



## **RESUME DES TITRES ET TRAVAUX**

Pierre-Henri Bréchat

2016

---

### *SOMMAIRE*

---

2 I. CV

---

10 II. RESUME DE LA CARRIERE SCIENTIFIQUE

- II.1. Parcours de recherche
  - II.2. Expérience pédagogique
- 

33 III. PROGRAMMES DE RECHERCHE

- III.1. Prévention, déterminant de la santé activités physiques et sportives et consultation de l'aptitude physique du senior
  - III.2. Besoins de santé, territoires de santé et allocation de ressources : approche opérationnelle par le concept d'handicap social
  - III.3. Précarité, permanence d'accès aux soins de santé et centre de santé primaire polyvalent
  - III.4. Planification sanitaire et sociale
  - III.5. Démocratie sanitaire et démocratie participative en santé
  - III.6. Politique de santé et droit de la santé. : pour un système de santé et d'Assurance maladie efficient et efficace socialement
- 

55 IV. PUBLICATIONS

---

66 V. CONTRATS OBTENUS

---

---

**I. CV de Pierre-Henri Bréchat**

---

**DONNEES PERSONNELLES**

Né en 1963 à Besançon

Marié en 1988

adresse personnelle : 11 rue de l'asile Popincourt, 75011 Paris

adresse hospitalière : Centre Cochrane Français, hôpital de l'Hôtel-Dieu, Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (APHP), 1 place du Parvis Notre-Dame, 75181 Paris Cedex 4

tél : 01 42 34 78 31

adresse électronique : pierre-henri.brechat@htd.aphp.fr

adresse universitaire : Institut Droit et Santé (IDS) – Inserm UMR S 1145 - de l'Université Paris 5 (Paris Descartes), Département des politiques de santé, Université Sorbonne Paris-Cité, 45 rue des Saints-Pères, 75270 Paris Cedex 6

mob. : 06 81 78 73 80

**FORMATION**

1983-1991	Etudes de Médecine, UFR de Franche-Comté, Besançon
1987-1991	Remplacements d'infirmiers au centre hospitalier universitaire de Besançon (hématoologie, traumatologie, néonatalogie)
1992-1994	Résidatnat des Hôpitaux de Franche-Comté
	Semestres :
	- Benichou : urgences, centre hospitalier de Lons-le-Saunier (gardes d'urgences)
	- Berthou : cardiologie, soins intensifs et médecine interne, centre hospitalier de Lons-le-Saunier (gardes aux soins intensifs et de médecine générale)
	- Kara : centre hospitalier de Belfort (gardes d'urgences)
	- Leenhardt : centre hospitalier universitaire de Besançon (garde d'urgences)
1991-1995	Remplacements de médecine générale avec gardes de secteur et exercice en maison de retraite
1994	Doctorat en Médecine, Université de Franche-Comté, 1994
	DEA de Biologie de l'Exercice Musculaire, Université Claude Bernard Lyon 1
1995	Capacité de Médecine du Sport de l'université de Franche-Comté
1997	Capacité d'Aide Médicale Urgente de l'université de Paris 12-Val de Marne
	Attestation d'Etudes Universitaires de Sécurité Sociale de l'Université de Claude Bernard Lyon 1
1999	Diplôme de Santé Publique, obtenu lors de la formation de médecin inspecteur de santé publique à l'Ecole nationale de la santé publique (ENSP)
2001	Doctorat en Sciences de la Vie et de la Santé, Université de Franche-Comté
2003-2004	Formation « Management des politiques régionales de santé », ENSP
2004	Formation « Pilotage de la performance », Direction générale de la santé, ministère en charge de la santé
2005	Master « analyse et gestion des établissements de santé – AGES » de l'Université Paris 7
	Diplôme inter-universitaire de Physiopathologie de l'exercice et explorations fonctionnelles d'effort des Universités de Montpellier 1, Strasbourg Louis Pasteur, Paris 7 et Paris 13
2006	Qualification en Santé Publique et Médecine Sociale, Conseil National de l'Ordre des Médecins
	Habilitation à diriger des recherches, Université Paris 8 (Vincennes-Saint-Denis)
2012	Doctorat en droit public, Université Paris 2 (Panthéon-Assas) : « Territoires et égalité d'accès aux soins et à la santé »
2014	Diplômé de l'Advanced Training Program (ATP) in health care delivery improvement (programme de formation avancée en amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des patients) de l'Institute for Healthcare Leadership d'Intermountain Healthcare des États-Unis d'Amérique, 2014. Cette formation porte sur la théorie de l'amélioration continue de la qualité, les méthodes analytiques et les techniques de mise en œuvre, y compris l'utilisation efficace des directives et des protocoles cliniques ainsi que sur le management des équipes dans le but d'améliorer en continue l'efficience clinique et l'efficience organisationnelle.

**OBLIGATIONS MILITAIRES**

1991-1992 Service National comme médecin aspirant en Guyane Française, engagé dans le soutien médical des personnels provisoirement déplacés du Surinam, remplacement des médecins militaires des troupes de marine surveillant le Maroni, responsable adjoint de l'hôpital de campagne de Saint-Jean du Maroni, missions en forêt  
*Médaille de bronze de la Défense Nationale avec agrafes Troupes de Marine et Service de Santé des Armées*  
*Témoignage de satisfaction*

**EXPERIENCE PROFESSIONNELLE APRES LE RESIDANAT**

1994-1996 Assistant des Hôpitaux de Franche-Comté, département SAMU, urgences, unité médicale d'accueil et centre antirabique du centre de Belfort (garde d'urgences et de SMUR)

1996-1997 Médecin Scolaire, centre médico-scolaire de Lons-le-Saunier (consultations)

1997-1998 Médecin contractuel à la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) du Territoire de Belfort, faisant fonction de médecin inspecteur de santé publique (MISP)

1998-1999 MISP stagiaire à l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et à la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) de Franche-Comté en alternance avec les formations à l'ENSP

1999-2000 MISP à la DDASS du Doubs, à mi-temps

1999-2001 Chargé de recherches du laboratoire d'analyse des politiques sociales et sanitaires (LAPSS) de l'ENSP à mi-temps

2000-2001 MISP à la DDASS du Doubs, à temps plein

2000-2009 Chercheur associé du LAPSS de l'ENSP

2001-2004 MISP à la Direction générale de la santé (DGS) du ministère en charge de la santé (bureau de l'analyse des besoins et objectifs de santé : SD1A, sous-direction des politiques de santé et stratégies : SD1)

2004-2010 Praticien hospitalier du service de santé publique et économie de la santé du groupe hospitalier Lariboisière-Fernand Widal, AP-HP (consultations au centre de dépistage anonyme et gratuit-CDAG)

2005-2011 Chercheur associé et chargé d'enseignements du laboratoire droit médical et de la santé - EA 1581 - de l'Université Paris 8 (Vincennes Saint-Denis)

2007-2008 Mobilité au pôle de gériatrie, hôpital de la Robertsau, hôpitaux universitaires de Strasbourg (HUS)

2009-2011 Chercheur du centre d'analyse des politiques publiques de santé (CAPPs), centre de recherche interdisciplinaire de l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) en partenariat avec la Chaire santé de Sciences Po

2009-2011 Professeur attaché de l'EHESP

2009-2012 Membre du comité de direction de la Chaire santé de Sciences Po

2010 Membre de l'Institut Droit et Santé (IDS) – EA 4473 - de l'Université Paris 5 (Paris Descartes)

2010-2011 Mobilité à la polyclinique Baudelaire-permanence d'accès aux soins de santé (PASS) de l'hôpital Saint-Antoine, AP-HP (reprise des consultations de Jacques Lebas et enseignement-recherche à mi-temps)

2011 Chercheur associé dans l'équipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins, UMRS 707 (Inserm-UPMC), Université Paris 6

2011 Chercheur du département des politiques de santé de l'Université Sorbonne Paris-Cité qui associe l'IDS – EA 4473 - de l'Université Paris 5 (Paris Descartes), la Chaire santé de Sciences Po, l'EHESP et le laboratoire interdisciplinaire de recherches appliquées en économie de la santé (LIRAES) de l'Université Paris 5

2012 Mobilité au Centre Cochrane Français, hôpital de l'Hôtel-Dieu (APHP)

Membre du Centre d'Études et de Recherches de Sciences Administratives et Politiques (CERSA) - UMR CNRS 7106 de l'Université Paris 2 (Panthéon-Assas) qui dépend du département des Homme et Société du CNRS

2013 Membre de l'Institut Droit et Santé (IDS) – Inserm UMR S 1145 - de l'Université Paris 5 (Paris Descartes)

Membre du comité exécutif de la Chaire santé de Sciences Po.

	Professeur affilié de l'EHESP au département des Sciences Humaines, Sociales et des Comportements de santé (SHSC)
	Responsable du groupe de travail en planification de la santé (GTPS) de l'EHESP et du département des politiques de santé de l'Université Sorbonne Paris-Cité
	Membre associé du Centre d'Études et de Recherches de Sciences Administratives et politiques (CERSA), ) - UMR CNRS 7106 - de l'Université Paris 2 (Panthéon-Assas)
2014	Fellowship de l'Institute for Healthcare Leadership d'Intermountain Healthcare des États-Unis d'Amérique (Brent James, Lucy Savitz, Pascal Briot)
2015	Fellowship d'Intermountain Healthcare des États-Unis d'Amérique (Charles Sorenson) Membre de l'Association Française de Droit de la Santé (AFDS)

## ENSEIGNEMENTS

- Intervenant au master II professionnel « droit sanitaire et social » de l'Université Paris 2 – Panthéon Assas (depuis 2014)
- Intervenant au master II professionnel « droit international et comparé de la santé » de l'Université Montpellier 1 (depuis 2014)
- Intervenant de l'Executive Master « Gestion et politiques de santé » de Sciences Po (depuis 2009)
- Responsable depuis 2013 et intervenant de l'UE 8 « Les démarches de régulation, d'aide à la décision et de planification appliquées au champ sanitaire et social » de l'EHESP et de sa séquence 1 « Régulation, aide à la décision, planification et programmation. Définition des besoins et des offres : du projet régional de santé aux démarches de planification appliquées au champ social »
- Co-responsable et intervenant de l'UE « Régulation, aide à la décision, planification » de l'EHESP co-habillée au master II professionnel « analyse et gestion des établissements de santé (AGES) » puis « analyse et management des établissements de santé (AMES) » de l'Université Paris 7 (2004-2013)
- Intervenant au master II professionnel « analyse et gestion des établissements de santé (AGES) » puis « analyse et management des établissements de santé (AMES) » de l'Université Paris 7 (2004-2013)
- Intervenant de l'UE ESS2 « droit des malades et déontologie médicale » du master 1 Santé de l'UFR de Médecine de l'Université Paris 7 (depuis 2012-2013)
- Intervenant au master II professionnel « droit de la gestion des établissements de santé » de l'Université Paris 8 (2008-2012)
- Intervenant au master II recherche « droit de la santé, médical et médico-social » de l'Université Paris 8 (2004-2011)
- Intervenant de l'Université de Paris 7 au DEA « sciences économiques et de la santé » de l'Université de Taomasina à Madagascar (2006-2007)
- Animateur au module interprofessionnel de santé publique (inspecteurs de l'action sanitaire et sociale-IASS, pharmaciens inspecteurs de santé publique, MISP, directeurs d'hôpitaux, directeurs d'établissements sanitaires et sociaux) de l'EHESP sur un sujet des priorités de santé publique (1999-2009)
- Animateur et intervenant au module de formation initiale des inspecteurs des actions sanitaires et sociales (IASS) et des MISP de l'EHESP (2001-2003)
- Intervenant de la formation « Mise en œuvre et évaluation d'actions de prévention » de Sciences Po (2009-2010)
- Intervenant de la formation « Actualité de la protection sociale », septième journée « Les ARS : quel premier bilan, un an après leur mise en place ? » de Sciences Po en partenariat avec l'EN3S (2010-2011)
- Intervenant de la spécialisation « Conception et gestion des politiques de santé », module « fondements philosophiques des politiques de santé publique », mastère spécialisé en santé publique du CNAM (2011-2012)
- Intervenant national pour le ministère en charge de la santé et l'association nationale pour la formation continue du personnel médical des hôpitaux publics en administration et gestion (AFMHA) (2006-2008)
- Membre du jury de fin de formation des élèves directeurs d'hôpitaux de l'EHESP (2010-2011)
- Membre du jury du module interprofessionnel de santé publique (2010-2011)
- Membre du jury de soutenance des mémoires du master II pro « Pilotage des politiques et actions en santé publique » de l'EHESP et de l'Institut d'Etudes Politiques de Rennes ainsi que de la formation des élèves directeurs d'hôpitaux de l'EHESP (2011).

## MEMOIRES ET THESES

1. *Réponses hémodynamiques et respiratoires à un exercice de pédalage pratiqué à l'air ambiant et en immersion.*  
Mémoire de Thèse de Doctorat en Médecine de l'Université de Franche-Comté, Besançon, 1994.

