proximité avec les pouvoirs publics, ses nombreuses productions nourrissent une définition de l'hôpital public qui se démarque des acteurs privés, ce qui permet à la FHF d'être écoutée des régulateurs.

L'initiative de la FHF consistant à promouvoir une expérimentation et à l'accompagner au sein de plusieurs groupements hospitaliers de territoire (GHT) s'inscrit dans ce double positionnement, à la fois de plaidoyer pour la défense de l'hôpital public et de collaboration avec l'État. Elle accompagne ainsi les transformations de l'hôpital public et entend également participer à la définition de celles-ci. Dans sa plateforme de propositions pour l'élection présidentielle de 2017, la FHF présente plusieurs priorités qui ouvrent la voie à la mise en place d'une expérimentation nommée « Responsabilité populationnelle » (RP). S'inspirant d'expériences nord-américaines, l'organisation y met en avant la nécessaire utilisation des savoirs scientifiques dans l'élaboration des politiques publiques, qui reste selon elle insuffisante en France, et crée une fonction dédiée en son sein.

« Une des conclusions à laquelle on était arrivé, c'est qu'il y avait très peu d'utilisation de savoirs scientifiques dans la conception des politiques publiques en France et encore moins dans le champ de la santé. Et donc, une des choses intéressantes

qu'on pourrait faire, ce serait de créer un poste à la FHF qui serait spécifiquement dédié à l'interaction entre la recherche et les prises de position de la fédération. »

FHF, représentant national

La création de ce poste est le reflet d'un pilotage centralisé de l'expérimentation RP déployée dans cinq GHT de taille moyenne, qui avaient déjà initié l'ouverture de leur institution à des acteurs de santé extrahospitaliers. Ces GHT précurseurs d'un processus qui touche l'ensemble des hôpitaux ont été identifiés et contactés par la FHF pour devenir des « territoires pionniers » de l'expérimentation Responsabilité populationnelle. Les porteurs de ces projets ont accueilli positivement cette initiative qui les aidait à poursuivre les transformations que certains pouvaient avoir initiées progressivement.

2.2. L'expérimentation Responsabilité populationnelle (RP), une démarche qui pourrait contribuer à accélérer les transformations de l'hôpital

Du point de vue des membres des GHT contactés pour devenir les « territoires pionniers » de l'expérimentation RP, l'initiative de la FHF arrivait à point nommé pour mettre en œuvre les incitations du législateur à améliorer l'ancrage des hôpitaux sur leur territoire, résolvant ainsi des problèmes très concrets liés aux cloisonnements souvent rapportés entre les différents opérateurs de santé sur un territoire :

« [D]e manière concrète au quotidien, [...] l'absence de collaboration [...] entre les acteurs posait souci sur l'adressage des patients, sur un recours de plus en plus fréquent aux urgences. Et puis dans l'autre sens, sur des sorties d'hospitalisation qui se faisaient dans des conditions qui étaient le terrain, même pour qu'il y ait une ré-hospitalisation rapide derrière. Parce que ce n'était pas assez préparé, mais en même temps il y avait une telle pression sur la nécessité de libérer des lits qu'il y avait peu de chance de pouvoir faire autrement. [...] On était totalement hospitalo-centré, c'est-à-dire que quand on imaginait le développement d'une nouvelle spécialité, on ne réfléchissait que par l'hôpital et pas forcément sur : « qu'est-ce qu'il y a déjà en offre en ville ? Est-ce que ça va être complémentaire ? ». Voilà. Mais c'était comme ça dans beaucoup, beaucoup d'hôpitaux, ce n'est pas une critique contre le nôtre, mais c'est juste qu'aujourd'hui on ne réfléchit plus du tout comme ça. [...] En fait, à la FHF, ils ont été à l'initiative du projet. [En 2018, ils ont fait des présentations] dans différents hôpitaux dont l'hôpital [du « territoire pionnier » n° 2] sur la responsabilité populationnelle, pour montrer ce qui se passait dans les autres pays, notamment au Québec. [Ça] a bien plu au directeur général [...] qui] a voulu s'impliquer dans cette démarche et, du coup, il a été choisi. »

Médecin, TP2, 2022

« [C]'était une mise en œuvre très concrète de tout ce que l'on entend depuis plusieurs années, à savoir la gradation des soins, qui fait quoi et que, pour l'hôpital, c'est sûr que cela lui permet de se recentrer sur sa mission première qui est de prendre en charge les patients sur le volet aigu de leur pathologie. »

Directeur ou directrice GHT, TP 3, 2022

L'initiative de la FHF s'accorde alors facilement à l'appel à manifestation d'intérêt (AMI) lancé pour l'expérimentation Ipep à la même période, et dont l'une des finalités est de favoriser la coordination des soins. Malgré les différences d'orientation entre les deux expérimentations détaillées page suivante, la FHF fait le choix de candidater à l'expérimentation Ipep plutôt que de porter une expérimentation Article 51 en propre.

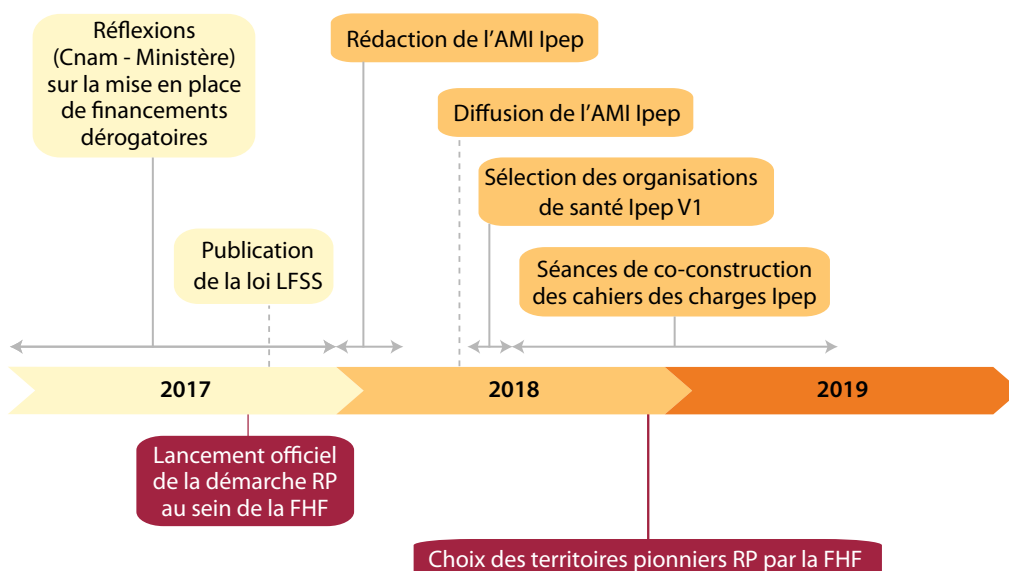
2.3. Ipep et RP, des sources d'inspiration voisines, des calendriers similaires et des intérêts réciproques bien compris

Les deux démarches expérimentales émergent dans un calendrier similaire : l'AMI Ipep est diffusé en mai 2018, les GHT « territoires pionniers » sont sélectionnés par la FHF à la fin de l'année 2018 pour le projet RP, et ces GHT sont retenus pour l'expérimentation Ipep (Figure 1). Du point de vue des porteurs de projets, dans les GHT :

« Nous, cela s'est fait en même temps (...). On entendait parler du projet Responsabilité populationnelle et puis quand on est entré, Ipep... On est vraiment rentré en même temps. »

Infirmière, TP3, 2022

Figure 1 Calendrier de l'initiation des expérimentations Responsabilité populationnelle (RP) et Incitation à une prise en charge partagée (Ipep)



AMI : Appels à manifestation d'intérêt ; Cnam : Caisse nationale d'Assurance maladie ; FHF : Fédération hospitalière de France ; LFSS : Loi de financement de la Sécurité sociale ; RP : Responsabilité populationnelle.

Les sources d'inspiration sont communes puisque l'AMI Ipep est une adaptation des *Accountable Care Organizations* (ACO) américaines (Fisher *et al.*, 2009 ; McClellan *et al.*, 2010 ; Barnes *et al.*, 2014 ; Tu *et al.*, 2015 ; Mousquès, 2017), qui constituent également l'une des sources d'inspiration de l'expérimentation RP :

« On savait par ailleurs qu'il y avait [...] ces réflexions autour des ACO, [...] l'article 51 commençait à émerger et donc moi je me disais « eh bien éventuellement ça va converger » [...] Sachant que le ministère savait que je réfléchissais sur les ACO, et moi je savais qu'ils réfléchissaient là-dessus. [...] Et donc il y avait l'idée que bien sûr la FHF devait être partie prenante de ça, de l'article 51, donc là la question, c'était plus comment on allait se rejoindre, etc. [A]u moment où l'article 51 est apparu, on avait déjà commencé à travailler. Moi je savais par ailleurs que s'ils voulaient travailler sur des ACO, par exemple, ils allaient aboutir à un certain type d'indicateurs que nous on avait, donc ça allait plus ou moins coïncider. »

FHF, représentant national, 2020

Mises en place lors de la réforme de l'*Obamacare* en 2010 (Beaussier, 2016), les ACO sont des expérimentations de paiement à la performance et de mécanismes de partage des risques, pour favoriser la coordination entre les offreurs de soins de différents niveaux (ambulatoire, hospitalier, médico-social), responsables collectivement de la qualité des soins et des dépenses de santé pour une patientèle commune.

L'expérimentation RP s'appuie, quant à elle, non seulement sur les ACO, mais également sur d'autres expériences, comme celle de Kaiser Permanente (Aelony et Tschopp, 2007), une association américaine à but non lucratif qui propose une offre de soins à plusieurs millions d'habitants. La vocation de l'association est d'« améliorer l'accès aux soins de santé pour les Américains tout en mettant l'accent sur la prévention ». Elle est financée par un prépaiement constitué des cotisations des employeurs et des bénéficiaires. Pour pouvoir bénéficier d'un remboursement des soins, les adhérents de *Kaiser Permanente* doivent s'engager à respecter un certain nombre de directives, notamment concernant la prévention. De bons résultats sur la diminution de la morbidité ont été observés.

Dans la conception de son expérimentation RP, la FHF s'est en outre inspirée des travaux de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (Inesss) au Québec qui a travaillé sur un modèle dit d'« intégration clinique ». Ce modèle a pour objet de réunir l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire dans le maintien et l'amélioration de la santé de la population, en rendant accessible un ensemble de services sociaux et de santé coordonnés visant à répondre de manière optimale aux besoins de la population, en assurant notamment l'accompagnement des personnes et en agissant en amont sur les déterminants de la santé. La FHF a décliné dans son expérimentation cette intégration en s'attachant surtout au versant organisationnel, c'est-à-dire à la collaboration et à la coordination interdisciplinaire et intersectorielle entre les différents intervenants et organisations. Ce partenariat a permis de produire une méthode qui accompagne tous les GHT porteurs de projets RP.

La logique expérimentale de l'AMI Ipep prévoyait quant à elle des critères de sélection très ouverts, sans définition préalable des modèles d'organisation attendus, afin de pouvoir intégrer une pluralité de projets. Pour les équipes pilotes de l'expérimentation Ipep, les projets hospitaliers avaient l'avantage d'être développés par des organisations très structurées, comparativement aux structures libérales plus récentes (maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)) qui constituaient la majorité des autres projets :

« [Ces différences de taille que l'on retrouve dans Ipep, avec des gros groupements et des petits, c'est arrivé comme ça. Mais comme on a opté pour une absence de définition des groupements... [...] Si les gens ont envie de travailler ensemble, ça compte. [L]e fait qu'il y ait un établissement de santé, ça peut quand même permettre de les structurer, ou ils sont déjà structurés avant. Souvent ils ont un début de structuration. »

Membre de l'Equipe nationale projet (ENP) Ipep, 2020

Si les deux expérimentations semblent tout à fait compatibles dans certaines de leurs inspirations, leurs visées et leurs calendriers de lancement, tant du point de vue de la FHF que de l'Equipe nationale projet Ipep, elles ne correspondent cependant pas au même registre d'intervention. En effet, là où Ipep s'apparente au modèle économique des ACO – partager le risque financier entre assureurs et offreurs de soins pour une population spécifique, celle « inscrite » –, l'expérimentation RP propose un modèle que ses porteurs considèrent pragmatique et opérationnel fondé sur une stratégie de prise en charge de malades à diffé-

rents stades de complexité de la maladie, en proposant une méthode d'organisation de cette stratégie, sans modèle économique associé. Ipep propose aux groupements sélectionnés des modalités de financement expérimentales, à charge pour ces groupements d'inventer l'organisation leur permettant d'atteindre les critères attachés au versement de ces financements. RP a élaboré pour sa part un modèle d'organisation (cf. *infra*). La finalité est la même, mais Ipep met l'accent sur le résultat et les moyens pour l'atteindre, et RP sur le processus.

Du point de vue de la FHF, l'appel à manifestation d'intérêt (AMI) pour l'expérimentation Ipep publié en 2018 a pu être une opportunité pour accéder à des financements *ad hoc*, les crédits d'amorçage Ipep permettant ainsi aux GHT de créer un poste dédié à l'expérimentation RP. La FHF se positionne alors, vis-à-vis des GHT dits « pionniers », en centre de ressources méthodologiques sur la démarche. Elle assure la communication autour du projet (présence dans la presse, des colloques, publication régulière d'une lettre d'information, de guides méthodologiques...) et son référent national est l'interlocuteur unique de l'équipe nationale pilotant l'expérimentation Ipep, constituée de représentants du ministère de la Santé et de la Caisse nationale de l'Assurance maladie.

Les cinq projets « apportés » par la FHF à Ipep vont ainsi entrer dans l'expérimentation, mais les deux expérimentations vont se côtoyer sans dialoguer. Si l'inspiration commune que sont les ACO lie les deux modèles expérimentaux, les règles du jeu de chaque expérimentation restent en effet différentes.

3. Deux expérimentations qui se côtoient sans dialoguer, deux modèles différents

Dès le début de l'expérimentation Ipep, une adaptation des règles du jeu pour les groupements de la FHF est proposée par ses responsables. Elle ne sera toutefois jamais adoptée par la FHF au niveau national, ni réellement répercutée auprès des porteurs de projet RP, ce qui explique certaines incompréhensions développées plus loin.

3.1. Des effectifs de population calculés selon deux méthodes différentes

L'expérimentation Ipep est construite sur le modèle français du « parcours de soins coordonnés » dont le médecin traitant (MT) est la porte d'entrée, pour les patients inscrits auprès de lui (Article L-162-5-3 du Code de la Sécurité sociale). Si l'équipe Ipep a opté pour une absence de définition des groupements participant à l'expérimentation Ipep, elle doit cependant, afin de respecter ses règles, pouvoir évaluer les groupements sur une base commune : la patientèle affiliée aux médecins traitants d'un groupement. Celle-ci doit ainsi être supérieure à 5 000 patients.

Or, les projets RP ne sont pas construits sur le même modèle et ciblent une population théorique concernée par deux pathologies, le diabète et l'insuffisance cardiaque, habitant sur le territoire du GHT. Ce territoire a été construit en interne par la FHF en prenant appui, d'une part, sur les flux de patients renseignés dans le système d'information hospitalier, le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), décrivant de façon synthétique et standardisée l'activité médicale des établissements de santé et, d'autre part, sur des données de consommation de soins de ville à partir des déclarations d'affection de longue durée (ALD) permettant de localiser les habitants souffrant de diabète ou d'insuffisance cardiaque. Suivant cette définition construite par la FHF pour sa propre expérimentation, les volumes théoriques populationnels des projets FHF sont voisins, d'après les données de la FHF, de la moyenne des volumes des autres projets portés par d'autres types de groupements (MSP, CDS, CPTS) – cette fois des volumes de patients recourant réellement aux soins dans les structures – sur des territoires plus petits.

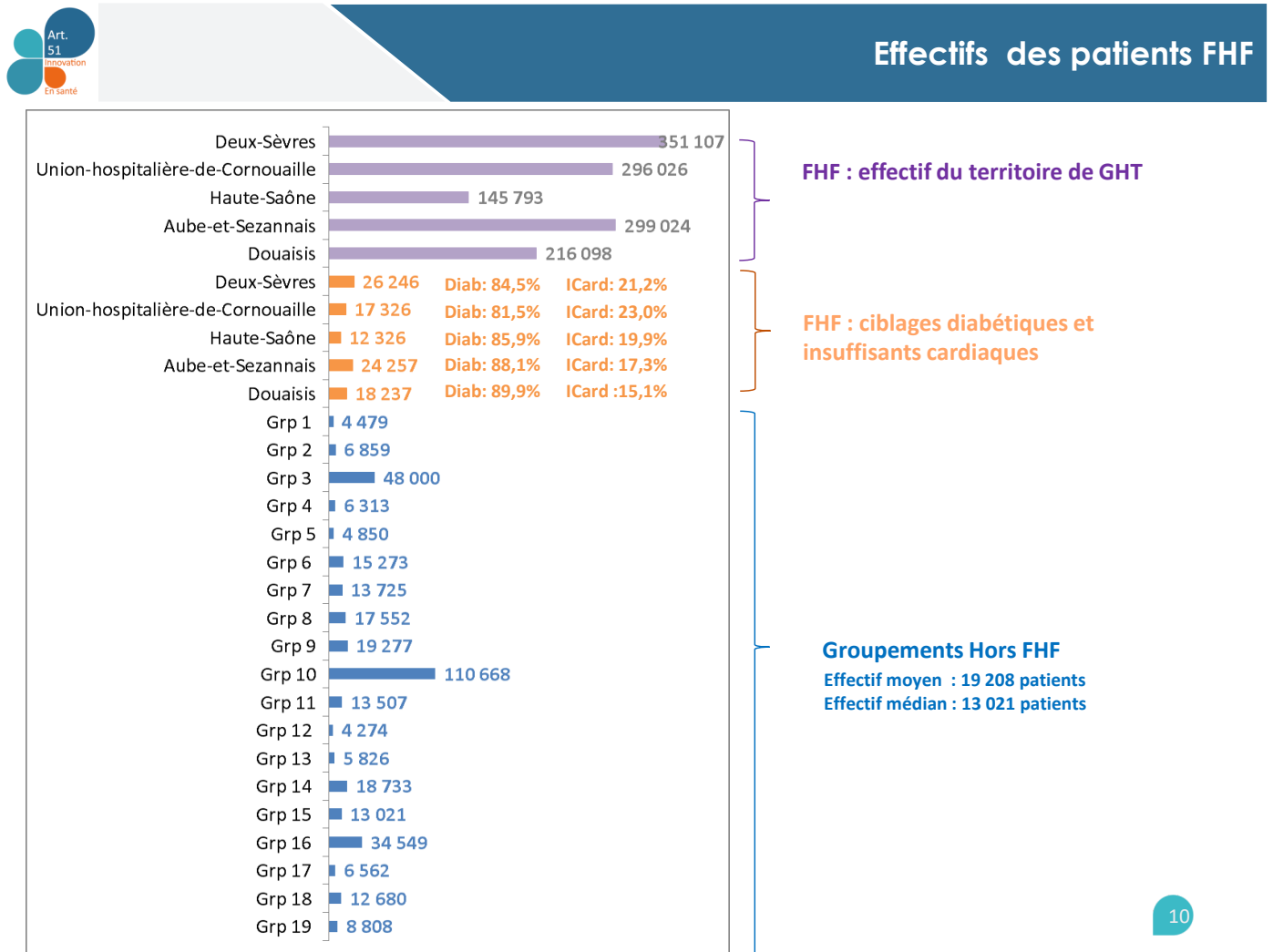
La notion d'« effectifs des patients » recouvre donc des grandeurs construites selon deux méthodes antinomiques. Ipep demande aux groupements de recenser les médecins traitants entrés dans la démarche et en déduit les « effectifs » du projet, qui correspondent aux patientèles affiliées à ces médecins traitants (Figure 2 page suivante, effectifs en bleu des groupements 1 à 19).

Le modèle RP, quant à lui, recense directement des habitants théoriques cibles du programme Responsabilité populationnelle, sans lien explicite avec un médecin traitant (Graphique page suivante, effectifs en orange des cinq groupements FHF). Ce travail de recensement a été réalisé par un médecin du Département d'informatique médicale (DIM) de l'équipe FHF Data, en complément des données de l'Assurance maladie sur les déclara-

tions d'ALD pour ces deux pathologies. Des parcelles de territoires autour des GHT ont été délimitées en reprenant l'ensemble des séjours hospitaliers sur cinq ans, comme l'indique la carte (Malone *et al.*, 2021) et les effectifs en violet des cinq groupements FHF sur la figure 2.

Ainsi, malgré des effectifs affichés en apparence proches entre les groupements de la FHF et les autres groupements engagés dans l'expérimentation Ipep, les notions étaient très différentes (effectifs théoriques *vs* réellement suivis par un médecin traitant) et difficiles à comparer.

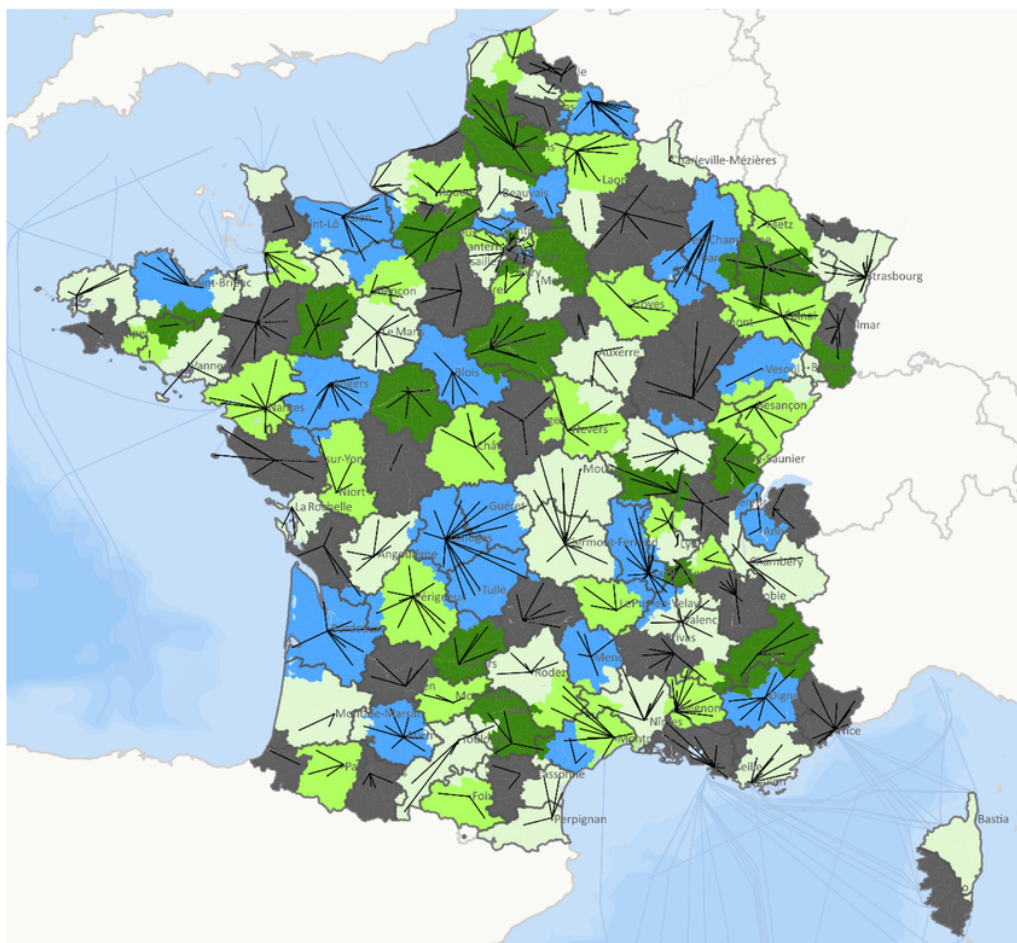
Figure 2 Effectifs théoriques des patients de la Fédération hospitalière de France (FHF) dans l'expérimentation Ipep



Source : Support de présentation du point FHF / Equipe projet Ipep du 7 septembre 2020, p. 10.