2. *Réponses hémodynamiques à un exercice de pédalage pratiqué à l'air ambiant et en immersion.* Mémoire de Diplôme d'Etudes Approfondies de Université Claude Bernard-Lyon 1, Lyon, 1994.
3. *La rééducation fonctionnelle en piscine est-elle prescriptible à tous ? Et quels en sont ses coûts ?* Mémoire d'Attestation d'Etudes Universitaires de Sécurité Sociale de Université Claude Bernard-Lyon 1, Lyon, 1997.
4. *Comment les acteurs du système de santé, dont le Médecin Inspecteur de Santé Publique, apprennent-ils à construire les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire ?* Mémoire de fin de formation de Médecin Inspecteur de Santé Publique pour l'obtention du diplôme de santé publique, Ecole Nationale de Santé Publique, Rennes, 1999.
5. *Sollicitations respiratoires et hémodynamiques lors de l'exercice immergé. Implications en santé publique.* Mémoire de Thèse de Doctorat en Sciences de la Vie et de la Santé de l'Université de Franche-Comté, Besançon, 2001.
6. *La consultation de l'aptitude physique du senior : Premiers résultats médico économiques ; La consultation de l'aptitude physique du senior : Premiers éléments pour les promoteurs.* Mémoire de fin de formation du master II professionnel « analyse et gestion des établissements de santé (AGES) » de l'Université Paris 7 (Paris Diderot), Paris, 2005.
7. *Lois, management de la santé, santé publique et prévention : Pour une politique de santé publique.* Mémoire pour l'Habilitation à Diriger des Recherches de l'Université Paris 8, Saint-Denis, 2006.
8. *Territoires et égalité d'accès aux soins et à la santé.* Mémoire de Thèse de droit public de l'Université Paris 2 (Panthéon-Assas), Paris, 2012.

### **SOCIETES SAVANTES – COLLÉGIALES – THINK TANK**

Société Française de Santé Publique (SFSP), entre 1999 et 2011.

Collège Universitaire des Enseignants de Santé Publique (CUESP), membre du conseil d'administration, 2011.

Séminaire « Prospective Santé 2020 » de la Chaire santé de Sciences Po, de l'EHESP, du ministère en charge de la santé et de la CNAMTS (2011-2013).

Association Française de Droit de la Santé (AFDS), depuis 2013.

### **CONSEILS SCIENTIFIQUES**

1. Expert de la commission interministérielle « *Promotion de la santé par les activités physiques et sportives et prévention des conduites dopantes* » du Ministre délégué à la Santé, 2001-2002.
2. Référent pour la direction générale de la santé du ministère en charge de la santé du « *plan Biotox pour le risque Variole* », 2001-2002.
3. Expert de la commission « *Prévention, Sport, Santé* » du Ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, 2008.
4. Expert du comité français pour aider à la « *redéfinition du système de santé du Kurdistan d'Irak* » du Ministre des Affaires étrangères et européennes, 2009.
5. Expert de la *prospective santé 2030-prévention 2010* de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), 2010.
6. Expert du séminaire de travail « *Réduire les inégalités sociales de santé* » de la Chaire santé de Sciences Po, de Médecins du Monde, du centre d'analyse des politiques publiques de santé de l'EHESP, et de la Société Française de Santé Publique, 2011.
7. Membre du comité scientifique et de rédaction du Journal de Gestion et d'Economie Médicales (JGEM), depuis 2012.
8. Expert « *santé et accès aux soins* » de la « *conférence contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale* » du Premier Ministre, en lien avec la Conférence nationale des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE), 2012.
9. Expert du comité d'évaluation SHS 1 (Sociétés, espaces, organisations et marchés) des programmes Blancs et Jeunes Chercheurs de l'Agence Nationale de la Recherche (ANR), 2013.
10. Expert du groupe « tarification à l'activité, réformes hospitalières et vieillissement » constitué à la demande de Réjean Hébert, ministre de la Santé et des Services sociaux et Ministre responsable des Aînés du Gouvernement du Québec, 2013.
11. Membre du comité de rédaction du Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie (JDSAM) et co-responsable avec le Professeur Didier Tabuteau et Madame Marie Grossot de la chronique « organisation sanitaire, politiques de santé », depuis 2013.

12. Expert de la commission interministérielle « *activités physiques et sportives et seniors* » du Ministre des Sports, de la Jeunesse, de l'Education populaire et de la Vie associative, 2013.
13. Expert du conseil scientifique conjoint des « *centres de prévention et des pratiques dans les établissements médico-sociaux et sanitaires* » d'Agirc-Arrco, depuis 2014.

#### DIRECTION D'ETUDIANTS

1. Mdihi Agnès. *Régulation hormonale de la volémie au cours de l'exercice en immersion*. Mémoire de Thèse de Doctorat en Médecine de l'Université de Strasbourg, Strasbourg, 1997.
2. Buffa D, Cadiou S, Couillandre G, Erpelding E, Jegou Le Bris, Romero Solvas M. *L'évaluation et l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées vivant en établissement*. Mémoire de module interprofessionnel (MIP) de santé publique, EHESP, Rennes, 1999.
3. Vercherin Pierre. *La qualité de vie dans le domaine de la santé. Intérêt, concept et mesure*. Mémoire de Thèse de Doctorat en Médecine de l'Université de Franche-Comté, Besançon, 2000.
4. [Auteurs]. *Les enjeux et les possibilités futures des prises en charge sanitaires et médico-sociales pour les personnes âgées ayant une pathologie mentale*. Mémoire de module interprofessionnel (MIP) de santé publique, EHESP, Rennes, 2000.
5. Abdesselam Z, Augeard M, Chauvel K, Dourthous MC, Froger S, Lacroix F, Malzieux C, Ourizi G, Roussel A, Thevret A. *Quel droit au risque pour une promotion de la qualité de vie en EHPAD ?* Mémoire de module interprofessionnel (MIP) de santé publique, EHESP, Rennes, 2001.
6. Aschenbrenner V, Desseigne C, Lacassagne J, Mennessier B, Michel C, Ordonnez V, Pichon S, Pioch S, Steiner D, Tetu C, Valentin E. *Promotion de la santé par les activités physiques et sportives pour les personnes âgées. Intérêts et état des lieux des expériences exemplaires en France*. Mémoire de module interprofessionnel (MIP) de santé publique, EHESP, Rennes, 2002.
7. Cauhape J, Ceysson M, Drivet A, Hilaire M, Hilareau I, Leandri-Knipper G, Merlaud P, Pereto A. *Usagers en santé mentale : Place actuelle et à venir dans les politiques régionales de santé et les dynamiques d'établissements*. Mémoire de module interprofessionnel (MIP) de santé publique, EHESP, Rennes, 2003.
8. Antoine J, Bernicot A, Bruyère V, Dugast C, Dumas D, Durand M, Guccione L, Labernadie M, Lhomme C, Pages C, Vincent S. *Les activités physiques et sportives : un outil de promotion de la santé. La mise en place d'un plan de remise en activité physique des seniors à Rennes*. Mémoire de module interprofessionnel (MIP) de santé publique, EHESP, Rennes, 2005.
9. Besnier Magali. *Accouchements et handicap social : optimiser la cohérence de l'action publique entre le sanitaire et le social*. Mémoire de Master II professionnel « analyse et gestion des établissements de santé : AGES » de l'Université Paris 7, 2006 (Gynécologie obstétrique & fertilité, 2009).
10. Augagneur C, Bertron A, Bijaye X, Faure X, Knopf A, Lebarzic JM, Peschet I, Ugolin N, Vendrame S. *Indicateurs de mesure d'objectifs en santé publique : Intérêts et enjeux. L'exemple de la psychiatrie et de la santé mentale*. Mémoire de module interprofessionnel (MIP) de santé publique, EHESP, Rennes, 2006.
11. Augier M, Barillet E, Blaise P, Boussemart S, Debray S, Necker N, Demidenko A, De Ren I, Diane S, Lenoire-Labrevois L, Mermet F. *Handicap social et santé : Optimiser les prises en charge dans une optique de qualité et d'efficience*. Mémoire de module interprofessionnel (MIP) de santé publique, EHESP, Rennes, 2007.
12. Garrabé Eliane. *Actes de biologie, établissements de santé civil et militaires, recommandations de bonnes pratiques et réformes hospitalières: Exemple de la prise en charge du diabète*. Mémoire de Master II professionnel « analyse et gestion des établissements de santé : AGES » de l'Université Paris 7, 2007 (Santé publique, 2009).
13. Haidar Alhadhur. *Analyse de la présence d'une pharmacie à l'hôpital cas du CHRP de Toamasina*. Mémoire du DEA « sciences économiques et de la santé » de l'université de Taomasina (Madagascar) et de l'Université de Paris 7, 2007.
14. Baozandry Erline. *L'épidémie de dengue de 2006 à Toamasina*. Mémoire du DEA « sciences économiques et de la santé » de l'université de Taomasina (Madagascar) et de l'Université de Paris 7, 2007.
15. Lin Jingyuan. *Le système de santé chinois : Des défis à relever*. Mémoire de Master II professionnel « analyse et gestion des établissements de santé : AGES » de l'Université Paris 7, 2008 (Gestions hospitalières, 2008).
16. Dumont Clémence. *EPRD : été prévisionnel des recettes et des dépenses : Bilan à 6 mois d'une mise en œuvre dans un établissement public de santé et ses pôles d'activité*. Mémoire de Master II professionnel « analyse et gestion des établissements de santé : AGES » de l'Université Paris 7, 2008 (Gestions hospitalières, 2008).
17. Bartonicek Catherine, Guénard Frédéric, Labrousse Sylvie, Lagabrielle Laure, Lapostolle Benjamin, Mellot Florian, Mortureux Anne-Marie, Weibel Nathalie. *Comment pérenniser la consultation de l'aptitude physique du*

- senior (CAPS) pour en généraliser l'accès ?* Mémoire de module interprofessionnel (MIP) de santé publique, EHESP, Rennes, 2008.
18. Bréchat Nathalie. *Personnes âgées, précarité, handicap social et durée de séjour : étude pilote au groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal de Paris.* Mémoire de Master II professionnel « analyse et gestion des établissements de santé : AGES » de l'Université Paris 7, 2008 (Presse Médicale, 2010).
19. Wang Jun. *Globalisation : l'impact sur la prise en charge des soins. L'exemple de la dialyse des insuffisants rénaux terminaux.* Mémoire de Master II professionnel « analyse et gestion des établissements de santé : AGES » de l'Université Paris 7, 2008 (Gestions hospitalières, 2009).
20. Atété-Leblanc Ruta. *Parturientes précaires, tarification à l'activité et réhospitalisation : étude pilote au groupe hospitalier Lariboisière – Fernand - Widal de Paris.* Mémoire du Master 2 Professionnel « Droit de la gestion des établissements sanitaires, sociaux et médico sociaux » de l'Université Paris 8, Saint-Denis, 2009 (Gynécologie obstétrique & fertilité, 2012).
21. Blond Chloé, Bottin Franck, Guézéquel Bruno, Guillemot Mathilde, Horvath Maria, Mainpin Clémence, Muller Marie, Prat Vélléda. *L'accueil des populations précaires à l'heure du plan hôpital 2007. Le cas des femmes en situation précaire accouchant à l'hôpital.* Mémoire de module interprofessionnel (MIP) de santé publique, EHESP, Rennes, 2009 (Gynécologie obstétrique & fertilité, 2011).
22. Saint-Marc Thierry. *Bilan à deux ans de la mise en place de pôles d'activité.* Mémoire du Master 2 Professionnel « Droit de la gestion des établissements sanitaires, sociaux et médico sociaux » de l'Université Paris 8, Saint-Denis, 2009 (Gestions hospitalières, 2010).
23. Kubiak Sylwia. *Les aspects juridiques de la gestation pour autrui en droit comparé : international, européen, Pologne, France et Grande-Bretagne.* Mémoire du Master 2 Recherche « Droit de la santé médical et médico-social» de l'Université Paris 8, Saint-Denis, 2009 (Doctorante, 2010).
24. Hasni Saoussen. *Evaluation de la prise en charge des suicidants à la sortie de la réanimation médicale et toxicologique.* Mémoire de Master II professionnel « analyse et gestion des établissements de santé : AGES » de l'Université Paris 7, 2009 (Revue hospitalière de France, 2013).
25. Lecocq Frédérique. *Aides soignantes, hôpital et réformes : vers un risque de précarisation.* Mémoire du Master 2 Professionnel « Droit de la gestion des établissements sanitaires, sociaux et médico sociaux » de l'Université Paris 8, Saint-Denis, 2010 (Gestions hospitalières, 2010).
26. Ayikoué Fabrice M-Y. *L'hospitalisation privée en république du Bénin : contribution à une étude sur le droit de la santé.* Mémoire de Thèse de Droit public de l'Université Paris 8, Saint Denis, 2011.
27. Bientz Florence. *Conception juridique de l'acte médical dans le cadre d'une pluralité d'intervenants.* Mémoire de Thèse de Droit public de l'Université Paris 8, Saint Denis, 2011.
28. Xu-Zimuda Pi. *Retard de prise en charge de, pathologies graves au cours de la pandémie de grippe A/H1N1en 2009.* Mémoire de Thèse de Doctorat en Médecine de l'Université Paris 5, Paris, 2011.
29. Baillot Julie. *Problèmes d'accès aux soins des mineurs à Mayotte : Notre expérience dans un centre de soins Médecins du monde.* Mémoire de Thèse de Doctorat en Médecine de l'Université Claude Bernard-Lyon 1, présentée à l'Université Léonard de Vinci SMBU Paris 13, 2011.
30. Redon Isabelle. *Place d'un hôpital de proximité dans le projet parcours santé des personnes âgées en perte d'autonomie.* Mémoire de Master II professionnel « analyse et management des établissements de santé : AMES » de l'Université Paris 7, 2014.
31. Bouzlafa Leila. *Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) et Agence Régionale de Santé (ARS) : Bilan mitigé en faveur d'une amélioration.* Mémoire de l'UE ESS2 « droit des malades et déontologie médicale » du master 1 « Santé » de l'UFR de Médecine de l'Université Paris 7, 2014.