Note de lecture : les effectifs FHF (en orange) sont théoriques, calculés à partir d'un algorithme identifiant les personnes diabétiques ou insuffisantes cardiaques sur le territoire du GHT, alors que les effectifs des groupements hors FHF (en bleu) sont constitués de l'ensemble des patientèles médecin traitant des médecins réellement entrés dans l'expérimentation Ipep.

Carte 1 Cartographie nationale des groupements hospitaliers de territoire en France, établie à partir des données du PMSI 2017



Source : Malone *et al.*, 2021

3.2. Une adaptation des règles du jeu Ipep pour la FHF, une proposition à sens unique

Les règles de l'expérimentation Ipep sont alors adaptées au cadre d'intervention des projets RP.

L'Equipe nationale projet Ipep propose aux projets RP de compter l'ensemble de la patientèle d'un médecin généraliste lorsque l'un de ses patients est inclus dans le programme RP (voir encadré page suivante). L'inclusion peut être faite par un médecin hospitalier ou un médecin libéral, par une infirmière Asalée travaillant avec un médecin généraliste, ou par la chargée de mission Responsabilité populationnelle de l'hôpital (inscription manuelle sur une liste tenue par cette chargée de mission). Lorsqu'un médecin généraliste (médecin traitant (MT)) a l'un de ses patients inclus dans le programme, on considère que ses autres patients cibles peuvent être en voie d'être intégrés, et l'ensemble de sa patientèle porteuse des deux ALD considérées entre donc dans le compte. Cette approche permet aux projets portés par la FHF de déployer leur démarche à partir de leur propre cadrage. Il n'est cependant pas possible de calculer un effectif de patients au commencement du projet puisqu'on

Patientèles cibles des deux expérimentations, au départ et après ajustements

Patientèle Ipep : intégralité des patients affiliés aux médecins traitants (MT) membres des groupements expérimentateurs

Patientèle RP :

- Au début : patients diabétiques et insuffisants cardiaques résidant sur le territoire du Groupement hospitalier de territoire.
- Ensuite : ensemble des patients MT diabétiques et insuffisants cardiaques des médecins ayant au moins un patient inclus dans l'expérimentation RP (adaptation proposée par l'Equipe nationale projet pour la suite de l'expérimentation).

Source : Entretien Equipe nationale projet

ne peut recenser les médecins appartenant à un groupement. Les « effectifs du territoire GHT » correspondent, rappelons-le, à une évaluation théorique réalisée par les équipes de la FHF au moyen d'un algorithme *ad hoc* qui s'appuie sur des données d'hospitalisation et de consommation de soins sur cinq ans, permettant de définir et de caractériser la population théorique d'un territoire géographique autour d'un GHT.

Pendant toute la durée de l'expérimentation, les représentants de l'Equipe nationale projet Ipep rappellent régulièrement la règle de calcul adaptée, et demandent au représentant national de la FHF les listes des médecins traitants dont les patients sont inclus dans la démarche expérimentale RP. Le 7 septembre 2020, un point de suivi national rappelle ces règles du jeu adaptées :

« L'ENP souligne la nécessité de connaître les patients réellement inclus dans le programme pour approcher au mieux la patientèle du groupement. [...] Plus globalement, l'application du modèle Ipep sur une population ciblée à l'échelle d'un territoire sans rattachement à la patientèle des professionnels membres du groupement induit des résultats disproportionnés par rapport aux autres groupements participant à Ipep. Les groupements FHF n'ayant pas encore fourni de listes des médecins traitants, il n'a donc pas été possible de procéder à une comparaison des deux modèles et de proposer des aménagements au modèle Ipep spécifiques à la FHF, comme prévu initialement. De plus, les campagnes de recrutement des médecins de ville et l'inclusion des patients n'ont pas commencé, et sont prévues pour la fin 2020. Cette comparaison pourrait donc se faire en 2021. »

Compte rendu du point de suivi ENP Ipep FHF, 7 septembre 2020

L'équipe porteuse de l'expérimentation Ipep considère que la population cible estimée par les projets RP est à la fois trop théorique et trop importante pour pouvoir l'envisager d'emblée comme élément du calcul de l'intéressement à leur verser dans la seconde phase de l'expérimentation. Les crédits d'amorçage fournis au départ pour tous les projets sont donc reconduits tels quels pour les projets FHF en 2021. Les listes de médecins traitants sont attendues pour la fin 2021. Pendant cette année-là, un suivi resserré s'opère *via* l'organisation de réunions bilatérales avec l'ensemble des responsables des projets Ipep. L'année suivante, la situation n'a pas évolué. L'équipe nationale porteuse de l'expérimentation Ipep met en avant le prérequis principal de la démarche Ipep, qui est de comptabiliser le nombre d'habitants entrés dans la démarche à partir du nombre de médecins traitants, alors que l'équipe porteuse de la démarche FHF met en avant la plus grande facilité du recrutement des patients par l'hôpital.

Les échanges suivants, observés lors d'un point de suivi, illustrent la différence de registre des deux expérimentations Ipep et RP. La première met l'accent sur le résultat (nombre de médecins traitants ayant inclus des patients dans Ipep), tandis que la seconde est centrée sur les processus, sans que ces derniers n'intègrent directement les médecins traitants, l'inclusion des patients se faisant par l'hôpital (les actions ont commencé) :

- « – ENP3 : Deux groupements ont inclus des patients, donc.
- FHF1 : Non, quatre groupements ont lancé des actions.
- ENP2 : Il faut très formellement que l'on puisse objectiver cela. Demandez aux cinq territoires en janvier [2022] de nous remonter des données macro, des listes des MT (médecins traitants) de ces patients, que l'on puisse commencer à faire les calculs. En 2021, les projets bénéficiaient des crédits d'amorçage. Mais il faut formaliser l'enrôlement des patients à présent.
- FHF1 : Mais cela avait été déjà calculé ?
- ENP 2 : Oui, mais sur tous les patients du territoire.
- FHF1 : L'enveloppe Ipep repose sur l'enveloppe totale de ces patients.
- ENP2 : Les patients diabétiques et insuffisants cardiaques des médecins traitants, des patients entrés dans le programme. C'est ce qu'on avait convenu avec [ENP4] ici même. Il y a une population d'intention et une différence avec ceux qui sont concrètement pris en charge. Il faut trouver une manière de les identifier. Au fur et à mesure de l'inclusion, vous connaissez les MT puisque cela se fait avec leur accord : on a dit qu'on prenait tous les patients des MT dont des patients sont inclus dans la démarche.
- FHF1 : Ok à ceci près que [...] la dynamique d'inclusion dans les premières phases, cela va être le service diabéto.
- ENP2 : Oui, mais c'est un des prérequis du modèle Ipep : s'appuyer sur le médecin de ville. On ne peut pas faire cela sans la ville.
- FHF1 : L'acte formel de qui met la personne dans la base, cela va être piloté par l'hôpital.
- ENP2 : S'ils incluent les patients, ils vont informer le MT. Je ne sais pas comment vous avez prévu... »

Point de suivi national, 3 décembre 2021.

La FHF explique qu'elle ne peut fournir les chiffres demandés, même ajustés, car le modèle mis en œuvre (une organisation conçue au niveau national qui doit être reconstruite localement, en enrôlant les médecins traitants et d'autres professionnels, donc un travail supplémentaire à celui des autres équipes expérimentatrices où les médecins sont déjà enrôlés dans des équipes constituées) demande plus de temps. En outre, les indicateurs demandés par l'Equipe nationale Ipep lui seraient donc défavorables, ce qui explique l'impasse dans l'articulation des deux expérimentations. Durant l'année 2022, les porteurs de trois des cinq projets FHF adressent cependant des listes de médecins traitants à l'équipe pilotant l'expérimentation Ipep, mais le nombre réduit de ces médecins est insuffisant pour atteindre le seuil minimal de 5 000 patients requis pour le calcul de l'intéressement. Dans les années suivantes, le versement de l'intéressement restera conditionné par la fourniture des listes de médecins traitants, afin de garder un modèle expérimental suffisamment robuste pour pouvoir ensuite l'évaluer :

« Donc, on s'était mis d'accord, en tout cas, là encore et c'était un point de vue vraiment partagé DGOS -Cnam et Mission Article 51 et [ENP 1], notamment, de ne pas tordre, une nouvelle fois en 2023, le modèle de rémunération, c'est-à-dire de ne pas créer de dérogation à l'expérimentation pour prendre en compte des situations

particulières de la FHF. [O]n teste un modèle et [...] si on fait systématiquement des rustines au modèle, c'est compliqué, à notre sens, après, d'avoir des résultats probants. [C'était] au tout début de l'année 2023. [Les porteurs de projets FHF] étaient très enthousiastes parce qu'ils voulaient nous montrer leurs résultats, faits avec leurs propres données [...] pour nous montrer combien cela fonctionnait et combien il fallait les soutenir. [...] C'est pour cela que l'on était un peu en décalage c'est-à-dire que nous, on était dans ces soucis d'application très concrète du modèle, etc. et eux étaient avant tout dans : « Vous voyez comment cela fonctionne bien et vous voyez comment on peut déjà conclure à des résultats probants, etc. »

Membre de l'ENP Ipep, 7 janvier 2024

Les deux expérimentations cheminent ainsi sans dialoguer, les porteurs de projet de la FHF étant avant tout engagés dans l'expérimentation Ipep à partir de leur propre cadrage, qui repose sur des indicateurs de processus mesurant le déploiement de la démarche (nombre d'actions menées, nombre de personnes dépistées,...) ou recensent les professionnels qui orientent leurs patients vers RP sans les restreindre aux médecins traitants (nombre de professionnels extrahospitaliers ayant bénéficié d'une présentation de la RP, etc.).

Cette déliaison apparaît de façon plus explicite, une fois la phase des crédits d'amorçage passée, et dans les tentatives de calcul de l'intéressement explicitement fondé sur des indicateurs qui n'ont pas été travaillés par les projets FHF, leurs responsables au sein des GHT n'étant pas toujours précisément au courant des indicateurs Ipep. La démarche RP est, en outre, adaptée au déploiement d'un projet de taille plus importante que ce qu'Ipep permet d'envisager dans un calendrier précis, allant de 2019 à 2024. Elle correspond, ce faisant, à la logique de transformation des structures hospitalières, qui s'ancrent progressivement sur « leur » territoire. C'est pourquoi les porteurs des projets FHF sont très engagés dans l'expérimentation RP, qui propose un cadre aux transformations qu'ils pilotent.

3.3. Des porteurs de projet FHF engagés prioritairement dans l'expérimentation Responsabilité populationnelle au niveau du territoire du GHT

Les porteurs de projets hospitaliers se montrent enthousiastes à l'égard de l'initiative de la FHF, qui leur permet d'accélérer les transformations de l'hôpital dans lesquelles ils sont engagés. Un pilotage propre à l'expérimentation RP s'organise progressivement. Si les cinq GHT partagent rapidement leur expérience à partir de l'année 2020, le responsable national en charge du pilotage du projet RP n'est cependant recruté qu'à la fin de l'année 2021, et le pilotage et le suivi des indicateurs ne sont réellement mis en place qu'au début de l'année 2022.

« En fait, on a restructuré nos réunions RP parce que comme le disait [TP3b], effectivement, au début, c'était surtout des visios où tout le monde disait ce qu'il avait fait la semaine passée. Mais en fait, on avait un besoin d'avoir des temps d'échange sur des sujets précis, mais sur des sujets soit stratégiques, soit très opérationnels, soit très médicaux. Et c'est pour cela que, du coup, [FHF national 1] a fait ces trois groupes : un groupe « Direction chefs de projets », un groupe « Chargés de mission », un groupe « Médecins ». Et puis après, on a des temps, des séminaires tous les trimestres où tout le monde se retrouve et après, on a aussi des visios bilatérales où on a toute l'équipe projet, plus le médecin et, en face de nous, l'équipe projet FHF. »

Directeur GHT, TP3 2022

L'initiation et le déploiement de la démarche RP est ainsi prioritaire pour la FHF et les porteurs de projets locaux. Cela explique la déliaison constatée entre les deux démarches et l'incompréhension des porteurs de projet vis-à-vis des règles du jeu Ipep, règles qui semblent ne pas avoir été portées à leur connaissance. C'est ainsi que plusieurs porteurs de projets RP dans Ipep expliquent, lors d'une réunion de restitution, que la commande nationale de listes de médecins traitants leur a été transmise tardivement et sans explication.

« Oui, mais on n'a pas eu ces explications-là sur le moment c'est-à-dire qu'en fait, vous avez une commande nationale qui tombe et on vous dit : « Pour la date du tant, communiquez-nous les médecins traitants et surtout les numéros RPPS (Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé) associés de ceux qui travaillent à vos côtés ! » Sans explication, c'est compliqué.

Infirmière, chargée de mission, TP2, juin 2023

Cette situation n'a toutefois pas empêché les groupements RP/Ipep de développer des actions sur le terrain. L'étude longitudinale de l'un des cinq projets illustre comment des acteurs hospitaliers, associés à des intervenants en ville, agissent pour rapprocher une diversité d'intervenants autour du parcours des patients diabétiques. Les entretiens menés auprès des porteurs des autres « territoires pionniers » alimentent également la partie suivante.

4. L'initiation ou la poursuite d'une démarche de santé publique locale

La démarche locale telle que pensée par la FHF consiste, à partir de GHT déjà engagés sur le territoire, à leur apporter, d'une part, un ensemble de données permettant de caractériser la population de leur territoire et, d'autre part, une méthode de gestion de projet issue d'expériences québécoises. On observe ainsi le développement de démarches de santé publique locales (entendues comme tout projet ou action sur un territoire identifié visant à améliorer la santé de la population, avec une définition large de la santé, telle que celle de l'Organisation mondiale de la santé), qui se solidifient à partir d'expériences et de liens préexistants.

4.1. Une démarche pionnière structurée par les processus expérimentaux Ipep et RP

Les cinq GHT retenus par la FHF ont été identifiés parce qu'ils avaient déjà tous engagé une démarche auprès d'acteurs extrahospitaliers, d'où la qualification de « pionniers ». Autrement dit, la démarche RP s'est appuyée sur un réseau d'acteurs déjà connectés. C'est ainsi que, sur le « territoire pionnier » n°1, le lancement de l'expérimentation RP a consisté à réactiver un réseau local existant :

« Donc il y a eu une invitation à grande échelle qui a été envoyée et puis voilà, il y en a qui ont répondu présent parce que... il y en a une grande majorité quand même, il ne faut pas se mentir, qui étaient présents dans [les actions ville hôpital qu'on faisait déjà]. Donc comme ils appréciaient aussi la démarche de l'hôpital, ils ont su s'investir aussi dans la responsabilité populationnelle. Et puis après, il y avait des professionnels qui se sont manifestés parce qu'ils trouvaient le projet intéressant, et d'autres qui étaient déjà connus, qui étaient dans les relations aussi avec [TP1a] qui a fait un petit peu de ville. »

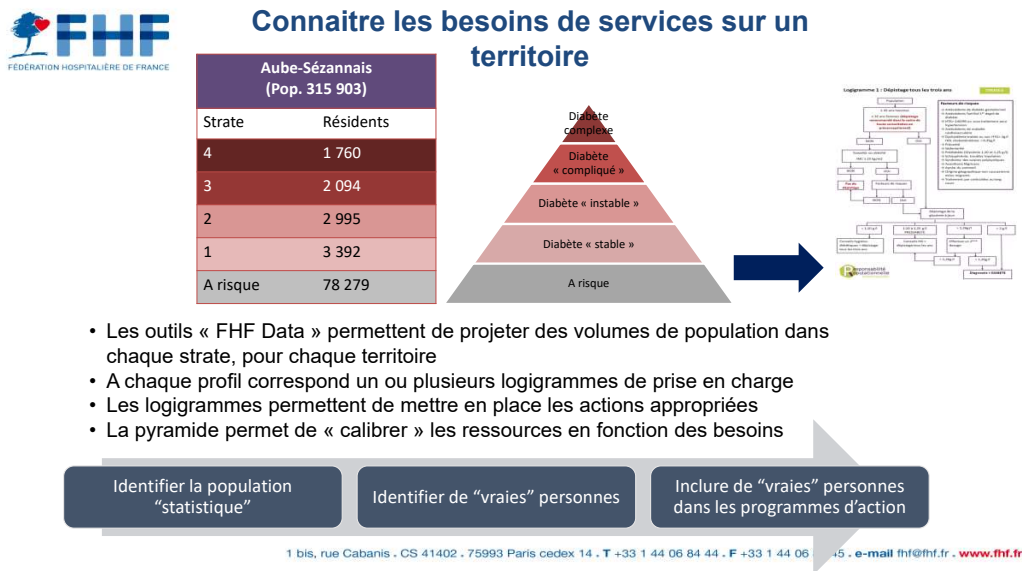
Infirmière, TP1, 2022

L'AMI Ipep, par le financement d'un poste de chargé de mission, et l'expérimentation RP, via les données et la méthode fournies, ont contribué à structurer un processus antérieur moins formalisé, engagé à l'initiative de l'hôpital. La démarche RP propose aux cinq porteurs de projet sélectionnés une méthode et des outils pour développer une démarche de santé publique de terrain, ainsi qu'une formation à l'animation de réunions avec les acteurs de leur territoire.

Ces territoires sont outillés par la FHF pour mettre en place une méthode d'intégration particulière, ajustée à ses priorités. Celle-ci repose sur la définition de « territoires de responsabilité » par la FHF au moyen de croisements entre les données du PMSI et de consommation de soins de l'Assurance maladie des résidents du territoire. Sur chaque territoire, une stratification de la population permet d'estimer le nombre de personnes concer-

nées par chacun des risques indiqués page suivante. Puis, chaque strate est associée à un logigramme de prise en charge, comme le montre la Figure 3.

Figure 3 Connaître les besoins de services sur un territoire



- Les outils « FHF Data » permettent de projeter des volumes de population dans chaque strate, pour chaque territoire
- A chaque profil correspond un ou plusieurs logigrammes de prise en charge
- Les logigrammes permettent de mettre en place les actions appropriées
- La pyramide permet de « calibrer » les ressources en fonction des besoins

Source : Congrès de la FHF Ile-de-France 16 juin 2022

L'ensemble des porteurs des projets Ipep issus de la FHF organisent ainsi, chacun, plusieurs « réunions cliniques » auxquelles sont conviés tous les acteurs du territoire impliqués dans la prise en charge des personnes diabétiques. Si chaque projet rassemble des personnes différentes selon les spécificités du territoire, sont représentés le plus souvent des médecins généralistes, des médecins diabétologues hospitaliers, des infirmières, des diététiciennes, des podologues, des membres d'associations de patients diabétiques, des représentants de réseaux de diabétologie ou de sport santé, des représentants des CPTS, de l'ARS, de la Cnam, ... C'est l'équipe hospitalière porteuse de la démarche qui anime les réunions. Mises en place principalement durant l'année 2020, celles-ci visent à adapter les logigrammes théoriques de prise en charge développés par la FHF aux caractéristiques de l'offre disponible sur le territoire :

« C'est une ou deux premières réunions pour se connaître, comprendre ce qu'est la responsabilité populationnelle et quels sont les objectifs. Et les réunions suivantes, c'est : « on regarde les logigrammes et on voit comment est-ce qu'on se met à l'œuvre ensemble pour pouvoir les appliquer » ».

Infirmière, TP1, 2022

À l'issue de ces réunions cliniques, un plan d'action est réalisé, adapté à chacun des territoires des projets FHF. Sur le « territoire pionnier » n°2, la chargée de mission va ainsi réaliser ce qu'elle appelle un « travail territorial », en insérant sa démarche dans l'existant.

4.2. Une démarche locale qui s'insère dans les dispositifs locaux déjà existants

Concernant les stratégies à adopter pour le développement des démarches locales, les porteurs des projets FHF ont pris le parti de concentrer leur intervention sur la strate du bas en développant l'argument suivant : les marges de manœuvre pour réduire les coûts relatifs aux patients complexes (strates 3 et 4) resteraient faibles selon la FHF. Même si la littérature scientifique (Baxter, 2018 ; Rocks, 2020; van Hoorn, 2024, Linder, 2025) a pu aussi montrer que des gains d'efficience étaient réalisables sur les patients complexes (*High cost-high need patients*), la FHF choisit de se pencher en priorité sur la « strate zéro », c'est-à-dire celle des populations à risque, auxquelles il faut proposer un dépistage et des actions visant à éviter qu'elles ne changent de strate, c'est-à-dire qu'elles deviennent diabétiques.

« Quand on arrive à la pointe de la pyramide, donc des patients très complexes, il y a peu de choses à faire là-dedans. Les patients, ils sont à l'hôpital, ils sont connus de tout le monde. Le gros du travail, c'est bien sûr le bas (de la pyramide) : la prévention, le dépistage et la prise en charge en routine de patients peu compliqués, mais qui peuvent le devenir s'ils sont mal suivis. [C]'est une discussion que j'avais eue avec un vice-président de Kaiser, où je disais, qu'est-ce que vous avez comme truc ? Il disait : on a eu d'excellents résultats sur notre programme diabète, insuffisance cardiaque, des résultats impressionnants, on peut documenter le fait qu'il y a moins de morts. Le seul endroit où on n'est pas capable de générer des gains substantiels et soutenus, c'est sur les patients coûteux et complexes et les raisons, ce sont qu'ils sont coûteux et complexes. Donc en fait l'intérêt de l'approche, de bien faire en routine ce qui est simple, et à un moment donné quand on arrivera à la personne âgée polyopathologique, en perte d'autonomie, là il faut faire de la dentelle et du sur-mesure pour cette personne là et mettre tout l'argent qui est nécessaire. Mais ce qu'on voit, c'est que quand même sur le dépistage et la prévention, on est très mauvais, et même sur le suivi en routine de personnes peu compliquées, on n'est pas très bons. »

FHF, Représentant national, 2020

« Dans la stratification de la population, il y a une strate à risques qui est la strate zéro, qui comporte beaucoup de monde. Une fois que nous avons identifié ces personnes, nous essayons de les toucher par des actions de santé publique. Deux infirmières de santé publique vont à la rencontre de ces habitants. Il faut leur proposer un programme de prévention, mais ce n'est pas de l'ETP (éducation thérapeutique du patient). L'objectif c'est qu'ils ne deviennent pas malades. Ce sont eux qui coûtent le plus cher ensuite. »

Directeur, TP1, 2022

L'expérimentation RP n'est pas la première à cibler des patients diabétiques ou à risque de diabète. C'est l'un des axes majeurs d'intervention des infirmières de santé publique exerçant dans le cadre du dispositif Asalée (Fournier *et al.*, 2018), qui connaissent bien les acteurs de la ville. Par ailleurs, il est rare que les contrats locaux de santé (CLS) ne se préoccupent pas de prévention du diabète. Sur le « territoire pionnier » n°2, la strate 0 va rapidement intéresser les infirmières Asalée du territoire, informées de la démarche RP parce que le plan d'action prévu entre dans leurs champs d'action de prévention. Elles vont, avec la chargée de mission RP, s'inscrire dans les actions des CLS des communes du territoire et intervenir selon les opportunités. Cela peut être par exemple dans une pharmacie, ou à la Croix-Rouge, et parfois en sollicitant des intervenants extérieurs pour leur expertise (Association française des diabétiques, infirmière de la permanence d'accès aux soins (Pass) de l'hôpital...).