## RESPONSABILITÉS COLLECTIVES LOCALES (Hôpital et Université)

Membre de l'Institut Droit et Santé (IDS) – Inserm UMR S 1145 - de l'Université Paris 5 (Paris Descartes)

Membre du comité exécutif de la Chaire santé de Sciences Po

Responsable du groupe de travail en planification de la santé (GTPS) de l'EHESP et du département des politiques de santé de l'Université Sorbonne Paris-Cité

Membre associé du Centre d'Études et de Recherches de Sciences Administratives et Politiques (CERSA) ) - UMR CNRS 7106 - de l'Université Paris 2 (Panthéon-Assas) qui dépend du département des Homme et Société du CNRS

Membre de l'Association Française de Droit de la Santé (AFDS)

**SELECTION DE CINQ PUBLICATIONS RECENTES**

- **Bréchat PH.** Sauver notre système de santé et d'Assurance maladie : un enjeu capital de société. Rennes, Presses de l'EHESP, 2016
- **Bréchat PH**, Briot P, Vanhille JL, Bréchat N, Galland J. Évolution du système de santé et d'Assurance maladie : prendre en compte l'amélioration continue de la qualité des soins de santé et le management scientifique de ses processus. Rubrique : varia. **Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie** 2014 ; 4 : 109-120.
- **Bréchat PH**, Batifoulier P (dir). Pour une élaboration démocratique des priorités de santé. For the democratic development of health policy priorities. **SÈVE : Les tribunes de la santé**. Paris : Presses de Sciences Po, 2014.
- Vogel T, Leprêtre PM, **Bréchat PH**, Lonsdorfer-Wolf E, Kaltenbach G, Lonsdorfer J, Benetos A. Effect of a short-term intermittent exercise-training programme on the pulse wave velocity and arterial pressure : a prospective study among 71 healthy older subjects. **International Journal of Clinical Practice** 2013 ; 67 (5) : 420-426.
- **Bréchat PH**, Lebas J (dir). Innover contre les inégalités de santé. Rennes, Presses de l'EHESP 2012.

---

***II. RÉSUMÉ DE LA CARRIERE SCIENTIFIQUE***

---

Né en 1963, ancien résident des hôpitaux de Franche-Comté, spécialiste en santé publique et en médecine sociale, titulaire d'un doctorat de sciences de la vie et de la santé et d'un doctorat en droit public, j'ai, à partir d'expériences cliniques (médecine générale, urgences et médecine de catastrophe, médecine scolaire, consultations au Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit - CDAG- de l'hôpital Fernand-Widal de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris -APHP, consultations à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé -PASS- policlinique Baudelaire de l'hôpital Saint-Antoine de l'APHP) et d'expériences en administration de la santé (DDASS, DRASS, ARH, DGS), développé des travaux en faveur d'un système de santé et d'Assurance maladie efficient<sup>1</sup> et efficace socialement<sup>2</sup> intégrant la prévention, la planification sanitaire et sociale, la démocratie sanitaire et la démocratie participative en santé. Ces travaux ont été notamment développés en partenariat avec le département des politiques de santé de l'Université Sorbonne Paris-Cité (Membre de l'DS – Inserm UMR S 1145 - de l'Université Paris 5 ; membre du comité exécutif de la Chaire santé de Sciences Po ; et professeur affilié de l'EHESP). Depuis 2014, ces recherches sont développées en partenariat avec Intermountain Healthcare de l'Utah aux États-Unis d'Amérique grâce à un double fellowship.

Après une activité de médecin généraliste entre 1991 et 1995 , de médecine de catastrophe entre 1991 et 1992, de médecin urgentiste entre 1992 et 1996 (prise en charge des personnes âgées et des suicidants), et de médecin scolaire entre 1996 et 1997 (prévention et urgences), je suis devenu médecin inspecteur de santé publique (MISP) en direction départementale et régionale des affaires sanitaires et sociales (DDASS et DRASS), en agence régionale de l'hospitalisation (ARH) puis à la direction générale de la santé (DGS) du ministère en charge de la santé entre 1997 et 2004. J'ai été chef du service « établissements de santé et actions sanitaire » comprenant 5 personnes à la DDASS du Territoire de Belfort (1997-1998). En lien avec l'EHESP (ex-ENSP), j'ai réalisé, au sein du bureau de l'analyse des besoins et objectifs de santé (SD1A) de la sous-

---

<sup>1</sup> La recherche d'efficience qui concerne les structures organisationnelles et les moyens nécessaires à leur gestion, cité dans Guglielmi GJ, Koubi G. Droit du service public. Troisième édition. Paris : Montchrestien – Lextenso éditions, 2011 : 78.

direction des politiques de santé et stratégies (SD1) de la DGS, les évaluations des conférences régionales de santé (CRS), des programmes régionaux et nationaux de santé (PRS, PNS), qui ont bénéficié d'une approche internationale à partir d'analyses des systèmes de santé de la Province du Québec (1999) et de la Catalogne en Espagne (2001). J'ai été référent pour la DGS du plan Biotox pour le risque Variole (2001-2002), rapporteur de la commission interministérielle « Activités Physiques et Sportives et prévention des conduites dopantes » (2001-2002) et j'ai participé à l'élaboration de la Loi relative à la politique de santé publique du 15 août 2004 (2002-2003). Conseiller médical des groupes projets à la mise en œuvre de Loi organique relative aux Lois de Finances du premier août 2001 (2003-2004), j'ai souhaité retourner à l'hôpital pour la mise en œuvre de ces réformes et renouer avec la clinique.

Je suis devenu praticien hospitalier du groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal de l'assistance publique des hôpitaux de Paris depuis 2004. J'ai été responsable de « l'unité MSI » comprenant 5 personnes (2004-2005). En lien avec l'EHESP, l'Université Paris 8 (chercheur associé et chargé d'enseignements du laboratoire droit médical et de la santé : EA 1581) et la Chaire santé de Sciences Po, j'ai participé, tout en reprenant une activité de consultations au CDAG de l'hôpital Fernand-Widal de l'APHP, à la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) à 35 et à 100 %, à la nouvelle gouvernance, à la planification sanitaire et sociale et à la certification. J'ai pu développer une consultation de l'aptitude physique du senior (CAPS) lors d'une mobilité au pôle de gériatrie des hôpitaux universitaires de Strasbourg en 2007-2008 ainsi qu'un centre de santé primaire polivalent (CSPP) lors d'une mobilité à la polyclinique Baudelaire-PASS de l'hôpital Saint-Antoine de l'APHP en lien avec l'équipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins, UMRS 707 (Inserm - UPMC) de l'Université Paris 6 (2010-2011). J'ai pu développer ces recherches au département des politiques de santé de l'Université Sorbonne Paris-Cité qui regroupe l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) où je suis professeur associé, la Chaire santé de Sciences Po où je suis membre du comité exécutif, et l'Institut Droit et Santé (IDS) de l'Université Paris 5 (Paris Descartes) où je suis membre. Je développe six axes de recherches complémentaires : prévention, déterminant de la santé activités physiques et sportives et consultation de l'aptitude physique du

---

<sup>2</sup> L'efficacité sociale reflète la logique du droit du service public et du maintien de la « cohésion sociale ». Il s'agit de l'efficacité sociale du service public et non de la notion d'efficacité économique, de performance ou de compétitivité, cité dans Guglielmi GJ, Koubi G. Droit... (op. cit.) : 690-700.

senior ; besoins de santé, territoires de santé et allocation de ressources par une approche opérationnelle basée sur le concept d'handicap social ; précarité, permanence d'accès aux soins de santé et centre de santé primaire polyvalent ; planification sanitaire et sociale ; démocratie sanitaire et démocratie participative en santé ; ainsi que politique de santé et droit de la santé pour un système de santé et d'Assurance maladie efficient et efficace socialement.

Ces travaux ont cherché à apporter des données stratégiques et prospectives d'aide à la décision aux responsables des établissements et institutions où j'ai travaillé. Le choix de Revues en français a souvent été fait pour que ces travaux puissent rapidement peser sur des décisions, comme par exemple l'obtention d'une maternité de type 2 à l'hôpital Lariboisière de l'APHP (Santé publique 2008) ou la création d'un nouveau groupe homogène de séjour concernant l'embolisation lors de l'hémorragie de la délivrance (Gynécologie obstétrique & fertilité 2008). Depuis 2012, je suis en mobilité au Centre Cochrane Français de l'hôpital de l'hôpital de Hôtel-Dieu (APHP) où j'ai participé au projet d'hôpital universitaire de santé publique de l'hôpital de l'Hôtel-Dieu de l'APHP.

J'ai été nommé expert du comité français pour aider à la redéfinition du système de santé du Kurdistan d'Irak par le Ministre des Affaires étrangères et européennes (2009) ainsi qu'expert de la prospective santé 2030-prévention 2010 de l'INPES (2010) et du séminaire de travail « Réduire les inégalités sociales de santé » de la chaire Santé de Sciences Po, de Médecins du Monde, du CAPPS, et de la Société Française de Santé Publique (2011).

Suite à mes travaux à la polyclinique Baudelaire de l'hôpital Saint-Antoine (ouvrage collectif aux Presses de l'EHESP avec Jacques Lebas, doctorat de droit public sur l'égalité d'accès aux soins et à la santé à l'Université Paris 2), j'ai été nommé expert « santé et accès aux soins » de la « conférence contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale » du Premier Ministre (2012).

Suite à mes travaux de doctorat en droit public « Territoires et égalité d'accès aux soins et à la santé » de l'Université Paris 2 (Panthéon-Assas) en 2012 qui tendaient à montrer que le système de santé et d'Assurance maladie français n'est ni efficient, ni efficace socialement, j'ai cherché à travailler avec des systèmes qui le sont. Lors des séminaires « Prospective Santé 2020 » de la Chaire santé de Sciences Po, de l'EHESP, du ministère en charge de la santé et de la CNAMTS (2012-2013), les intervenants étrangers m'ont conseillé de voir avec Intermountain Healthcare de l'Utah aux États-Unis d'Amérique. Brent James, responsable de l'Institute for Health Care Delivery Research d'Intermountain Healthcare qui était en 2013 le quatrième des 50 dirigeants de

systèmes de santé et d'Assurance maladie les plus influents au monde, m'a invité à faire un premier voyage d'étude de 15 jours en 2013 (Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie 2013) puis m'a accordé un fellowship. En 2014, Brent James m'a permis de faire un second voyage d'études ainsi que les 4 semaines d'enseignements et de pratique suivi d'un examen oral final pour devenir diplômé de l'Advanced Training Program (ATP) in health care delivery improvement de l'Institute for health care delivery research d'Intermountain Healthcare<sup>3</sup> (Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie 2014). Nous avons mis en place une plateforme d'enseignements et de recherches commune entre la France, la Suisse, la Suède et Intermountain Healthcare. La mise en œuvre d'un programme ATP français est prévue pour 2016, avec l'accord de Brent James (fellowship). Je bénéficie depuis 2015 d'un fellowship d'Intermountain Healthcare qui vient renforcer celui accordé par Brent James.

---

<sup>3</sup> Le système de santé et d'Assurance maladie d'Intermountain Healthcare a fait le choix impératif d'améliorer son efficience clinique définie comme à la fois l'amélioration de la qualité des soins rendus et la réduction de leurs coûts de production, pour survivre dans la décennie à venir. Pour parvenir à ce changement il a fallu former les professionnels (administratifs et de santé) sur les techniques de l'amélioration continue des processus et de la qualité (théories développées par W. Edwards Deming entre autre et appliquées avec succès dans le secteur industriel). Il existe bien sûr plusieurs programmes sur le marché national et international. Mais le premier programme reconnu comme tel dans le monde est celui d'Intermountain Healthcare qui est sous la direction du Docteur Brent James, et qui a été créé depuis maintenant plus de 20 ans : c'est le programme ATP. En 2013, ce programme était réservé un an et demi à l'avance. C'est aussi grâce à ce programme qu'Intermountain Healthcare a pu devenir un des meilleurs systèmes de santé et d'Assurance maladie du monde et qu'il voit l'avenir plus sereinement. Disponible sur : <http://intermountainhealthcare.org/qualityandresearch/institute/courses/atp/Pages/home.aspx> [consulté le 16 juillet 2013].

**II.1 PARCOURS DE RECHERCHE :** Prévention, déterminant de la santé activités physiques et sportives et consultation de l'aptitude physique du senior ; Besoins de santé, territoires de santé et allocation de ressources : approche opérationnelle par le concept d'handicap social ; Permanence d'accès aux soins de santé et centre de santé primaire polivalent ; Planification sanitaire et sociale ; Démocratie sanitaire et priorités de santé des citoyens ; Politique de santé et droit de la santé : pour un système de santé et d'Assurance maladie efficient et efficace socialement.