« Vendredi, on va être dans une pharmacie, qui a demandé si on pouvait faire une action de dépistage. Pas de souci. Moi sous Asalée, avec ma maison de santé, c'est une action qu'on met en place, en accord avec les médecins, on l'organise. C'est une action de dépistage qui peut répondre tout autant au contrat local de santé puisque la mairie me met à disposition du matériel, et ça, ça leur correspond et ça correspond à un besoin sur le territoire, et de l'autre côté [l'association RP] a tout à fait sa place, donc tout s'emboîte parce que j'identifie le patient et il a un parcours qui lui est proposé après. Dans tous les cas, il est rattrapé, et il y a quelque chose qui lui est proposé. »

Infirmière Asalée, TP2, 2022

« J'essaie de me rattacher aux professionnels qui sont en local. Très souvent, mon ancrage, ce sont des infirmières, notamment les infirmières Asalée. On propose des dépistages ensemble, je fais venir, moi, l'AFD10, quand ils peuvent (Association française des diabétiques). Je les fais intervenir avec nous, justement pour faire du lien. Depuis la fin d'année dernière, on fait intervenir aussi des maisons Sport Santé quand on fait des dépistages et qu'on peut les avoir, pour avoir ce volet activité physique adaptée, conseils et pratiques, parce qu'ils vont leur dire : « Vous savez, il existe Prescri'Mouv sur le département. » Du coup, ils vont apporter tout ce rôle de conseil, d'information. Et après, c'est vrai que j'essaie d'avoir soit une diététicienne, soit une autre infirmière qui parle d'éducation thérapeutique [L'année dernière] je suis intervenue à B. beaucoup et R. On est allé au forum de la santé dans la ville de A., on a été à B. aussi en début d'année. C'est la communauté de communes C, parce que c'est un nouveau territoire de CLS que l'on a depuis le mois de décembre. Mais en fait, c'est vrai que l'on travaille beaucoup avec [les villes de] D, E. et F. Depuis cette année, on a pris attache avec la Croix-Rouge pour proposer un dépistage par trimestre sur leurs centres d'accueil. Et là, je fais intervenir l'infirmière de la Pass de l'hôpital. La prochaine fois, je vais essayer d'avoir une diététicienne et sinon, il y a l'AFD 10 qui est avec nous. [C'est] à force de faire des présentations, aussi, de la démarche et le bouche-à-oreille parce qu'il y a des professionnels qui commencent un petit peu à parler de ce que l'on fait, des avantages, etc. Il y en a qui ont envie de participer et de faire des choses et du coup, ils viennent nous demander. »

Infirmière, chargée de mission, TP2, 2022

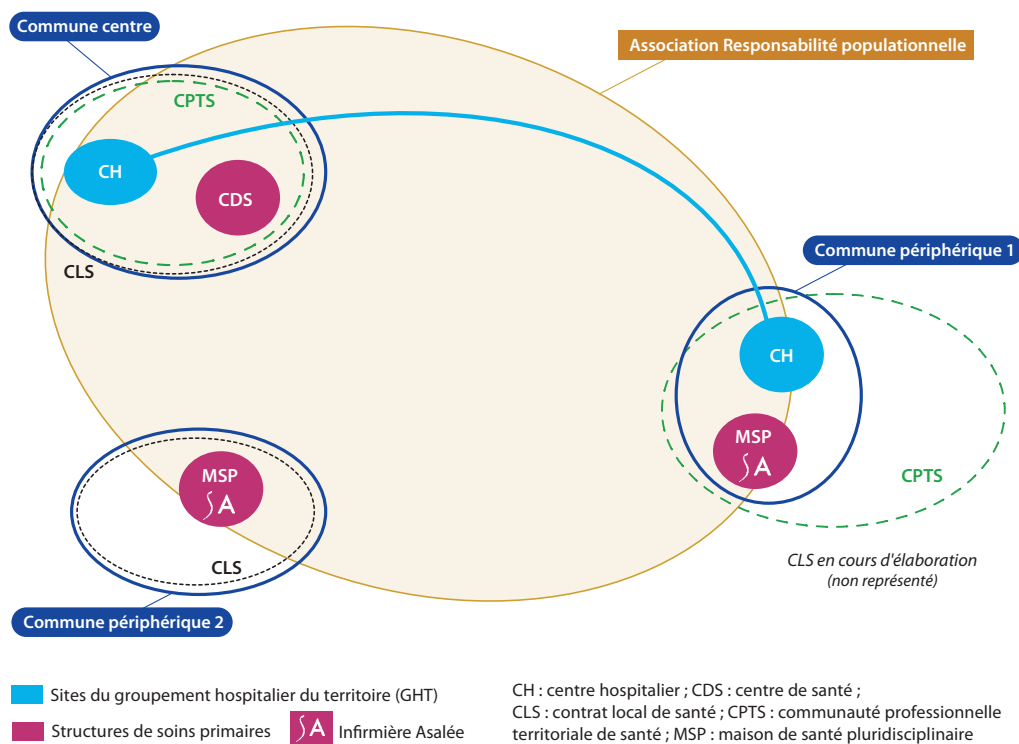
La figure 4 montre le travail d'accrochage territorial de la démarche RP sur le « territoire pionnier » n°2 en lien avec les organisations de ville existantes.

4.3. Une démarche locale qui s'appuie sur la proximité géographique des acteurs

La proximité géographique peut être considérée comme un premier levier pour la coopération territoriale. Les extraits suivants concernent la commune périphérique 1 (représentée sur la Figure 4), qui est le creuset de la démarche RP sur ce territoire : une MSP construite sur le terrain de l'hôpital de proximité, dont l'un des médecins généralistes est à la fois président de la commission médicale d'établissement (CME) et de l'association locale « Responsabilité populationnelle ». L'une des infirmières Asalée active sur la RP travaille avec les médecins de cette MSP. Un autre médecin de la MSP est à l'initiative de la CPTS. Pour la direction du GHT, l'hôpital de proximité est un acteur central dans la coopération territoriale. Pour ce médecin généraliste libéral, président de la CME de l'hôpital de proximité, le voisinage spatial entre la MSP et l'hôpital facilite la coopération.

« Notre rôle, je vous dis dans un premier temps, ça va être pas mal la MSP qui, nous, va nous pousser à nous intégrer dans une démarche, pour laquelle les praticiens

Figure 4 Représentation du travail d'accrochage territorial de la démarche RP sur un « territoire pionnier »



du centre hospitalier pouvaient être un petit peu réticents. Parce qu'ils ne voyaient pas trop comment faire. On a une très, très forte liaison avec la médecine libérale hein, bien évidemment, puisqu'on est une petite structure, on est en proximité, on s'est construit avec la médecine libérale.

Direction de l'hôpital de proximité, TP2, 2022

« Alors donc cette proximité géographique, si vous voulez, était quand même une nécessité, je vais dire presque matérielle, en me disant : « Si je traverse la cour c'est quand même plus rapide que si je traverse la ville ». Et puis bon, cette proximité aussi, peut-être, va créer des liens étant un peu plus solides avec finalement le personnel infirmier. D'ailleurs, on l'a vu au moment de la vaccination Covid, on s'échangeait les vaccins, on allait les chercher, et si on en avait trop, on leur en donnait. Et puis après, il y a eu cette notion de pôle de santé qui a émergé, et on s'est dit : « On est dans la bonne voie. Il faut foncer là-dedans » »

Médecin généraliste, TP2, 2022

Dans le cadre de cette démarche, un second levier est la forte interconnaissance des acteurs qui circulent sur le territoire dans les différentes organisations concernées par la démarche locale de santé publique.

4.4. Une démarche locale qui se nourrit des multi-positions et de la circulation des acteurs sur le territoire

L'histoire de la chargée de mission « Responsabilité populationnelle » du projet porté par le GHT du « territoire pionnier » n°3 illustre de façon très précise les multi-positions et la façon dont les acteurs circulent entre plusieurs institutions, que l'on observe aussi dans les autres territoires. Elle est infirmière de formation, a travaillé dans l'association préfiguratrice du dispositif d'appui à la coordination (DAC⁷), puis au GHT pour le projet RP, à temps plein puis à temps partiel, complétant alors son temps de travail avec le poste de coordinatrice de la CPTS du territoire. Elle décrit également dans l'entretien ci-dessous les parcours similaires de collègues qu'elle côtoie depuis plusieurs années dans des instances ayant développé des partenariats. La proximité géographique se double ainsi d'une proximité cognitive et organisationnelle (Boschma, 2005).

« Je m'étais aussi beaucoup intéressée aux systèmes d'informations numériques en santé et donc cela rejoignait pas mal, un peu, l'esprit du projet au départ, donc c'est pour cela que le poste m'a été proposé en janvier 2020. Et auparavant, j'avais déjà suivi la mise en place du projet, assisté aux réunions et notamment aux réunions cliniques qui étaient organisées par notre diabétologue, ainsi qu'une cadre supérieure en santé. Cela fait deux ans. La première année, j'ai été embauchée à temps plein, la deuxième à 75 % et pour cette troisième année, je suis à 40 %. Et mon autre mission, là actuellement, elle est dans une CPTS. Je suis coordinatrice d'une CPTS.

Comment vous êtes-vous retrouvée coordinatrice d'une CPTS ?

C'est la même chose qui m'a amenée à être chargée de mission « Responsabilité populationnelle ». On m'avait proposé le poste de coordinatrice parce que les médecins, les professionnels de santé qui ont créé l'association, qui sont au bureau de l'association, je travaille avec eux depuis des années. Et donc, ils savaient un peu mon profil, enfin voilà ! Et ils étaient intéressés, donc ils m'ont proposé. Mais à l'époque, j'étais à 100 % dans le projet « Responsabilité populationnelle », donc j'avais dit non. Et quand je me suis retrouvée à 75 %, c'était une opportunité. Donc voilà, cela s'est fait comme cela. Au départ, j'étais chargée de mission pour écrire le projet de santé, jusqu'à décembre, là. Et je suis coordinatrice depuis janvier.

Et c'étaient les médecins traitants qui travaillaient avec [l'association préfiguratrice du DAC] dans laquelle vous travailliez auparavant, c'est ça ?