**II.1.1. PREVENTION, DETERMINANT DE LA SANTE ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES ET CONSULTATION DE L'APTITUDE PHYSIQUE DU SENIOR**

Mes travaux de thèses de Médecine et de Sciences de la Vie et de la Santé ont consisté à mieux comprendre les contraintes imposées aux appareils respiratoire et cardio-vasculaire lors de l'exercice immergé, au moment où se développaient des activités physiques et sportives en immersion (APSI) de loisirs et de soins et où des incidents et des accidents étaient rapportés (J Gravit Physiol 1994 ; Eur Respir J 1999 ; Science & Sports 2013). Avec le Professeur Jacques Regnard, nous avons étudié les réponses cardio-respiratoires de sujets de sexe masculin en bonne santé lors d'exercices de pédalage à 60 % de leur  $\dot{V}O_2$  max, soit en air ambiant, soit en immersion jusqu'à mi-hauteur du thorax. Deux séries expérimentales successives ont été réalisées. Une demi-heure avant, pendant l'exercice, et une demi-heure après, les variables hémodynamiques et respiratoires ont été mesurées par des méthodes non vulnérantes : impédancemétrie électrique thoracique, sphygmomanométrie, pneumotachographie et thermochimie respiratoire. Les résultats font apparaître clairement que l'exercice en immersion impose des contraintes fonctionnelles ventilatoires et cardio-vasculaires importantes. Les possibilités d'adaptation sont limitées et plusieurs des contraintes peuvent en particulier contribuer au risque d'œdème pulmonaire. Ces contraintes pourraient avoir d'autres conséquences physiopathologiques chez des usagers ayant des pathologies pulmonaires ou cardio-vasculaires. Ces risques potentiels peuvent être examinés à la lumière de rapports d'incidents. Ces travaux ont conduit à ce que la Société française de cardiologie et le ministère en charge de la santé envisagent une réflexion à propos de la gestion d'un risque sanitaire étayé.

Nous avons proposé une stratégie d'intervention qui précise les objectifs d'une politique de santé publique de promotion de la santé par les bénéfices des APSI de loisirs et de soins tout en

diminuant leurs risques, dans un soucis de réduction des inégalités sociales de santé, lors de la commission interministérielle « Promotion de la santé par les activités physiques et sportives et prévention des conduites dopantes » du Ministre délégué à la Santé (2001-2002), dont j'ai été rapporteur quand j'étais MISP à la DGS du ministère en charge de la santé.

Suite à ma pratique gériatrique en médecine générale, en maison de retraite et aux urgences, et sous l'impulsion de cette commission où j'ai pu faire intervenir le Professeur Jean Lonsdorfer des hôpitaux universitaires de Strasbourg (HUS) qui a été membre de mon jury de thèse de Sciences de la Vie et de la Santé, nous avons créé une consultation de l'aptitude physique du senior (CAPS). Cette dernière a fait la preuve de son efficacité en garantissant une augmentation des capacités fonctionnelles des seniors et des personnes âgées afin de lutter contre la sédentarité et favoriser le « bien vieillir » ou un « vieillissement réussi » (Santé publique 2008). Lors d'une mobilité en 2007-2008 aux HUS, j'ai participé à l'évaluation d'une étude pilote de la CAPS dans trois régions (Franche-Comté, Alsace, Midi-Pyrénées) en fédérant des partenaires et financeurs : MGEN, MSA, Conseil Général du Bas Rhin, association AGIRA, HUS. La CAPS permet d'obtenir, au bout de 6 semaines, une majoration de  $62 \pm 32\%$  de la charge d'endurance (Science & Sports 2009 ; International Journal of Clinical Practice 2009a et b ; The Journal of Nutrition, Health & Aging 2011).

#### II.1.2. BESOINS DE SANTE, TERRITOIRES DE SANTE ET ALLOCATION DE RESSOURCES : APPROCHE OPERATIONNELLE PAR LE CONCEPT D'HANDICAP SOCIAL

En 2005, le Président de la CME et la Directrice Générale du groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal de l'APHP m'ont demandé si les prises en charge sociales qui étaient réalisées par l'ancien système de financement des établissements de santé, le budget global, l'étaient encore avec le nouveau, la tarification à l'activité (T2A), et si non, quelles pouvaient en être les conséquences ainsi que les actions envisageables. Grâce à un partenariat que j'ai construit entre le groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal de l'APHP, l'EHESP et l'UFR Santé, Médecine et Biologie Humaine (SMBH) de l'Université Paris 13, il a été possible avec le Docteur Didier Castiel (UFR SMBH de l'Université Paris 13), de construire et de valider un nouveau concept, appelé « handicap social », en s'inspirant du modèle de l'économie de la discrimination de Gary Becker, Prix Nobel d'économie en 1992 et des travaux de l'enquête « Conditions de vie » de l'INSEE qui comprend un nombre d'indicateurs correspondant à l'ensemble des déterminants de

la santé (excepté la génétique) plus important que ceux utilisés (Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 2014). La notion d'handicap social a été introduite par la loi du 19 novembre 1974, le gouvernement recommandant d'adapter aux handicapés sociaux les formes d'accueil offertes aux handicapés physiques et mentaux. Un questionnaire d'handicap social associé au Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) a ainsi permis de connaître les handicaps sociaux des usagers et ce que cela implique pour un établissement public de santé en matière de perte de recette liée à l'augmentation de la durée moyenne de séjour (DMS). Nous avons ainsi pu donner les informations stratégiques suivantes à nos commanditaires : un tiers de la population prise en charge en novembre 2005 en court séjour ne présente aucun handicap social, 19,2 % en présente un très sérieux et 42 % en présente un moyen. Les trois facteurs les plus spécifiques sont : précarité, faible insertion culturelle et relations familiales perturbées et/ou inexistantes. L'état de santé plus dégradé n'est pas l'apanage des patients les plus handicapés sociaux et il n'entraîne pas de surconsommation médicale. Les patients présentant des handicaps sociaux restent cependant hospitalisés plus d'un jour en moyenne. Ainsi en 2005, 21 342 journées, soit 11,4 % du total des journées d'hospitalisation, ont été mobilisées par ce dépassement de DMS, et ceci bien que les DMS de ce centre hospitalier universitaire témoin soient globalement inférieures à celles relevées dans la base nationale. Ce chiffre représente une enveloppe d'environ 11,2 millions d'euros. Si l'établissement n'avait pas cette mission d'intérêt général et ne prenait pas en charge ces populations présentant des handicaps sociaux, il pourrait voir sa capacité productive augmenter d'autant ainsi que ses recettes T2A. Le modèle du handicap social peut permettre le suivi d'une politique de santé publique (Presse Med 2007 ; Santé publique 2009 ; Gynécologie obstétrique & fertilité 2009 ; Presse Méd 2010).

Nous avons aussi montré que le dispositif national de la T2A à 100 % correspond à un transfert de charge de travail du court séjour vers l'aval des soins pour les parturientes présentant des handicaps sociaux ou précaires (Gynécologie obstétrique & fertilité 2011). De plus, il n'y a pas de suivi des réhospitalisations non voulues et les outils, comme les critères de l'Appropriateness Evaluation Protocol (AEPf)<sup>4</sup> sont difficilement utilisables en routine (Gynécologie obstétrique & fertilité 2012).

---

<sup>4</sup> Robain M, Lang T, Fontaine A, et al. Reproductibilité et validité de la version française de la première partie de l'Appropriateness Evaluation Protocol (AEPf) : critères de pertinence des journées d'hospitalisation. Rev Epidemiol Santé Publique 1999 ; 47 : 139-149.

Ces résultats ont pu alerter, dès 2007, sur une remise en cause de la prise en charge médicale des patients présentant des difficultés sociales, et du principe de solidarité, par la T2A et le plan hôpital 2007 ainsi que sur la nécessité d'utiliser un outil pour distribuer au mieux des financements supplémentaires qu'il conviendrait de prévoir (Presse Med 2007 ; Santé publique 2008 ; Médecine & Droit 2009 ; Santé publique 2010). Ces travaux ont été utiles à l'étude de 2008 relative à la précarité dans les établissements de santé qui a été confiée à l'Agence technique de l'information hospitalière - ATIH (Gestions hospitalières 2009).

Nous avons ensuite montré que l'approche géographique à partir du concept d'handicap social est possible et qu'elle peut être utile à des allocations de ressources différentes ainsi qu'à des propositions pour répartir au mieux des financements supplémentaires qu'il conviendrait de prévoir dans un prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) : répartition par péréquation, allocation par territoire de santé et « Socialisation » des GHS (Presse Med 2009). Nous préconisons d'utiliser le modèle de mesure du handicap social présenté pour proposer une allocation de financements « équitable » de prise en charge par classe de handicap, par territoire de santé et groupes homogènes de séjour pour une politique de santé en faveur de la réductions des inégalités sociales de santé (Presses de l'EHESS 2012).

#### II.1.3. PRECARITE, PERMANENCE D'ACCES AUX SOINS DE SANTE ET CENTRE DE SANTE PRIMAIRE POLIVALENT

Pour tenter d'améliorer l'accès à la prévention et aux soins de santé pour tous, j'ai réalisé une mobilité à la polyclinique Baudelaire - PASS de l'hôpital Saint-Antoine de l'APHP. A la demande du Professeur Jacques Lebas, j'y ai réalisé des consultations à mi-temps et des enseignement et des recherches sur l'autre mi-temps. Le bilan national des PASS réalisé sur les 20 dernières années nous a permis de montrer que si les professionnels et les acteurs de santé des PASS ont bien pris en charge dès 1992 des migrants, des sans-papiers et des personnes précaires, ils ont aussi de plus en plus pris en charge des personnes âgées et des malades atteints de pathologies chroniques des territoires de santé déficitaires en médecine de premier recours en secteur 1. Les professionnels des PASS ont aussi développé des coopérations entre professionnels de santé tout en adaptant les offres de soins et de santé aux besoins de santé de ces populations « complexes » au sein de nouveaux dispositifs comme le centre de santé primaire polivalent (CSPP). La

policlinique Baudelaire intègre la « maison de santé », le « pôle de santé »<sup>5</sup> et un centre de prévention, et fonctionne comme un centre de santé d'attention primaire (CAP) de Catalogne en Espagne (ADSP 2001). J'ai réalisé un premier référentiel accompagné d'un compte de résultats analytiques (CREA) afin de favoriser un état prévisionnel de recettes et de dépenses (EPRD) ainsi qu'une contractualisation (Presses de l'EHESP 2012). Le premier CSPP a été mis en place en 2011 à l'hôpital Saint-Antoine de l'APHP au sein d'une planification du secteur ambulatoire mise en place par l'Agence Régionale de Santé (Presses de l'EHESP 2012).

J'ai participé en tant qu'organisateur et intervenant, au premier colloque national des PASS « Les PASS : entre contraintes économiques, enjeux éthiques et de santé publique », qui a eu lieu à Paris le 20 mai 2011, ainsi qu'à la série documentaire intitulée « La Policlinique Baudelaire » de l'émission « Sur les docks » de France Culture qui a été diffusée du 19 au 21 septembre 2011 de 17 à 18 heures.

D'octobre à décembre 2012, j'ai été expert « santé et accès aux soins » de la « conférence contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale » du Premier Ministre, en lien avec la Conférence nationale des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE).

Mon doctorat de droit public « territoires et égalité d'accès aux soins et à la santé » a particulièrement porté sur les patients complexes et la réduction des inégalités de santé (Université Paris 2 (Panthéon Assas) 2012).

#### II.1.4. PLANIFICATION SANITAIRE ET SOCIALE

La planification de la santé ou « sanitaire et sociale » (Presses de l'EHESP 2008 et 2012) est devenue un de mes sujets de recherche dès mon année de formation de MISP à l'ENSP en 1998 (actuelle EHESP) grâce au Professeur Alain Jourdain. J'ai pu ensuite continuer de développer avec lui ces travaux en devenant chargé de recherches du laboratoire d'analyse des politiques sociales et sanitaires (LAPSS) de l'ENSP sur cette thématique à mi-temps tout en étant MISP en DDASS sur l'autre mi-temps (1999-2001). Le Docteur Pascal Chevit, Directeur de l'ENSP, a été membre de mon jury de Doctorat de Sciences de la Vie et de la Santé qui a porté sur la question de la planification des actions de prévention par les activités physiques et sportives. Nous avons poursuivi le développement de ces travaux quand j'ai été MISP à temps plein à la DGS et

---

<sup>5</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°0167 du 22 juillet 2009.

praticien hospitalier à temps plein à l'APHP tout en devenant chercheur du centre d'analyse des politiques publiques de santé (CAPPs) de l'EHESP en partenariat avec la Chaire santé de Sciences Po au sein du département des politiques de santé de l'Université Sorbonne Paris-Cité. J'ai réalisé l'évaluation des trois générations de schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) qui sont devenus le pivot de la planification sanitaire et sociale en France et qui tendent à concilier un équilibre entre les besoins et les demandes de santé d'une population donnée, avec des offres articulées autour d'un continuum<sup>6</sup> des offres de prévention, de soins ambulatoires et hospitaliers, ainsi que des offres médico-sociales et sociales par priorité et par territoire de santé (Santé publique 2007). Ils peuvent introduire d'avantage d'équité différentielle s'ils ne sont pas uniquement centrés sur la contractualisation (Santé publique 2008). Des propositions ont été faites pour que les SROS puissent plus participer à la réduction des inégalités de santé (EHESP 2012). Nos travaux ont aussi porté sur : l'évaluation des conférences régionales de santé (ADSP 2003), des programmes régionaux et nationaux de santé (ADSP 2004 et 2005) ainsi que des réseaux de santé (Presse Med 2008) ; et sur l'EPRD, la nouvelle gouvernance et la certification du plan Hôpital 2007, car la planification tend à impliquer le niveau national jusqu'aux pôles hospitaliers amenant un nouveau management des politiques de santé (Santé publique 2008 ; Gestions hospitalières 2008 et 2009 ; Presse Med 2009 ; Santé publique 2010). Une planification comportant les « conditions de réussite » des actions de santé publique a également été étudiée (ADSP 2005 ; Santé publique 2009) ainsi que les « artisans de la planification », comme les médecins de santé publique (ADSP 2003 ; Santé publique 2004 ; Presse Med 2006 ; Editions ENSP 2006). L'ensemble de ces travaux fait partie d'un ouvrage collectif sur la planification sanitaire et sociale des Presses de l'EHESP, dont la deuxième édition est parue en 2012.