Oui, on s'est connu de cette façon-là ! Oui, oui, on a travaillé ensemble auprès des patients. Je trouve que cela a vraiment du sens. Je vois une vraie cohérence à travailler à la fois pour le projet, être salariée du DAC et être en coordination de la CPTS. Cela ne me rend pas bipolaire. Je trouve qu'il y a une vraie logique à mettre tous ces projets en cohérence. Si je peux y participer, tant mieux. C'est vraiment la mission que je me suis donnée au-delà du quotidien. D'ailleurs, c'est pour cela que maintenant, je travaille à la CPTS aussi, cela a un lien. Mais voilà, c'est un premier pas, on va dire, qui était nécessaire, mais qui, bien sûr, n'est pas suffisant. [...] On a mis de la responsabilité populationnelle partout, un parcours diabète bien entendu. Oui, oui, j'ai essayé de faire en sorte que ce soit le plus cohérent possible, et avec les professionnels qui sont aussi complètement partants.

[...] Et d'ailleurs, dans les autres CPTS aussi, puisque la coordinatrice d'une deuxième CPTS, qui s'est montée récemment, elle était aussi au DAC et elle était aussi une de mes collègues et, du coup, elle était aussi bien impliquée dans le projet « Responsabilité populationnelle ». Donc elle a aussi essayé de favoriser au maxi-

7 Les DAC ont été créés par la Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS), avec une mise en place effective depuis juillet 2022.

mum l'inscription de ce projet dans leur projet de santé. Bien sûr ! A la fois comme une démarche, et puis aussi, pour le très, très concret, de dire que si l'on organise une action de dépistage, on s'associera. Enfin voilà, des choses très concrètes.

[...] Au départ, on n'avait pas de CPTS donc on a pris les représentants ... Après, c'est vrai, c'est aussi une histoire de personnes. Il se trouve que la présidente de l'URPS (Union régionale des professions de santé), à l'époque, était sur notre territoire, elle était infirmière sur notre territoire et c'était un partenaire que l'on avait déjà depuis un moment. Donc, c'était très logique que ce soit elle qui participe en tant qu'URPS infirmiers libéraux, au comité de pilotage [du projet « Responsabilité populationnelle »]. Si cela avait été quelqu'un d'autre, qui aurait été basé à [D.], on n'aurait jamais eu des liens si privilégiés. »

Infirmière, TP3, 2022

Sur le « territoire pionnier » n°2, on observe également le double positionnement du médecin porteur de la démarche RP, à la fois médecin généraliste libéral puis hospitalier, et président de la CME de l'hôpital de proximité :

« Le premier président de l'association [...] qui porte la responsabilité populationnelle, c'est le docteur [B] qui était médecin libéral à une époque, puis médecin hospitalier, puis président de la CME de ce territoire-là. Donc, il a diffusé, dans le choix des personnes et de ses confrères qui l'ont remplacé, dans les liens qu'il a toujours voulu maintenir entre l'hôpital et la MSP, cette culture au plus près des acteurs. »

Responsable administratif GHT, TP2, 2022

Les acteurs se connaissent également depuis leur expérience commune d'engagement dans la gestion de l'épidémie de Covid-19. Ils se retrouvent lors de réunions, ce qui leur permet de réactiver leur réseau, faisant confiance d'emblée aux professionnels qu'ils ont croisés lors de la gestion de l'épidémie :

« C'est-à-dire que les gens se connaissent, [...] puisqu'ils avaient construit les dispositifs de vaccination, ils avaient construit les dispositifs de prélèvement pour les patients Covid et en fait, où ils ... En fait, ils ont parlé de leurs projets, ils ont parlé des préoccupations qu'ils avaient, des liens qu'ils pouvaient faire entre eux. Parce qu'il y avait toute une phase où c'était un peu à nouveau comme quand on se rencontre et que l'on se dit : « Ben nous, on a avancé sur cela ! » C'était un peu cela, c'est-à-dire qu'à un moment donné, l'hôpital avait recruté un gériatre – qui arrive lundi, là, du coup – et donc à un moment donné, cela a été le moment de l'information de l'arrivée de ce gériatre. Ce type d'information est très important dans l'équilibre entre des acteurs parce qu'à la fois, cela pouvait être : « Oui, mais s'il y a plus de temps de médecin gériatre à l'hôpital, peut-être que les libéraux vont moins intervenir notamment par rapport aux personnes âgées qui sont en Ehpad. » ou : « C'est une ressource supplémentaire pour le territoire et c'est une super nouvelle parce que cela va peut-être nous permettre de faire des choses nouvelles. » Quand les médecins de la MSP ont appris ce recrutement, et surtout qu'ils ont appris le nom de la personne, ils étaient super contents parce que c'était quelqu'un qu'ils connaissaient, quelqu'un avec qui ils avaient déjà travaillé, eu des contacts et [...] ... je me souviens de mon collègue qui est intervenu en disant : « Mais du coup, s'il vient pour nous, cela veut dire aussi peut-être qu'il va plus intervenir sur l'Ehpad. » Et tout de suite, la médecin a bien compris et a dit : « Aucun problème ! On le connaît, on sait qu'on va bien bosser avec lui et nous, à l'inverse, cela va nous permettre de prendre en charge plus de patients qu'aujourd'hui on ne peut pas prendre en charge dans notre patientèle. »

Direction GHT, TP2, 2022

L'un des cadres hospitaliers du GHT portant le projet « territoire pionnier » n°2 a mené une réflexion sur les différentes échelles territoriales :

« On a défini un peu trois territoires : un territoire d'actions pour aussi rappeler qu'il faut que ce soient les acteurs qui soient à l'initiative sur des territoires plutôt de bassins de vie, un territoire de projets qui est plutôt le territoire du GHT départemental que l'on a identifié comme un territoire de projets où d'ailleurs se mène la dimension de responsabilité populationnelle, et le troisième territoire, c'est le territoire de recours, donc plutôt régional, pour avoir des référents, et voilà, avoir des ... Et, on voulait insister sur la notion de territoires d'action pour aussi que les acteurs s'emparent du sujet. »

Responsable administratif GHT, TP2 2022

S'intéresser à ces échelles, c'est associer au travail territorial décrit ci-dessus un processus de transformation du secteur hospitalier dans son ensemble.

4.5. Un processus long, qui ne se limite pas à un travail de « tricotage » territorial, et nécessite également une transformation du secteur hospitalier

Dans cette réflexion, la place de l'hôpital de proximité, à la fois au sein du GHT et auprès de ses partenaires territoriaux (structures d'exercice coordonnées, collectivités territoriales...), est centrale. La Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2015 introduit le concept d'« hôpitaux de proximité », dont elle définit le rôle et auxquels elle attribue un mode de financement spécifique. Le décret du 20 mai 2016 précise les missions confiées à ces établissements de santé publics et privés implantés sur des territoires particuliers. Par leur implantation territoriale, leur taille, leur histoire, les hôpitaux de proximité incarnent un modèle de fonctionnement que les pouvoirs publics souhaitent généraliser. Au cœur des articulations entre le secteur hospitalier, ambulatoire et médico-social, ils visent à assurer une double proximité, organisationnelle et géographique, pour mieux structurer l'offre de soins et fluidifier les parcours de soins des patients. En première approche, on peut être tenté de considérer que le principal travail, pour le développement de l'expérimentation RP, consiste à rapprocher les professionnels de santé de l'hôpital des professionnels de santé de la ville, et l'on voit bien en effet que le travail de « tricotage territorial » est un chantier complexe, qui nécessite du temps, et que le renforcement du rôle de l'hôpital de proximité est susceptible de soutenir. Néanmoins, des transformations internes à l'hôpital sont également nécessaires, et celles-ci reposent sur une évolution de la culture hospitalière. Les promoteurs de la démarche RP à l'intérieur de l'hôpital déclarent ainsi avoir un travail de conviction à mener, notamment sur la manière d'accompagner les patients :

« Et sur la diabéto, c'est particulièrement intéressant parce que les vieux diabéto-logues ont une vision souvent très hospitalière. C'est-à-dire qu'on crée des troupeaux d'insulino-dépendants, ce n'est pas très compliqué. Bon, c'est très bien pour la T2A (tarification à l'activité), c'est moins bien pour le patient. [Il semblerait que] le docteur [TP2 médecin endocrinologue] a un tropisme ambulatoire important. C'est-à-dire qu'il fait partie de cette génération de praticiens qui sont beaucoup sur l'éducation thérapeutique, sur un suivi souple, en fonction du stade, du profil, etc. Parce qu'on est aussi sur une pathologie où normalement le patient est acteur, et d'autre part, là-dedans, les facteurs socio-économiques sont des éléments plutôt importants. »

Direction GHT, TP 2, 2022

Au-delà d'un travail territorial et d'une ouverture du GHT vers l'extérieur, permettant de faire fonctionner un réseau local complet d'acteurs au service de la santé globale des habitants à risque ou souffrant d'une maladie chronique – comme le diabète à un stade plus ou moins avancé de la maladie –, l'expérience de la pandémie de Covid-19 a, sur plusieurs territoires, constitué un catalyseur de dynamiques de coopération locale, qui ont été documentées dans plusieurs recherches (Bergeron *et al.*, 2020 ; Fournier *et al.*, 2021 ; Michel et Schweyer, 2021).

5. Le rôle central des infirmières, une profession en pleine évolution

Parmi les acteurs impliqués dans le développement de l'expérimentation « Responsabilité populationnelle », il est intéressant de souligner le rôle joué par le groupe professionnel infirmier, qui connaît des transformations importantes dans le système de santé français, entre universitarisation, spécialisation et segmentation.

La profession infirmière est largement représentée dans le développement des projets Responsabilité populationnelle, et impliquée dans une diversité d'activités. Les dénominations de leurs postes sont variées : « chargée de mission Responsabilité populationnelle », « infirmière de coordination », « infirmière de santé publique »... Leurs statuts (libéral ou salarié) diffèrent, de même que leurs appartenances institutionnelles (infirmière hospitalière, infirmière Asalée...). Certaines acquièrent des diplômes complémentaires (Master 2 en éducation à la santé par exemple, diplômes d'université en éducation thérapeutique, infirmière en pratique avancée, etc.), tandis que d'autres se forment par la pratique. Pour certaines, il s'agit d'une reconversion vers un travail plus administratif, et pour d'autres, d'un enrichissement des compétences.

Dans le travail territorial, elles assurent des fonctions différentes, soit d'organisation des coopérations professionnelles, soit de structuration des parcours des patients, allant parfois jusqu'à la gestion de cas ou la pratique d'une éducation thérapeutique. Ces fonctions sont parfois cumulées et s'exercent à des échelles différentes. Liées à des trajectoires professionnelles singulières, elles dépendent aussi largement des spécificités des territoires et de l'histoire des coopérations qui s'y sont construites.

Sans entrer dans le détail du travail des infirmières au sein des expérimentations Ipep et RP, nous soulignons ici trois aspects de leur pratique, qui nous semblent importants à considérer.

5.1. Des infirmières engagées dans une activité d'organisation, assimilée à un travail administratif

Certaines infirmières développent une activité d'organisation de réunions, de préparation de documents, de rédaction de comptes rendus... auquel elles ne se sentaient pas préparées, et qui rompt avec le travail clinique qu'elles exerçaient auparavant et qui correspond à leur formation.