Depuis 2012, je suis responsable de l'enseignement et de la recherche en planification sanitaire et sociale à l'EHESP en lien avec le département des politiques de santé de l'Université Sorbonne Paris-Cité, soit responsable de l'UE « Régulation, aide à la décision, planification et programmation. Définition des besoins et des offres : du projet régional de santé aux démarches de planification appliquées au champ social » et du Groupe de Travail en Planification de la Santé

<sup>6</sup> La définition du continuum a été faite en 2002 par le Haut Comité de la Santé Publique pour qui : « le fonctionnement actuel s'inscrit difficilement dans les enjeux de santé publique dont l'importance apparaît de plus en plus clairement : [...] une conception globale de la santé impliquant un continuum des actions de prévention et des actions curatives [...] », pour l'étendre au secteur médico-social et social, cité dans Haut Comité de la Santé Publique. La santé en France 2002. Paris : La Documentation française, 2002 : 30.

(GTPS) de l'EHESP en partenariat avec le département des politiques de santé de l'Université Sorbonne Paris-Cité.

J'ai participé à l'organisation du deuxième colloque international sur les programmes locaux et régionaux de santé qui s'est déroulé à Québec du 12 au 15 octobre 2004.

#### II.1.5. DEMOCRATIE SANITAIRE ET PRIORITES DE SANTE DES CITOYENS

Comme MISP en DDASS, DRASS, ARH, à la DGS et comme praticien hospitalier à l'APHP, j'ai participé à la mise en œuvre de la démocratie sanitaire<sup>7</sup>. La planification sanitaire et sociale en faveur des patients atteints d'insuffisance rénale chronique en Franche-Comté à laquelle j'ai participé en tant que MISP en ARH a permis la mise en place d'offres de prévention et de soins qui n'existaient pas en 2001, parce qu'il a été possible de travailler directement avec les représentants d'associations d'usagers, ce qui n'était pas possible auparavant (ADSP 2003). Cette expérience fondatrice a permis la mise en place de travaux de recherches qui ont favorisé des bilans de cette politique (ADSP 2003 ; Santé publique 2005 ; Santé publique 2006 ; Santé publique 2010).

Une sollicitation des citoyens pour l'établissement des priorités de santé en Franche-Comté et ses territoires de santé a été réalisée avec le Professeur Didier Tabuteau en 2010 (Santé publique 2011). Une sollicitation des représentants d'associations d'usagers francs-comtois a été ensuite réalisée en 2010 (Journal de Gestion et d'Economie Médicales 2012).

De tels travaux publics peuvent être utiles à l'Etat, à l'Assurance maladie et à l'ARS pour identifier ou valider des priorités et des actions régionales complémentaires des priorités nationales. Ces travaux permettent de mettre en évidence les valeurs qui comptent, celles qui ont de l'importance, tout en évitant le choix de priorités illégitimes et arbitraires, voire parfois discriminatoires. Ils peuvent participer au développement de la démocratie participative en santé et de la démocratie sanitaire (Journal d'Économie et de Gestion Médicales 2012 ; Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie 2013 ; SÈVE : Les tribunes de la santé. Paris : Editions de Santé et Presses de Sciences Po 2014).

---

<sup>7</sup> L'expression de « démocratie sanitaire » qui vise à garantir et à renforcer les droits des personnes malades et des usagers du système de santé s'est forgée par rapport à celle de démocratie sociale traditionnellement utilisée pour qualifier la gestion de l'Assurance maladie par les partenaires sociaux. La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé est une étape importante dans la reconnaissance des

J'ai participé à l'organisation du premier colloque scientifique international « Pour une élaboration démocratique des priorités de santé », sous l'égide de la Chaire santé de Sciences Po, à Paris le 3 octobre 2013 et du deuxième colloque scientifique international « Pour une élaboration démocratique des priorités de santé », sous l'égide de la Chaire santé de Sciences Po, à Besançon le 23 mai 2014.

#### *II.1.6. POLITIQUE DE SANTE ET DROIT DE LA SANTE : POUR UN SYSTEME DE SANTE ET D'ASSURANCE MALADIE EFFICIENT ET EFFICACE SOCIALEMENT*

En tant que MISP à la sous-direction des politiques de santé et stratégies de la DGS et praticien hospitalier de l'APHP participant à la mise en œuvre des réformes comme le plan hôpital 2007, j'ai été amené à favoriser une politique de santé interministérielle « déterminants de la santé, amélioration de l'état de santé de la population, égalité d'accès aux soins et à la santé » à la suite des travaux du Haut comité de la santé publique<sup>8</sup>. Pour cela, j'ai réalisé une synthèse des travaux réalisés depuis 1992 ainsi qu'un bilan des actions nationales et régionales qui en ont découlé. De ces travaux, il se dégage notamment qu'une double vision prédomine en France : la question des inégalités reste centrée sur la seule précarité, et elle reste prise en charge uniquement sous l'angle de l'accès aux soins. Des propositions ont été faites pour contribuer à l'information et à l'aide à la décision des décideurs garants de l'intérêt général et responsables de la mise en cohérence des actions de santé publique (Presses de l'EHESS 2010 ; Santé publique 2010 ; Presses de l'EHESS 2012 ; Doctorat de droit public 2012). Un cadre de suivi de cette politique de santé a été proposé dès 2005 (ADSP 2005).

En 2009, j'ai été membre du comité français du Ministre des Affaires étrangères et européennes, pour aider à la redéfinition du système de santé du Kurdistan d'Irak.

En 2012, j'ai soutenu un doctorat de droit public à l'Université Paris 2 (Panthéon-Assas) sur les territoires et l'égalité d'accès aux soins et à la santé, qui interroge la politique de santé en droit comparé (France, Allemagne, Canada (province du Québec), Espagne (région de Catalogne), États-Unis d'Amérique, Royaume-Uni, Suisse).

---

associations de malades et d'usagers, mais aussi de la démocratie sanitaire qui regroupe dans un titre II, les droits individuels des personnes malades et les droits collectifs des usagers du système de santé.

<sup>8</sup> Haut comité de la santé publique. Stratégie pour une politique de santé. Rennes : ENSP Editeur, 1993.

Depuis 2013-2014, je bénéficie d'un fellowship de Brent James, responsable de l'Institute for Health Care Delivery Research d'Intermountain Healthcare et qui est un des plus influents dirigeants de systèmes de santé et d'Assurance maladie au monde. En 2013, j'ai pu ainsi faire un premier voyage d'étude de 15 jours des systèmes de santé et d'Assurance maladie de l'Utah : Medicaid ; Veterans Administration ; Université de l'Utah ; et Intermountain Healthcare qui fait partie de la High Value Healthcare Collaborative – HVHC (dossier thématique « droit international et tendances internationales des réformes des systèmes de santé et d'Assurance maladie » de 4 articles complémentaires dans le Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie en 2014). En 2014, j'ai pu faire un second voyage d'études ainsi que les 4 semaines d'enseignements et de pratique suivi d'un examen oral final pour devenir diplômé de l'Advanced Training Program (ATP) in health care delivery improvement de l'Institute for health care delivery research d'Intermountain Healthcare. Nous avons mis en place une plateforme d'enseignements et de recherches commune entre la France, la Suisse et la Suède ainsi qu'à Intermountain Healthcare, l'Université de l'Utah et à des start-up en informatique américaines. (Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie 2014). Je bénéficie depuis 2015 d'un fellowship d'Intermountain Healthcare qui vient renforcer celui accordé par Brent James.

## **II.2. EXPERIENCE PEDAGOGIQUE**

Les résultats de mes travaux dans mes six axes de recherches complémentaires m'ont permis de réaliser des enseignements dans des master II professionnels : « droit sanitaire et social » de l'Université Paris 2 – Panthéon Assas (depuis 2014) ; « droit international et comparé de la santé » et « droit des établissements » de l'Université de Montpellier 1 (depuis 2014) ; « analyse et gestion des établissements de santé (AGES) » puis « analyse et management des établissements de santé (AMES) » de l'Université Paris 7 (2004-2013), le master II professionnel « Droit de la gestion des établissements de santé, sanitaires, sociaux et médico-sociaux » de l'Université Paris 8 (2008-2012), le DEA « sciences économiques et de la santé » de l'Université de Taomasina (Madagascar) et de l'Université de Paris 7 (2006-2007). Les résultats de mes travaux m'ont aussi permis de réaliser des enseignements dans le master II recherche « Droit de la santé, médical et médico-social » (2004-2011) de l'Université Paris 8 et dans l'Executive Master « Gestion et politiques de santé » de Sciences Po (depuis 2009).

Les enseignements des Universités Paris 2, Montpellier 1, Paris 7, Paris 8 et de l'Université de Taomasina (Madagascar) ont été développés avec le Professeur Michel Borgetto, François Vialla,

Dominique Bertrand. Ceux de l'ENSP et de l'EHESP l'ont été avec le Professeur Alain Jourdain, et ceux de Sciences Po avec le Professeur Didier Tabuteau.

Je suis intervenu à la demande du Professeur Frédéric Baud et avec l'accord du Professeur Philippe Ravaud à l'UE ESS2 « droit des malades et déontologie médicale » du master 1 « Santé » de l'UFR de Médecine de l'Université Paris 7 et j'ai accueilli une étudiante en stage (2012-2014).

Les résultats de mes travaux de recherches m'ont aussi permis de réaliser des enseignements à l'ENSP et à l'EHESP, et ce depuis 2001, au sein notamment de l'UE 8 « Les démarches de régulation, d'aide à la décision et de planification appliquées au champ sanitaire et social » de l'EHESP et de sa séquence 1 « Régulation, aide à la décision, planification et programmation. Définition des besoins et des offres : du projet régional de santé aux démarches de planification appliquées au champ social » qui a été co-habillée entre 2004 et 2013 avec le master II professionnel « analyse et gestion des établissements de santé (AGES) » puis « analyse et management des établissements de santé (AMES) » de l'Université Paris 7. Depuis 2013, je suis responsable de cet enseignement de 5 jours.

J'ai été animateur du Module Inter Professionnel (MIP) de santé publique de l'EHESP de 1999 à 2009 et membre du jury de 2010 à 2011.

J'ai été membre du jury de soutenance des mémoires du master II pro « Pilotage des politiques et actions en santé publique » de l'EHESP et de l'Institut d'Etudes Politiques de Rennes ainsi que de la formation des élèves directeurs d'hôpitaux de l'EHESP en 2011.

J'ai pu diriger 31 mémoires et travaux d'étudiants. Je suis co-directeur d'un doctorat de gestion dirigé par l'Ecole polytechnique (Bernard Thalamy, depuis 2012), co-directeur d'un doctorat de droit public (Jean-Christophe Tassy, depuis 2013) et co-directeur d'un doctorat de santé publique co-dirigé avec l'Ecole Nationale d'Administration Publique -ENAP- de la Province du Québec (Antoine Malone, depuis 2014).

#### *II.2.1. UE « REGULATION, AIDE A LA DECISION, PLANIFICATION » (EHESP ET DEPARTEMENT DES POLITIQUES DE SANTE DE L'UNIVERSITE SORBONNE PARIS-CITE)*

Les résultats de mes travaux de recherches m'ont permis de réaliser des enseignements en planification de la santé à l'ENSP dès 2001, en tant que chargé de recherches du laboratoire d'analyse des politiques sociales et sanitaires (LAPSS). J'ai ensuite participé à la constitution

d'une équipe interdisciplinaire de professionnels-enseignants, qui permet de représenter les différents rôles et professions en contact avec la planification de la santé mais qui tient aussi compte des secteurs dans lequel les schémas et projets sont réalisés comme : la prévention, les soins, les secteurs médico-social et social, pour les enseignements en planification de la santé de l'EHESP. Je suis responsable du groupe de travail en planification de la santé (GTPS) de l'EHESP et du département des politiques de santé de l'Université Sorbonne Paris-Cité depuis 2013.

J'ai été l'un des co-constructeurs avec le Professeur Dominique Bertrand de la co-habilitation de cette UE avec le master II professionnel « analyse et gestion des établissements de santé (AGES) » puis « analyse et management des établissements de santé (AMES) » de l'Université Paris 7 (2004-2013). Cette formation bénéficie actuellement à une centaine d'élèves de l'EHESP (MISP, inspecteurs de l'action sanitaire et sociale -IASS, pharmaciens inspecteurs de santé publique -PHISP, médecins inspecteurs régionaux du travail, infirmiers de santé publique).

Entre 2004 et 2013, j'ai fait une demi-journée d'enseignement aux étudiants du master AGES et AMES de l'Université Paris 7 avant l'UE de l'EHESP afin de leur donner les mêmes bases que possèdent déjà les élèves des filières de l'EHESP qui font la même UE. Lors de l'UE qui se déroule sur 5 jours à l'EHESP, site de Rennes, je réalise douze heures de cours sur la planification de la santé et le droit de la santé, une étude de cas sur la prévention qui permet un travail interprofessionnel de deux journées, une table ronde de restitution des études de cas. J'ai été directeur de mémoires du master AGES de l'Université Paris 7 sur des questions de planification de la santé.

Je suis devenu responsable de l'enseignement et de la recherche en planification de la santé en 2012 sur un poste de professeur affilié à la suite d'Alain Jourdain parti en retraite. Le développement de cette formation avec les autres filières comme celles des directeurs d'hôpitaux, des directeurs des soins, des attachés d'administration hospitalière et de façon plus importante avec celle des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux est envisagé afin d'arriver à une formation complètement transversale à toutes les filières qui sont, depuis le plan Hôpital 2007, toutes concernées par la planification de la santé.