« J'ai lu les guides qu'ils avaient reçus. J'ai préparé en amont les réunions, en faisant un « PowerPoint » et des livrets, pour les distribuer aux participants. Et ce qu'on faisait valider après en groupe projet, parce que du coup, je préparais, on validait. Et après, pendant les réunions, c'étaient les animateurs qui animaient la réunion en fait. Moi je faisais tout ce qui était comptes rendus, prises de notes. [Ça m'a

permis] d'assimiler, parce qu'au début, quand on arrive, on dit : « Responsabilité populationnelle », ça ne parle à personne. Moi, je m'attendais à faire... de la gestion de cas en fait, à appeler des patients. Et en fait non ! Au début ça m'a fait bizarre, parce que je me suis retrouvée sans patient. Parce que du coup, je faisais vraiment purement de l'administratif, préparer des réunions, enfin... C'était vraiment de l'organisation. J'étais un peu organisatrice événementiel, parce qu'il a fallu faire les listings, prendre contact avec les personnes. »

Infirmière, chargée de mission RP, TP2, 2022

Ce travail correspond à un « travail d'articulation » (Strauss, 1988), nécessaire à la coopération entre différents professionnels autour de projets partagés. Il rejoint ainsi le travail développé par les coordinatrices exerçant en maison de santé (Schweyer, 2022), et nécessite l'intégration d'impératifs gestionnaires dans le travail quotidien de ces professionnelles (Laude *et al.*, 2018).

5.2. Des infirmières engagées auprès des patients dans la coordination de leurs parcours, le dépistage ou l'éducation thérapeutique

Certaines infirmières développent des missions territoriales qui les conduisent à rencontrer des patients. C'est le cas de celles évoquées précédemment, engagées dans des actions d'information ou de dépistage sur des marchés, dans des associations comme la Croix-Rouge, ou dans des programmes d'éducation thérapeutique. D'autres s'investissent dans l'inclusion des patients dépistés :

« On voudrait développer le volet strate 0 qui concerne une population à risques et les strates 1 et 2 dont la population est suivie en ville. C'est une de nos actions prioritaires. On a recruté une infirmière de « coordination parcours » en charge de permettre l'inclusion de ces patients. Faire ce travail à la place des médecins de ville parce qu'eux n'ont pas le temps de le faire et l'ont bien dit. Comment on fait le lien et comment on inclut dans ces programmes. On va le faire dès le mois de mai. Ça va être très rapide... »

Responsable administratif, TP5, 2022

5.3. Des fonctions liées aux trajectoires professionnelles des infirmières et aux spécificités des territoires

Les fonctions territoriales investies par les infirmières dépendent de leurs trajectoires professionnelles, comme cela a été montré pour les infirmières en pratique avancée (IPA) (Schlegel, 2023 ; Giraud et Moraldo, 2024).

« On a aussi une IPA qui est en train de se former, il y a les deux IPA hospitalières et libérales qui sortent, et qui vont travailler ensemble. Et c'est vrai que nous, notre IPA, elle devait travailler aussi beaucoup sur les parcours, l'hôpital de jour, etc. ».

Directeur ou directrice GHT, TP2, 2022

Les trajectoires professionnelles se conjuguent également avec les spécificités des territoires, liées aux caractéristiques de leurs habitants, aux configurations d'offres de soins et de santé, et à l'histoire des dynamiques professionnelles (Suchier et Michel, 2021). Ainsi, concernant les projets RP portés par la FHF, certaines fonctions apparaissent dans certains territoires, et sont susceptibles d'être transposées dans d'autres :

« Chacun des cinq territoires à une spécificité. Enfin nous, par exemple, ce qui nous caractérise c'est [le dispositif ville-hôpital que nous avons mis en place] et d'ailleurs les quatre autres territoires se sont inspirés de ça et ont créé des postes d'infirmière en santé publique. Donc [...] en fait, on a partagé notre expérience. [...] On leur a transmis les fiches de poste, on leur a transmis les protocoles qu'on utilisait, voilà... la démarche en tant que telle... ils se sont inspirés de ce qui a été fait [même si c'était dans un contexte différent.]

Infirmière, chargée de mission RP, TP1, 2022

6. Conclusion

L'objectif de cette recherche était de décrire et d'analyser la participation de cinq groupements hospitaliers au processus expérimental d'Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) arrivé à son terme au début du mois de juillet 2024. Ces groupements hospitaliers avaient la particularité d'être engagés en parallèle dans une autre expérimentation, Responsabilité populationnelle (RP), portée par la Fédération hospitalière de France (FHF)

Cette configuration offrait l'occasion d'étudier les conditions de l'introduction des paiements incitatifs liés à l'expérimentation Ipep dans cinq groupements en train de déployer un type d'organisation commun, et d'explorer leurs usages et leurs effets à la fois sur l'organisation des soins et sur les pratiques des professionnels.

L'analyse sociologique a porté à la fois sur les enjeux auxquels répondaient les deux expérimentations et sur les contextes dans lesquels les structures étudiées évoluaient. Elle s'est attachée à identifier les visions portées par les équipes expérimentatrices et par celles des pouvoirs publics, et leurs interactions tout au long du processus expérimental Ipep, à décrire les pratiques professionnelles, les organisations et leur fonctionnement, ainsi que les transformations à l'œuvre, et enfin à comprendre les processus en jeu susceptibles de conduire à des transformations, ainsi que leurs effets perçus. Il ne s'agit pas d'une évaluation du processus expérimental RP.

Cette étude de cas, qui repose sur une démarche sociologique compréhensive, s'inscrit dans les contributions que l'équipe de l'Irdes a souhaité développer tout au long de l'évaluation de l'expérimentation Ipep, en apportant au processus expérimental une plus-value liée aux conversations et aux formes d'apprentissage que celles-ci ont permises entre les différentes parties prenantes, membres des équipes pilotant l'expérimentation, des équipes expérimentatrices et de l'équipe de recherche (Beaussier *et al.*, 2025⁸).

La recherche réalisée permet ainsi de comprendre que ces deux expérimentations se rejoignent sur la conviction partagée de la nécessité de structurer la coordination entre professionnels de santé sur un territoire, pour améliorer la qualité des prises en charge et leur efficacité. Mais elle montre aussi et surtout que ces expérimentations diffèrent dans la manière de penser et construire cette structuration : pour Ipep, l'objectif est de construire et évaluer un modèle économique permettant de partager entre financeurs et professionnels de santé des gains d'efficacité, calculés sur une patientèle (celle affiliée aux médecins traitants des groupements expérimentaux), en laissant chaque groupement construire l'organisation adaptée à sa situation. Pour RP, il s'agit de décliner dans plusieurs groupements hospitaliers un modèle d'organisation construit au niveau central par la FHF puis décliné au niveau territorial, l'hôpital s'appuyant sur des organisations de ville existantes. L'expérimentation RP ne repose pas sur un modèle économique, mais sur un modèle organisationnel défendant l'idée que cette approche populationnelle en ciblant précocement, sur un territoire donné, les personnes à risque de diabète ou d'insuffisance cardiaque, pourra réduire l'incidence des pathologies et générer sur le long terme des économies.

Ces différences fondamentales (ou « déliations ») ont eu des conséquences au niveau national : en dépit de l'important travail de suivi et des ajustements proposés par les

⁸ <https://sciencespo.hal.science/hal-05172554>

pilotes de l'expérimentation Ipep aux groupements hospitaliers accompagnés par la FHF, les modèles Ipep et RP se sont côtoyés sans dialoguer dans le cadre d'Ipep, du fait de la nécessité pour ses pilotes de construire un modèle économique unifié quel que soit le type de groupement, et de permettre une évaluation fondée sur des modes de calcul des financements directement liés aux files actives des médecins traitants, ce qui ne correspondait pas au sens donné à l'expérimentation RP par les porteurs des groupements hospitaliers qui s'y étaient engagés, ni aux données auxquelles ils avaient accès. Les deux expérimentations ne donnent pas la même place au médecin traitant : elle est centrale dans Ipep et son modèle économique, elle est périphérique dans le modèle organisationnel RP, qui se construit entre l'hôpital et tout un ensemble d'intervenants locaux.

Au niveau local, les « liaisons » entre les deux expérimentations ont permis aux équipes des « territoires pionniers » de disposer de moyens supplémentaires (utilisés notamment pour l'embauche de chargés de mission « Responsabilité populationnelle ») pour poursuivre, accélérer, et améliorer la cohérence des coopérations, dans une démarche de structuration de long terme. Cette démarche s'appuie, d'une part, sur des dispositifs préexistants (réseaux diabète, contrats locaux de santé (CLS), infirmières Asalée, maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), ou encore dispositifs d'appui à la coordination (DAC)) [Bloch et Hénaut, 2014 ; Bloch *et al.*, 2022]. D'autre part, cette démarche investit de nouveaux dispositifs comme les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), qui ont émergé en parallèle et sont susceptibles de faciliter l'articulation entre les intervenants en santé sur un territoire élargi. Les acteurs de terrain se sont engagés dans la structuration d'une démarche de santé publique au niveau local, qui s'inscrit à la fois dans les transformations de l'hôpital et dans celles de la ville, dont les soignants sont invités à entrer en dialogue pour coordonner leurs actions de promotion de la santé à l'échelle de la population d'un territoire, et à organiser des parcours de soins et de suivi des personnes à risque ou porteuses d'une maladie chronique. Des infirmières ont joué un rôle important dans ces nouvelles organisations du travail, tout comme dans les autres types de groupements (MSP, CDS et CPTS) ayant participé à l'expérimentation Ipep, où des infirmières ont également vu leur faisceau de tâches s'élargir, avec la prise en charge d'une variété croissante d'activités de coordination, de soin et de prévention tournées vers les patients (Afrite *et al.*, 2025).

Ainsi, comme pour les MSP, CDS et CPTS engagées dans l'expérimentation Ipep (Afrite *et al.*, 2025), la participation de ces cinq groupements hospitaliers à l'expérimentation Ipep a contribué à financer une structuration progressive de coopérations locales, s'inscrivant avant tout dans des dynamiques antérieures, appuyées sur des partenariats multiples qui ont permis l'usage des financements.

Dans ce contexte de transformation complexe de l'offre de soins de ville, notre enquête sociologique, si elle a permis d'observer le déploiement des expérimentations Ipep et RP, ne permet pas de comprendre dans quelle mesure certaines transformations sont liées spécifiquement à la participation des groupements hospitaliers à Ipep. En outre, en l'absence de mesure possible d'indicateurs de qualité et de performance économique, et avec une approche seulement théorique de la population concernée par l'expérimentation RP, les transformations réelles ne sont pas directement quantifiables, et l'évaluation économique prévue dans le programme de recherche ERA2 n'a pu être conduite comme elle l'a été pour d'autres types de groupement (MSP et CDS) [Mousquès *et al.*, 2026].

Les avis du Comité technique (CTIS) et du Conseil stratégique de l'innovation en santé (CSIS) de juin 2024⁹, s'ils reconnaissent l'intérêt des travaux conduits par la Fédération hospitalière de France (FHF) dans ce cadre, ne retiennent pas les établissements hospitaliers comme des organisations adaptées à une forme de rémunération liée au modèle économique développé dans l'expérimentation Ipep :

« Le modèle d'incitation proposé est plus complexe à mettre en œuvre pour des établissements de santé, en témoigne l'arrêt de certains projets : territoire important, lien plus distant avec les professionnels de ville et les médecins traitants. Bien que des expériences intéressantes aient pu être observées, notamment lorsqu'elles incluaient des hôpitaux de proximité, les projets portés par des établissements de santé se révèlent davantage porter une approche "populationnelle" et non "patientèle". Si les initiatives des établissements de santé qui ont pour objectif de conduire des actions sur le territoire avec les professionnels de ville méritent d'être soutenues, elles gagneraient à être accompagnées par des modalités de soutien financier plus adaptées. »

Avis CTIS et CSIS, juin 2024

L'expérimentation Responsabilité populationnelle (RP) portée par la FHF était quant à elle prise dans un mouvement plus large de réformes déjà engagées. Après avoir bénéficié de financements dans le cadre de l'expérimentation Ipep entre 2019 et 2024 pour cinq de ses groupements, elle continue à s'étendre depuis 2023 au-delà des « territoires pionniers », à l'initiative de structures hospitalières qui se saisissent de la démarche, avec le soutien des agences régionales de santé.