Depuis 2013, je suis responsable et intervenant de l'UE 8 « Les démarches de régulation, d'aide à la décision et de planification appliquées au champ sanitaire et social » de l'EHESP qui comprend 5 séquences, et de sa séquence 1 « Régulation, aide à la décision, planification : définition des

besoins, de l'offre et projet régional de santé » qui remplacera l'UE « Régulation, aide à la décision, planification » en 2014.

Un partenariat en enseignements et en recherches est développé avec le département des politiques de santé de l'Université Sorbonne Paris-Cité : un étudiant de l'Executive Master « Gestion et politiques de santé » de Sciences Po où je réalise depuis 2009 un enseignement sur la planification de la santé, a participé à l'UE de l'EHESP en 2013.

#### II.2.2. DEA SCIENCES ECONOMIQUES ET DE LA SANTE (UNIVERSITE DE TAOMASINA A MADAGASCAR ET UNIVERSITE PARIS 7)

J'ai réalisé le module « Audit, planification et suivi des politiques de santé » du 20 au 23 mars 2006 à Taomasina et encadré deux mémoires en 2007.

J'ai réalisé le transfert de mes enseignements et le suivi des étudiants au Docteur Jean-Paul Beyeme-Ondoua de l'Université Paris 7 qui a pris ma suite.

#### II.2.3. MASTER II PRO DROIT DE LA GESTION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE, SANITAIRES, SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX (UNIVERSITE PARIS 8)

Entre 2008 et 2011, 7 heures par an d'enseignements sur « l'économie et les politiques du secteur sanitaire, social et médico-sociales : le secteur privé à but non-lucratif ».

En 2012, 13 heures d'enseignements sur les « déterminants de la santé-planification de la santé-ARS-établissements de santé, avec l'apport de la santé publique et du droit public ».

#### II.2.4. MASTER II RECHERCHE DROIT DE LA SANTE, MEDICAL ET MEDICO-SOCIAL (UNIVERSITE PARIS 8)

Entre 2008 et 2010, 7 heures par an d'enseignements sur le droit de la santé et les déterminants culturels au sein du module « Santé et relations Nord-Sud »

#### II.2.5. EXECUTIVE MASTER GESTION ET POLITIQUES DE SANTE (SCIENCES PO)

Depuis 2009, 2 heures et demi d'enseignements sur la politique et la planification de la santé régionale.

#### II.2.6. MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTE PUBLIQUE (EHESP)

J'ai été un des piliers du module interprofessionnel (MIP) de santé publique de l'EHESP (IASS, PHISP, MISP, directeurs d'hôpitaux, directeurs d'établissements sanitaires et sociaux) sur un sujet des priorités de santé publique en tant qu'animateur entre 1999 et 2009 et membre du jury entre 2000 et 2011. Fondé sur une pédagogie active, le MIP est un module original à deux titres : d'une part, il s'agit d'une formation par la recherche et, d'autre part, il offre aux professionnels des différentes filières la possibilité de partager leurs savoirs et leurs approches vis-à-vis de questions de santé publique afin de développer des actions communes. Les questions de santé publique sont proposées par des animateurs et animatrices qui sont experts d'un domaine et qui encadrent un groupe pluriprofessionnel pendant plusieurs semaines en introduisant une problématique accompagnée d'orientations bibliographiques.

Les travaux d'un MIP que j'ai dirigé a fait l'objet d'une publication dans une revue scientifique référencée<sup>9</sup>.

#### II.2.9. TRAVAUX ET MEMOIRES D'ETUDIANTS DIRIGES

#### **MASTER PROFESSIONNEL 2 DE SANTE PUBLIQUE ET DE DROIT DE LA SANTE**

Magali Besnier : 2006, directeur du mémoire « *Accouchements et handicap social : optimiser la cohérence de l'action publique entre le sanitaire et le social* » du master 2 professionnel « analyse et gestion des établissements de santé : AGES » de l'Université Paris 7 (article publié dans *Gynécologie obstétrique & fertilité*, 2009).

Eliane Garrabé : 2007, directeur du mémoire « *Actes de biologie, établissements de santé civil et militaires, recommandations de bonnes pratiques et réformes hospitalières: Exemple de la prise en charge du diabète* » du master 2 professionnel « analyse et gestion des établissements de santé : AGES » de l'Université Paris 7 (article publié dans *Santé publique*, 2009).

---

<sup>9</sup> Mainpin C, Blond C, Bottin F, Gézéquel B, Guillemot M, Horvath M, Muller M, Prat V, Morel O, Barranger E, Bréchat PH. Précarité, tarification à l'activité, planification sanitaire et sociale: étude pilote à l'hôpital Lariboisière de Paris. *Gynécologie obstétrique & fertilité* 2011 ; 39 (6) : 351-357.

Jingyuan Lin : 2008, directeur du mémoire « *Le système de santé chinois : Des défis à relever* » du master 2 professionnel « analyse et gestion des établissements de santé : AGES » de l’Université Paris 7 (article publié dans Gestions hospitalières, 2008).

Clémence Dumont : 2008, directeur du mémoire « *EPRD : été prévisionnel des recettes et des dépenses : Bilan à 6 mois d'une mise en œuvre dans un établissement public de santé et ses pôles d'activité* » du master 2 professionnel « analyse et gestion des établissements de santé : AGES » de l’Université Paris 7 (article publié dans Gestions hospitalières, 2008).

Nathalie Bréchat : 2008, directeur du mémoire « *Personnes âgées, précarité, handicap social et durée de séjour : étude pilote au groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal de Paris* » du master 2 professionnel « analyse et gestion des établissements de santé : AGES » de l’Université Paris 7 (article publié dans La Presse Médicale, 2010).

Jun Wang : 2008, directeur du mémoire « *Globalisation : l'impact sur la prise en charge des soins. L'exemple de la dialyse des insuffisants rénaux terminaux* » du master 2 professionnel « analyse et gestion des établissements de santé : AGES » de l’Université Paris 7 (article publié dans Gestions hospitalières, 2009).

Saoussen Hasni : 2009, directeur du mémoire « *Evaluation de la prise en charge des patients hospitalisés en réanimation médicale et toxicologique pour suicide* » du master 2 professionnel « analyse et gestion des établissements de santé : AGES » de l’Université Paris 7 (article publié dans la Revue hospitalière de France, 2013).

Ruta Atété-Leblanc : 2009, directeur du mémoire « *Parturientes précaires, tarification à l'activité et réhospitalisation : étude pilote au groupe hospitalier Lariboisière – Fernand - Widal de Paris* » du master 2 Professionnel « Droit de la gestion des établissements sanitaires, sociaux et médico sociaux » de l’Université Paris 8 (article publié dans Gynécologie obstétrique & fertilité, 2012).

Thierry Saint-Marc : 2009, directeur du mémoire « *Bilan à deux ans de la mise en place de pôles d'activité* » du master 2 Professionnel « Droit de la gestion des établissements sanitaires, sociaux et médico sociaux » de l'Université Paris 8 (article publié dans Gestions hospitalières, 2010).

Frédérique Lecocq : 2010, directeur du mémoire « *Aides soignantes, hôpital et réformes : vers un risque de précarisation* » du master 2 Professionnel « Droit de la gestion des établissements sanitaires, sociaux et médico sociaux » de l'Université Paris 8 (article publié dans Gestions hospitalières, 2010).

#### ***DEA DE SCIENCES ECONOMIQUES ET DE LA SANTE***

Baozandry Erline : 2007, directeur du mémoire « *L'épidémie de dengue de 2006 à Toamasina* » du DEA « sciences économiques et de la santé » de l'Université de Taomasina (Madagascar) et de l'Université de Paris 7.

Alhadhur Haidar : 2007, directeur du mémoire « *Analyse de la présence d'une pharmacie à l'hôpital : cas du CHRP de Toamasina* » du DEA « sciences économiques et de la santé » de l'Université de Taomasina (Madagascar) et de l'Université de Paris 7.

#### ***MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTE PUBLIQUE (EHESP)***

Buffa D, Cadiou S, Couillandre G, Erpelding E, Jegou Le Bris, Romero Solvas M : 1999, directeur du mémoire « *L'évaluation et l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées vivant en établissement* » du module interprofessionnel de santé publique, EHESP, Rennes.

[Auteurs] : 2000, directeur du mémoire « *Les enjeux et les possibilités futures des prises en charge sanitaires et médico-sociales pour les personnes âgées ayant une pathologie mentale* » du module interprofessionnel de santé publique, EHESP, Rennes.

Abdesselam Z, Augeard M, Chauvel K, Dourthous MC, Froger S, Lacroix F, Malzieux C, Ourizi G, Roussel A, Thevret A : 2001, directeur du mémoire « *Quel droit au risque pour une promotion*

*de la qualité de vie en EHPAD ? »* du module interprofessionnel de santé publique, EHESP, Rennes.

Aschenbrenner V, Desseigne C, Lacassagne J, Mennessier B, Michel C, Ordonnez V, Pichon S, Pioch S, Steiner D, Tetu C, Valentin E : 2002, directeur du mémoire « *Promotion de la santé par les activités physiques et sportives pour les personnes âgées. Intérêts et état des lieux des expériences exemplaires en France* » du module interprofessionnel de santé publique, EHESP, Rennes.

Cauhape J, Ceysson M, Drivet A, Hilaire M, Hilareau I, Leandri-Knipper G, Merlaud P, Pereto A : 2003, directeur du mémoire « *Usagers en santé mentale : Place actuelle et à venir dans les politiques régionales de santé et les dynamiques d'établissements* » du module interprofessionnel de santé publique, EHESP, Rennes.

Antoine J, Bernicot A, Bruyère V, Dugast C, Dumas D, Durand M, Guccione L, Labernadie M, Lhomme C, Pages C, Vincent S : 2005, directeur du mémoire « *Les activités physiques et sportives : un outil de promotion de la santé. La mise en place d'un plan de remise en activité physique des seniors à Rennes* » du module interprofessionnel de santé publique, EHESP, Rennes.

Augagneur C, Bertron A, Bijaye X, Faure X, Knopf A, Lebarzic JM, Peschet I, Ugolin N, Vendrame S : 2006, directeur du mémoire « *Indicateurs de mesure d'objectifs en santé publique : Intérêts et enjeux. L'exemple de la psychiatrie et de la santé mentale* » du module interprofessionnel de santé publique, EHESP, Rennes.

Augier M, Bariellet E, Blaise P, Boussemart S, Debray S, Necker N, Demidenko A, De Ren I, Diane S, Lenoire-Labrevois L, Mermet F : 2007, directeur du mémoire « *Handicap social et santé : Optimiser les prises en charge dans une optique de qualité et d'efficience* » du module interprofessionnel de santé publique, EHESP, Rennes.

Bartonicek Catherine, Guénard Frédéric, Labrousse Sylvie, Lagabrielle Laure, Lapostolle Benjamin, Mellot Florian, Mortureux Anne-Marie, Weibel Nathalie : 2008, directeur du mémoire « *Comment pérenniser la consultation de l'aptitude physique du senior (CAPS) pour en généraliser l'accès ?* » du module interprofessionnel de santé publique, EHESP, Rennes.

Blond Chloé, Bottin Franck, Guézéquel Bruno, Guillemot Mathilde, Horvath Maria, Mainpin Clémence, Muller Marie, Prat Vélléda : 2009, directeur du mémoire « *L'accueil des populations précaires à l'heure du plan hôpital 2007. Le cas des femmes en situation précaire accouchant à l'hôpital* » du module interprofessionnel de santé publique, EHESP, Rennes (article publié dans Gynécologie obstétrique & fertilité 2011).

### ***MEMOIRE PROFESSIONNEL DE DIRECTEUR D'HOPITAL (EHESP)***

Collin Arnaud : 2015, directeur du mémoire « *Analyse des causes des séjours longs en vue de la création d'une cellule de gestion des orties complexes* » du mémoire de fin de formation de la filière Directeur d'Hôpital de l'EHESP, Rennes.

### ***THESES***

Agnès Mdihi : 1997, sur la *Régulation hormonale de la volémie au cours de l'exercice en immersion*. Mémoire de Thèse de Doctorat en Médecine de l'Université de Strasbourg, Strasbourg.

Pierre Vercherin : 2000, sur *La qualité de vie dans le domaine de la santé. Intérêt, concept et mesure*. Mémoire de Thèse de Doctorat en Médecine de l'Université de Franche-Comté, Besançon.

Fabrice M-Y Ayikoue : 2011, sur *L'hospitalisation privée en république du Bénin : contribution à une étude sur le droit de la santé*. Mémoire de Thèse de Droit public de l'Université Paris 8, Saint Denis.

Florence Bientz : 2011, sur la *Conception juridique de l'acte médical dans le cadre d'une pluralité d'intervenants*. Mémoire de Thèse de Droit public de l'Université Paris 8, Saint Denis.

Pi Xu-Zmuda : 2011, sur le *Retard de prise en charge de, pathologies graves au cours de la pandémie de grippe A/H1N1v 2009*. Mémoire de Thèse de Doctorat en Médecine de l'Université Paris 5, Paris.

Julie Baillot : 2011, sur les *Problèmes d'accès aux soins des mineurs à Mayotte : Notre expérience dans un centre de soins Médecins du monde*. Mémoire de Thèse de Doctorat en Médecine de l'Université Claude Bernard-Lyon I, présentée à l'Université Léonard de Vinci SMBU Paris 13, Paris.

Alfred Ngako Deugoue : 2014, sur *La médecine d'urgence dans le système médical français*. Mémoire de Thèse de Droit public de l'Université Paris 8, Saint Denis.

Sanaa Bahafa : 2014, sur *L'impact de l'évolution des réformes hospitalières, des principes tutélaires et des outils de régulation sur le management d'un établissement de santé*. Mémoire de Thèse de Droit médical et de la santé de l'Université Paris 8, Saint Denis.

Sana Iraqui Jemmal : 2014, sur *L'évolution du rôle du directeur d'établissement de santé dans le management social des ressources humaines*. Mémoire de Thèse de Droit médical et de la santé de l'Université Paris 8, Saint Denis.

Philippe Gaston : 2014, sur le *Droit du médecin généraliste libéral à recevoir une information indépendante sur le médicament*. Mémoire de Thèse de Droit médical et de la santé de l'Université Paris 8, Saint Denis.

---

**III. PROGRAMMES DE RECHERCHE**

---

Nous pouvons regrouper mon expérience en six axes de recherches complémentaires : 1)- prévention, activités physiques et sportives et consultation de l'aptitude physique du senior ; 2)- besoins de santé, territoires de santé et allocation de ressources : approche opérationnelle par le concept d'handicap social ; 3)- précarité, permanence d'accès aux soins de santé et centre de santé primaire polyvalent ; 4)- planification sanitaire et sociale ; 5)- démocratie sanitaire et démocratie participative en santé ; et 6)- politique de santé et droit de la santé : pour un système de santé et d'Assurance maladie efficient et efficace socialement.

**III.1. PREVENTION, DETERMINANT DE LA SANTE ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES ET CONSULTATION DE L'APTITUDE PHYSIQUE DU SENIOR**

Les effets préventifs de l'activité physique et sportive (APS) chez les seniors et les personnes âgées ne sont plus à démontrer (Editions ENSP 2003 ; ADSP 2008 ; International Journal of Clinical Practice 2009a). Pourtant, les programmes de promotion de la santé par les APS sont nombreux et disparates, leurs objectifs demeurent imprécis et leurs résultats restent mal évalués (ADSP 2004 ; Santé publique 2009). Ainsi, dans leur méta analyse de 2007, Baker et al.<sup>10</sup> insistent sur le faible nombre des programmes à activités multiples bien pondérées et posent le problème des objectifs visés et des protocoles utilisés. Cela questionne la pertinence, les modalités et l'efficacité des actions préventives dans le cadre d'un « bien-vieillir » et d'un « vieillissement réussi » ainsi que la qualité des évaluations (Santé publique 2008 ; Gynécologie obstétrique & fertilité 2008). Les enjeux des évaluations sont importants car elles constituent l'un des axes de construction des programmes nationaux de prévention et ce dans un contexte économique contraint (Presses de l'EHESS 2010).

Pour suivre des APS à 50 ans et plus, il y a trois données scientifiques essentielles à prendre en compte :

---

<sup>10</sup> Baker MK, Atlantis E, Fiatarone Singh MA. Multi-modal exercise programs for older adults. Age and Ageing 2007 ; 36 : 375-81.

1. les travaux de Byberg et col imposent de considérer le sur risque des décès à court terme lors de la reprise du sport<sup>11</sup>,
2. les travaux de Wilson et de Tanaka<sup>12</sup> ainsi que ceux de Fitzgerald, Tanaka et col<sup>13</sup> montrent que chacun perd 10 % de son potentiel d'endurance tous les 10 ans à partir de 20 ans. Tout senior qui n'a pas pu pratiquer des APS régulièrement a perdu plus de potentiel que celui qui est resté actif. Le senior qui espère réaliser facilement ses rêves de randonnées ou de course pendant sa retraite pour « prendre soin de soi » risque des déconvenues et des incidents, parce que son organisme n'est plus celui de ses 20 ans. Il lui faut reconstruire une partie de ce potentiel perdu pour pouvoir réaliser des activités de plaisir tout en réduisant les risques,
3. comme précédemment vu, Baker et col insistent dans leur méta analyse de 2007 sur le faible nombre des programmes à activités multiples bien pondérées, et posent le problème des objectifs visés (renforcement musculaire, endurance cardiorespiratoire, souplesse et équilibre) et des protocoles utilisés (intensité, durée, faisabilité, gestion des risques et évaluation des résultats obtenus). Ainsi, répondant aussi à un souci croissant du médecin traitant, il a été souhaité proposer un programme ayant fait la preuve de son efficacité et agissant comme un moyen de « remise à niveau » de la forme physique des seniors à partir de l'âge de 50 ans. C'est en effet pour la plupart d'entre eux l'étape de la fin de leur parcours professionnel mais aussi celle de l'ouverture vers une vie aux activités diverses, et notamment physiques, pour un « vieillissement réussi » (Santé publique, 2008).

La consultation qui prend en compte ces trois données n'existant pas, la consultation de l'aptitude physique du senior (CAPS) a été créée. Elle est composée de 4 parties (Presse Med 2006 ; Presse Med 2007 ; La Revue de Gériatrie 2007 ; International Journal of Clinical Practice 2009b) :

- Partie 1 de la CAPS : les assurances maladies partenaires organisent des réunions et distribuent des formulaires pour informer sur la possibilité de bénéficier de la CAPS. Les adhérents intéressés demandent un rendez-vous auprès du médecin coordinateur de la CAPS pour un entretien explicatif à l'issu duquel – si l'assuré maintenait son souhait de suivre la

<sup>11</sup> Byberg L, Melhus H, Gedeborg R, Sundström J, Ahlbom A, Zethelius B, Berglund LG, Wolk A, Michaëlsson K. Total mortality after changes in leisure time physical activity in 50 year old men: 35 year follow-up of population based cohort. *BMJ* 2009 Mar 5 ; 338 : b688.

<sup>12</sup> Wilson TM, Tanaka H. Meta-analysis of the age-associated decline in maximal aerobic capacity in men: relation to training status. *Am J Physiol Heart Circ Physiol* 2000 ; 278 : H829-H834.

<sup>13</sup> Fitzgerald MD, Tanaka H, Tran ZV, Seals DR. Age-related declines in maximal aerobic capacity in regular exercising vs. sedentary women: a meta-analysis. *J Appl Physiol* 1997 ; 83 : 160-5.

CAPS - lui est remis un document décrivant la méthode ainsi qu'à son médecin traitant. Le senior consulte son médecin traitant.

- Partie 2 : Ce dernier décide de l'opportunité de la prescription d'une CAPS. Le senior réalise une exploration fonctionnelle cardiorespiratoire à l'effort (EFCR) initiale. Cet acte médical permet de dépister des pathologies que seul l'effort maximal peut révéler. Il est une sécurité et permet aussi d'optimiser un réentraînement physique, comme le Programme d'Endurance Personnalisé sur Cycle (PEP'C), en l'adaptant aux possibilités énergétiques de chacun.
- Partie 3 : Le senior revoit le médecin coordinateur de la CAPS pour faire le bilan de l'EFCR et programmer le PEP'C. Les entretiens auprès du médecin coordinateur de la CAPS et l'EFCR permettent d'éliminer les contre-indications à la pratique d'APS et à la réalisation du PEP'C (La revue de médecine interne 2009). Toute contre-indication est prise en compte et le médecin coordinateur de la CAPS peut demander des avis à d'autres experts (cardiologue, pneumologue, etc.) pour pouvoir le reprendre en charge. Le senior réalise le PEP'C qui comporte la répétition de séances d'au moins 30 minutes, 2 fois par semaine pendant 2 mois, soit 16 séances. L'endurance de ces personnes s'en trouve améliorée, remettant l'organisme à un niveau d'aptitude respiratoire, cardiaque et musculaire suffisant pour que la pratique des APS puisse se faire dans des conditions de plaisir et sans incident. Ainsi encouragé, le senior sera à même de poursuivre une APS et pourra gagner en qualité de vie et en autonomie.
- Partie 4 : Le senior bénéficie d'un dernier entretien avec le médecin coordinateur de la CAPS qui l'oriente vers une association pour faire des APS.

La CAPS propose ces quatre parties pour 539 euros par personne. En 2 mois (16 séances), chaque bénéficiaire de la CAPS gagne  $62 \pm 32\%$  en endurance, ce qui réduit sa fatigabilité et améliore sa qualité de vie. La CAPS, malgré ses contraintes importantes (16 séances, efforts répétés et soutenus, déplacements) bénéficie d'un taux d'adhésion de 100 % et les ménages pensent que leur exemple sera suivi par leur famille et acceptent de financer 36,9 %, soit un tiers des coûts de la CAPS. En terme de rendement économique, 1 % d'amélioration des paramètres physiologiques nécessite 6,57 euros d'investissement (Science & Sports 2009 ; International Journal of Clinical Practice 2009b ; Presses de l'EHESP 2010).

La CAPS peut être le dispositif central d'un « guichet unique » de prévention par les APS proposant une gamme de possibilités complémentaires adaptées à chaque senior (« ateliers équilibre », exercices de stimulation cognitive, etc.). C'est ce que nous mettons en place

actuellement au sein des centres de prévention Agirc-Arrco. Nous tentons d'en faire bénéficier des patients précaires recrutés au sein de permanences d'accès aux soins de santé - PASS ou de centres de santé primaires polyvalents - CSPP (Lancet 2006 ; Santé publique 2008 ; Presses de l'EHESS 2012). Le déterminant de la santé activités physiques et sportives peut devenir un objectif indépendant d'une prochaine loi de santé publique, comme nous l'avons défendu en tant qu'expert lors de la commission « Prévention, Sport, Santé » du Ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative en 2008 (Santé publique 2009) et de la commission interministérielle « activités physiques et sportives et seniors » du comité « avancée en âge, prévention et qualité de vie » du ministère des sports, de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative et du ministère délégué chargé des personnes âgées et de l'autonomie en 2013.

La CAPS est portée par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) dans son rapport de 2001 « assurance maladie et perte d'autonomie » et pourrait faire partie du « programme national de promotion de la santé par les activités physiques et sportives et prévention des conduites dopantes : PN-APSD » que nous avions réalisé lors de la commission interministérielle « activités physiques et sportives, santé publique, prévention des conduites dopantes » de 2002 (Editions ENSP 2002 ; Presse Med 2006 ; Presse Med 2007).

### **Collaborations :**

Pôle de gériatrie des hôpitaux universitaires de Strasbourg

Service des explorations fonctionnelles-physiologie du centre hospitalier universitaire de Besançon

Service d'exploration fonctionnelle respiratoire du centre hospitalier universitaire Larrey de Toulouse

Mutualité sociale agricole

Groupe Agirc-Arrco

Groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal de l'APHP

Bureau de l'analyse des besoins et objectifs de santé, sous-direction des politiques de santé et stratégies de la Direction générale de la santé du ministère en charge de la santé

## **III.2. BESOINS DE SANTE, TERRITOIRES DE SANTE ET ALLOCATION DE RESSOURCES : APPROCHE OPERATIONNELLE PAR LE CONCEPT D'HANDICAP SOCIAL**

En France, les politiques publiques ont porté une attention croissante à la santé des personnes dites en situation de précarité, notamment depuis le milieu des années 1990. Le plus souvent, ces personnes sont identifiées comme étant bénéficiaires de « minima sociaux » ou encore comme relevant d'une catégorie socioprofessionnelle dont le niveau de revenu est bas. C'est ainsi qu'en 2002, le taux de renoncement aux soins lorsque le revenu est inférieur à 840 euros par mois, était de 68 % plus élevé que pour la population générale, alors qu'il l'était de 38 % pour un bénéficiaire de la couverture maladie universelle (CMU) et de 112 % pour un bénéficiaire du revenu minimum d'insertion (RMI)<sup>14</sup>. La même année, Mathy et Bensadon montraient que les séjours hospitaliers de patients précaires duraient plus longtemps (2 jours et demi en moyenne) et coûtaient 33 % plus cher que les séjours de patients non précaires<sup>15</sup>. L'identification des patients précaires ne retenait que des critères financiers, d'isolement et d'environnement, facteurs estimés par les personnels du bureau des entrées lors de l'admission de ces patients à l'hôpital. L'identification de patients précaires pose problème, faute d'un accord sur une définition opérante de ces populations.

Au-delà de cet aspect de définition, il faut noter que les dispositions de 2004 sur les dotations budgétaires à l'hôpital ne permettent pas de prendre en compte directement ces éléments, sauf en partie au travers des enveloppes destinées à financer les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). C'est dire qu'*a priori*, aucune disposition financière n'est prévue pour continuer de prendre en charge ces catégories de patients, supposées être de plus gros consommateurs de soins, puisque leurs besoins, exprimés en termes d'allongement de la durée de séjour, apparaissent plus importants que ceux des patients non précaires. La tarification à l'activité (T2A) finance chaque séjour hospitalier à travers un groupe homogène de séjour (GHS) de la même façon dans tous les établissements de santé français. Chaque séjour pourra être plus rémunérateur lorsque sont pris en compte les diagnostics associés. Il n'est pas prévu que le programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) puisse financièrement prendre en considération la dimension sociale de l'usager malade et permettre ainsi la détermination d'un budget discrétionnaire nécessaire à la réponse à ces besoins spécifiques. C'est pourquoi les indicateurs de précarité ou plus généralement ceux d'inégalités en lien avec le PMSI ont été

<sup>14</sup> Auvray L, Doussin A, Le Fur P. Santé, soins et protection sociale en 2002. CREDES, Série Résultats, 2003, n°1509 : 179 p.