⁹ Consultables en ligne : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/les-experimentations/article/experimentation-d-une-incitation-a-une-prise-en-charge-partagee-ipep>

7. Bibliographie

- Afrite A., Bourgeois I., Bricard D., Cassou M., Chevillard G., Daniel F., Fournier C., Franc C., Guillaume S., Legrand J., Lucas-Gabrielli V., Morize N., Mousquès J., Pitti L., Schlegel V.** (2025). « Évaluation de rémunérations alternatives à l'acte (Era2), Rapport (volet 1) du programme d'évaluation Era2 sur l'expérimentation d'Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) inscrite dans l'article 51 de la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 20 18 ». Rapport, n° 594, Irdes.
- Aelony Y., Tschopp J.-M.** (2007). « Un grand réseau de soins médicaux intégrés : l'exemple de Kaiser Permanente en Californie. Témoignage d'un praticien ». *Rev Med Suisse*, n°3 : 484-8.
- Barnes A.-J. et al.** (2014). "Accountable Care Organizations in the USA: Types, Developments and Challenges". *Health Policy*, 118(1): 1-7.
- Baxter S., Johnson M., Chambers D., Sutton A, Goyder E, Booth A** (2018). "The Effects of Integrated Care: A Systematic Review of UK and International Evidence". *BMC Health Services Research*. May 10;18(1):350.
- Beaussier A.-L.** (2016). La santé aux États-Unis. Une histoire politique, Paris, Les Presses de Sciences Po, coll. « Académique », 260 p.
- Beaussier A.-L., Bourgeois I., Fournier C., Girault A., Legrand J., Morize N., Robelet M., Valiergue A.** (2025). Les sciences sociales dans l'évaluation des politiques publiques : pour une approche conversationnelle. *Sciences Po Liepp Working Paper*, n°181.
- Bergeron H., Borraz O., Castel P. Dedieu F.** (2020). Coordination, coopération et pouvoir. Covid-19 : une crise organisationnelle (p. 55-90). Presses de Sciences Po.
- Bloch M.-A. et Hénaut N.** (2014). Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social : La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social, Dunod.
- Bloch M.-A., Bouquet M.V., Robelet M.** (2022). Le dispositif d'appui à la coordination : un nouvel opérateur territorial en quête de légitimité. Chaire Santé de Sciences Po Paris (France), pp.187.
- Bourgeois I., Morize N., Fournier C.** (2021). « Accompagner le renouvellement de l'action publique en santé au niveau régional : des expérimentations nationales de l'article 51 qui apprennent à (dé)cadrer ». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 262.
- Boschma R.** (2005). "Proximity and Innovation: A Critical Assessment", *Regional Studies* 39(1), pp.61-74.

- Fisher E.-S., McClellan M.-B., Bertko J., Lieberman S.-M., Lee J.-J., Lewis J.-L., et al.** (2009). "Fostering accountable health care: moving forward in Medicare". *Health Affairs*, 28(2).
- Fournier C., Bourgeois I., Naiditch M.** (2018). « Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires ». *Questions d'économie de la santé*, Irdes, n°232.
- Fournier C., Michel L., Morize N., Pitti L., Suchier M., avec la collaboration de Bourgeois I. et Schlegel V.** (2021). « Les soins primaires face à l'épidémie de Covid-19. Entre affaiblissement et renforcement des dynamiques de coordination territoriale ». *Questions d'économie de la santé*, Irdes, n°260.
- Giraud F. et Moraldo D.** (2024). « Devenir infirmier en pratique avancée : les dimensions subjectives d'une mobilité discrète au sein du groupe infirmier ». *Formation emploi*, 165(1), 43-63.
- van Hoorn E.-S, Ye L., van Leeuwen N., Raat H., Lingsma H.-F** (2024). "Value-Based Integrated Care: A Systematic Literature Review". *Integrated Journal of Health Policy & Management*; 13: 8038.
- Juven P.-A.** (2016). Une santé qui compte ? Les coûts et les tarifs controversés de l'hôpital public. Presses Universitaires de France.
- Laude L., Michel L. et Schweyer F.-X.** (2018). « Comment les professionnels de santé s'approprient-ils les impératifs gestionnaires ? » Dans É. Minvielle, K. Gallopel-Morvan, J. Januel et M. Waelli, *Manager une organisation de santé : l'apport des sciences de gestion* (p. 75-97). Presses de l'EHESP.
- Linder W., Ssegonja R., Feldman I., Kristiansson R.-S., Marchi J., Winblad U.** (2025). "Inter-Organizational Coordination to Improve Patient Outcomes in Multimorbid Older Patients Following Hospital Discharge - a Systematic Review". *International Journal of Integrated Care*. May 12;25(2):12.
- Luan L., Fournier C., Afrite A.** (2023). « Infirmière en pratique avancée (IPA) en soins primaires : la construction difficile d'une profession à l'exercice fragile ». *Questions d'économie de la santé*, Irdes, n°277.
- McClellan M., McKethan A.-N., Lewis J.-L., Roski J., Fisher E.-S.** (2010). "A National Strategy to Put Accountable Care into Practice". *Health Affairs*, 29(5): 982-90.
- Malone A. et al.** (2021). Rapport annuel de la Fédération hospitalière de France.
- Michel L. et Schweyer F.-X.** (2021). « La sécurité sanitaire au village. La crise du Covid-19 vue d'en bas ». *Revue française des affaires sociales*, 13-35.
- Morize N.** (2024). « Les coûts de l'autonomie : économistes et médecins libéraux dans Les réformes expérimentales des soins primaires ». Thèse de doctorat en sociologie. Paris: Institut d'études politiques de Paris.

- Morize N., Schlegel V.** (2023). « Les usages des financements expérimentaux Ipep et Peps dans cinq maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Vers une redéfinition des frontières professionnelles autour de la division du travail de soin ? ». *Questions d'économie de la santé*, Irdes, n° 275.
- Morize N., Bourgeois I., Fournier C.** (2021). « Renouveler l'action publique en santé : un article (51) pour expérimenter avec les organisations de santé ». *Questions d'économie de la santé*, Irdes, n° 261.
- Mousquès J., Cassou M., Daniel F., en collaboration avec Franc C. et Bri-card D.** (2026). Évaluation de rémunérations alternatives à l'acte (ERA2). Rapport (volet 2) du programme d'évaluation ERA2 sur l'expérimentation de Paiement en équipe de professionnels de santé en ville (Peps) inscrite dans l'article 51 de la LFSS pour 2018. Évaluation d'impact d'un changement de mode de rémunération de la médecine générale d'une logique à l'acte vers une logique de capitation. *Rapport de l'Irdes*, à paraître (septembre 2026).
- Mousquès J. et Lenormand M.-C.** (2017). « L'expérience américaine des Accountable Care Organizations : des enseignements pour la France ? ». *Questions d'économie de la santé*, Irdes, n°227.
- Rabiller S., Friot-Guichard V.** (2019). « Structuration de l'offre de soins dans les territoires. Hôpitaux de proximité, vecteurs de redynamisation de l'organisation de la santé ? » *Revue Droit et Santé*, n°92.
- Rocks S., Berntson D., Gil-Salmerón A., Kadu M., Ehrenberg N., Stein V., Tsiachristas A.** (2020). "Cost and Effects of Integrated Care: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis". *European Journal of Health Economics*. Nov;21(8):1211-1221.
- Schweyer F.-X.** (2022). « La professionnalisation des coordinatrices des maisons de santé. L'émergence incertaine d'un métier ». In : Denise *et al.* Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques, *Ouvrage n°8*, série sociologie, Irdes, Paris.
- Schlegel V.** (2023). Une analyse du déploiement des infirmières en pratique avancée exerçant en soins primaires sur le territoire francilien. *Rapport de l'Irdes*, n° 588.
- Schlegel V.** (2022). « Des médecins entrepreneurs de la transformation des soins primaires. Une analyse des conditions d'engagement des porteurs libéraux dans les expérimentations Ipep et Peps ». *Questions d'économie de la santé*, Irdes, n° 273.
- Strauss A.** (1988). "The Articulation of Project Work: An Organizational Process". *Sociological Quarterly*, 29, 163-178.
- Suchier M., Michel L., avec la collaboration de Fournier C.** (2021) « Des tensions entre dynamiques professionnelles et interprofessionnelles dans le travail des aides à domicile, des aides-soignantes et des infirmières en soins primaires ». *Questions d'économie de la santé*, Irdes, n° 263.
- Tu T., Muhlestein D., Kocot L., White R.** (2015). "The Impact of Accountable Care: Origins and Future of Accountable Care Organizations". *Leavitt Partners White Paper*.

Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) et Responsabilité populationnelle (RP) : la difficile articulation de deux expérimentations visant à promouvoir des actions de santé coordonnées

Enquête de terrain sur la mise en œuvre de l'expérimentation Ipep dans cinq groupements hospitaliers de territoire (GHT)

Isabelle Bourgeois, (Irdes, *Icone médiation santé, Université Paris Dauphine PSL*)

L'expérimentation d'« Incitation à une prise en charge partagée » (Ipep) a été lancée en 2018 par le ministère des Solidarités et de la Santé et la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam), dans le cadre de l'article 51 de la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2018, qui ouvre la possibilité de mettre en place des expérimentations dérogatoires aux règles tarifaires de droit commun.

L'expérimentation Ipep teste un nouveau modèle de financement collectif visant à inciter les acteurs de santé exerçant dans différents secteurs à se coordonner pour améliorer la prise en charge de la santé d'une population à l'échelle d'un territoire. Elle a rassemblé une trentaine de projets aux caractéristiques différentes : 16 projets Ipep ont été portés exclusivement par des groupements libéraux (maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)), 10 projets par des entités hospitalières, dont l'un est mixte (CPTS-hôpital), et 3 projets par des centres de santé (CDS).

Le présent rapport s'intéresse plus spécifiquement à la mise en œuvre de l'expérimentation Ipep dans cinq groupements hospitaliers de territoire (GHT), qui avaient pour particularité d'être tous engagés en parallèle dans une autre expérimentation dénommée « Responsabilité populationnelle » (RP). Cette dernière, pilotée par la Fédération hospitalière de France (FHF) sur un calendrier assez similaire à celui de l'expérimentation Ipep, visait à implanter un modèle de coopération territoriale entre des acteurs hospitaliers et extrahospitaliers. Cette configuration permettait d'étudier les conditions de l'introduction du modèle économique Ipep dans des groupements en train de déployer un nouveau type d'organisation, et d'explorer les conditions, les usages et les effets de ces financements, à la fois sur l'organisation des soins et sur les pratiques des professionnels.

Cette étude montre que si les deux expérimentations Ipep et RP se rejoignent sur l'objectif d'améliorer la coordination entre professionnels de santé sur un territoire, des différences importantes dans leurs démarches respectives les ont conduites à se côtoyer sans dialoguer dans le cadre expérimental national Ipep. Alors qu'Ipep s'appuie sur un modèle économique qui donne une place centrale au médecin traitant, l'expérimentation RP se déploie à partir de l'hôpital, et vise à générer des économies à long terme grâce à une meilleure structuration des coopérations ville-hôpital, en s'appuyant à la fois sur des dispositifs préexistants et émergents. Or l'expérimentation RP ne s'est pas ajustée aux besoins du modèle économique Ipep. Les financements reçus dans ce cadre jusqu'en 2024 ont permis aux groupements hospitaliers concernés de déployer l'expérimentation RP. Depuis, celle-ci se poursuit indépendamment d'Ipep, avec le soutien des agences régionales de santé (ARS).