<sup>15</sup> Mathy C, Bensadon M. Le surcoût de l'hospitalisation des patients précaires. Journal d'Economie Médicale 2002 ; 20 : 263-278.

interrogés. Les codes de la classification internationale des maladies (CIM) ne peuvent suffire (JEM 2006). Connaître les handicaps sociaux d'une population prise en charge dans un établissement public de santé ainsi que ce que cela implique pour ce dernier (allongement de la durée moyenne de séjour - DMS, journées d'hospitalisation mobilisées) devient essentiel dans le cadre de la mise en oeuvre de la T2A et de l'égalité d'accès aux soins (Doctorat de droit public 2012).

Pour cela, nous avons validé un modèle théorique dont les tenants prenaient pour fondements théoriques le modèle de l'économie de la discrimination de Gary Becker, Prix Nobel d'économie en 1992 (Presses de l'EHESS 2012). C'est en partant du concept de l'économie de la discrimination et par l'analyse de variables spécifiques, qu'il est possible de déterminer les besoins particuliers de chaque patient hospitalisé et d'en déduire automatiquement les ressources financières nécessaires pour y faire face, en fonction du profil du patient. Pour cela, il a fallu dépasser la détermination des besoins différenciels en fonction du profil socioprofessionnel, pour prendre en compte l'ensemble des conditions de vie de l'individu, à savoir les déterminants de la santé comme son environnement personnel de vie, ses conditions de travail, ses ressources, ses conditions de logement, ses relations sociales. En s'inspirant des travaux de l'enquête « Conditions de vie » de l'INSEE<sup>16</sup>, nous avons construit et validé un nouveau concept, que nous avons appelé « handicap social ». Il s'agit en fait d'évaluer les ressources nécessaires pour la prise en charge d'un patient en fonction de son niveau d'handicap social. Nous avons choisi d'utiliser un questionnaire d'handicap social issu des travaux de l'INSEE car il comprend un nombre d'indicateur plus important que ceux habituellement utilisés (Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 2014). La notion d'handicap social a été introduite par la loi du 19 novembre 1974, le gouvernement recommandant d'adapter aux handicapés sociaux les formes d'accueil offertes aux handicapés physiques et mentaux. En utilisant ce concept, il a été possible d'obtenir une analyse beaucoup plus fine qu'en utilisant celui de profil socioprofessionnel. Au total, 111 items ont été utilisés pour apprécier le degré d'handicap social, répartis au travers de 11 indicateurs spécifiques, couvrant 6 domaines d'analyse : « santé », « ressources », « insertion culturelle »,

<sup>16</sup> Borkowski JL, Kasparian L. Construire des indicateurs d'inégalités – Enquête « Etude des conditions de vie » 1986-1987. Document de travail F9106. Paris: INSEE, 1991.

Villeneuve A. La mesure des inégalités sous son aspect multidimensionnel - Enquête « Etude des conditions de vie » 1986-1987. Document de travail F9105. Paris: INSEE, 1991.

Villeneuve A. Les formes multiples de la pauvreté et le rôle des difficultés de jeunesse. In : INSEE. La société française : Données sociales. Paris, INSEE, 1995 : 251-8.

«relations avec autrui », « logement » et « patrimoine ». Un questionnaire d'handicap social associé au PMSI a permis de connaître les handicaps sociaux des usagers en 2005 et 2007 ainsi que ce que cela implique pour un établissement public de santé (groupe hospitalier Lariboisière-Fernand Widal de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris - APHP) en matière de perte de recette liée à l'augmentation de la durée de la DMS. Par exemple, l'administration du questionnaire d'handicap social auprès de 696 usagers hospitalisés en court séjour du 14 mars au 4 avril 2007 a permis d'établir, avec les données PMSI, que les trois quarts de la population étudiée présentaient un handicap social. Pour 19,2 %, il s'agit d'un handicap social fort. Les trois indicateurs « revenu », « capital mobilier » et « confort intérieur » sont des déterminants majeurs du handicap social. L'état de santé plus dégradé n'est pas la particularité des patients les plus handicapés sociaux et il n'entraîne pas de réelle surconsommation médicale. Les personnes ayant un handicap social restent hospitalisées un jour et demi de plus en moyenne. Cela permet d'en déduire un surcoût hospitalier de 10,3 millions d'euros. Un modèle de mesure du handicap social est proposé et peut être utilisé dès l'admission et en routine pour repérer les personnes ayant un handicap social, afin de leur proposer des aides spécifiques et diminuer la DMS. Il peut permettre le suivi d'une politique de santé publique (Presses de l'EHESP 2012). Ce modèle a été testé avec succès pour les femmes ayant accouché par voie basse (Gynécologie obstétrique & fertilité 2009), les seniors ou les personnes âgées (La Presse Médicale 2010). Ce modèle a été comparé aux deux autres existants en France (Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 2014).

Nous avons aussi montré que le dispositif national de la T2A à 100 % correspond à un transfert de charge de travail du court séjour vers l'aval des soins pour les parturientes présentant des handicaps sociaux (Gynécologie obstétrique & fertilité 2011). La pérennité de la planification sanitaire et sociale pour ces patientes, constituée d'actions et de dispositifs spécifiques coordonnés, est menacée : les structures d'aval en nombre limité de façon récurrente sont saturées alors que les demandes augmentent ; la prise en charge est souvent réduite à une gestion de l'urgence entraînant des réhospitalisations non voulues ; la déontologie est parfois interrogée et un risque de sélection des patientes existe. De plus, il n'y a pas de surveillance des réhospitalisations non voulues et les outils, comme les critères de l'Appropriateness Evaluation Protocol (AEPf), sont difficilement utilisables en routine (Gynécologie obstétrique & fertilité 2011). L'égalité et la continuité des soins de santé peuvent être remises en cause (Doctorat de droit public 2012).

Ces résultats ont pu alerter, dès 2007, sur une remise en cause de la prise en charge médicale des patients présentant des difficultés sociales par la T2A et sur la nécessité d'utiliser un outil pour distribuer au mieux des financements supplémentaires qu'il conviendrait de prévoir (La Presse Médicale 2007 ; Médecine & Droit 2009). Ces travaux ont été utiles à l'étude de 2008 relative à la précarité dans les établissements de santé qui a été confiée à l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH) sous l'égide de la Mission T2A et de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) par le ministère en charge de la santé. L'approche par la couverture maladie universelle (CMU) et l'aide médicale de l'État (AME) a finalement été préférée alors qu'elle minimise environ de moitié les besoins supplémentaires à apporter pour les patients précaires (Gestions hospitalières 2009). Nous avons ensuite montré que l'approche géographique est possible à partir du concept d'handicap social et qu'il peut être utile à des allocations de ressources différentes ainsi qu'à des propositions pour répartir au mieux des financements supplémentaires qu'il conviendrait de prévoir dans le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) : répartition par péréquation, allocation par territoire de santé et « Social-isation » des GHS (Presse Med 2009 ; Presses de l'EHESP 2012). Nous préconisons d'utiliser le modèle de mesure du handicap social présenté pour proposer une allocation de financements « équitable » de prise en charge par classe de handicap, par territoire de santé et GHS (Presses de l'EHESP 2012).

Notre partenariat avec l'Union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie (UGECAM) d'Ile-de-France a permis de créer un logiciel automatisé de calcul des besoins et des ressources nécessaires selon les caractéristiques du patient qui sont entrées dans l'interface du logiciel. Ce logiciel pourrait être utilisé par les 156 établissements des 13 UGECAM de France. Le concept de « handicap social », véritable innovation organisationnelle au sein de l'hôpital, trouve ici une application de type industriel.

Le modèle que nous avons développé est un outil nécessaire à l'accompagnement de la réforme de la T2A. Ainsi, d'une approche de type « recherche fondamentale », qui passe par l'élaboration d'un modèle d'allocation de ressources et la construction d'un concept (celui d'handicap social), une application pratique au niveau du financement de l'hôpital a été trouvée, pour aboutir à des développements industriels. Enfin, cette approche est aussi éthique. Elle interroge d'emblée le concept d'équité, puisqu'elle permet une allocation des ressources en fonction des besoins

spécifiques des individus : il s'agit d'une équité selon Rawls<sup>17</sup> au sens où les ressources doivent être affectées d'abord vers ceux qui ont les plus grands besoins (discrimination positive). Ce modèle permet d'identifier l'importance des besoins de chacun et d'attribuer à chacun des moyens, en lien avec l'importance de ses besoins.

### **Collaborations :**

Groupe hospitalier Lariboisière-Fernand Widal de l'APHP

UFR Santé, Médecine et Biologie Humaine (SMBH) de l'Université Paris 13

Policlinique Baudelaire-permanence d'accès aux soins de santé, hôpital Saint-Antoine du groupe hospitalier Hôpitaux Universitaires Est Parisien de l'APHP

Union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie

Equipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins, UMRS 707 (Inserm - UPMC) de l'Université Paris 6

### **III.3. PRECARITE, PERMANENCES D'ACCES AUX SOINS DE SANTE (PASS) ET CENTRE DE SANTE PRIMAIRES POLYVALENT (CSPP)**

Les professionnels et les acteurs de santé de la policlinique Baudelaire qui est une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS), en prenant en charge dès 1992 des migrants, des sans-papiers et des personnes précaires, ont développés des savoir-faire interdisciplinaires (aide soignante, infirmière, médecin, assistante sociale, psychologue, etc.) et ont constitué des expériences qui leurs permettent de prendre en charge ces patients dans toute leur complexité, globalité et unicité. Ces professionnels fédèrent, organisent, coordonnent et mettent en cohérence la prise en charge interinstitutionnelle et multidisciplinaire dont ont besoin ces patients sur le moyen et long terme afin de tenter d'améliorer leur état de santé en investissant l'ensemble du parcours de santé et des déterminants de la santé. Ces professionnels et acteurs de santé sont devenus des spécialistes de la prise en charge de patients « complexes » comme par exemple les personnes précaires, les personnes âgées, les personnes atteintes de pathologies chroniques<sup>18</sup> dans des organisations complexes (système de santé, multiples assurances, organisation hospitalière, etc.), tout en prenant en compte des environnements complexes (personne sortant de prison,

---

<sup>17</sup> Rawls J. Theory of justice. Cambridge, Harvard University Press, 1971..

<sup>18</sup> Vinquant JP, Mayo-Simsler S. Vieillissement et prise en charge des maladies chroniques. Actualité et Dossier en Santé Publique 2010 ; 72 : 33-35.

personne âgée, sans domicile fixe, migrant, sans papier, langue, culture, etc.). Ce sont des « gestionnaires de parcours de soins de santé spécialisés ».

La policlinique Baudelaire tend à prendre en charge les usagers du territoire de santé : elle est devenue utile pour couvrir les besoins de santé en médecine ambulatoire du nord-est de Paris, voire de l'Île de France, où l'on constate un manque de médecins spécialistes en secteur 1 (Presses de l'EHESP 2012). Ainsi, la policlinique Baudelaire tente de s'adapter aux besoins de santé de la population de son territoire de santé, tout en participant aux réorganisations hospitalières, en évoluant d'une PASS vers un « centre de santé primaire polyvalent (CSPP) ». Ce concept de CSPP s'inspire du centre de santé d'attention primaire (CAP) de Catalogne en Espagne<sup>19</sup>. Le CSPP promeut une prise en charge interdisciplinaire (assistante sociale, infirmière, médecin, assistante sociale, psychologue, etc.) notamment pour les patients « complexes ». Le CSPP participe à remporter les défis liés à la précarité, à l'accès aux soins et à la santé et s'inscrit dans le modèle de la « maison de santé - pôle de santé » de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)<sup>20</sup>. Le CSPP est une innovation à fort potentiel qui peut participer à l'élaboration d'un « modèle » avec « référentiel » susceptible d'être expérimenté dans d'autres régions à partir de « points d'accroche » que sont les PASS. Un compte de résultat prévisionnel (CREA) est proposé pour le développement d'un CSPP de référence, sur le modèle de celui réalisé en 2011 pour la policlinique Baudelaire-PASS (Presses de l'EHESP 2012).

L'administration d'un questionnaire d'handicap social auprès de 450 usagers de la policlinique-PASS de l'hôpital Lariboisière de l'APHP a permis de mesurer que 94,5 % présentent un handicap social : 43,3 % un handicap social moyen et 51,2 % un handicap social fort. L'administration du même questionnaire auprès de 696 usagers du 14 mars au 4 avril 2007 a permis de mesurer au groupe hospitalier Lariboisière - Fernand Widal que 75,0 % des usagers présentaient un handicap social : 19,2 %, un handicap social fort (Santé publique 2009). Dix-sept pourcent des patients de la policlinique Baudelaire sont adressés par leur médecin traitant, 8,0 % par le service des urgences et 75,0 % viennent spontanément. La prise en charge pluridisciplinaire de chaque entrée à la policlinique peut revenir à 95 euros, ou 131 euros par consultation (prise en

---

<sup>19</sup> Salines E, Bréchat PH, Schaetzel F, Danzon A. Régionalisation : l'expérience de la Catalogne. Actualité et Dossier en Santé Publique 2001 ; 37 : 61-67.

charge interdisciplinaire), ce qui est supérieur à une consultation effectuée par un médecin libéral (48 euros mais seul) et inférieur au montant moyen d'un passage aux urgences (223 euros) ou en centre hospitalier universitaire (263 euros)<sup>21</sup> (Presses de l'EHESP 2012). Le CSPP participe à l'objectif du développement des soins primaires moins coûteux que les soins secondaires et tertiaires<sup>22</sup>. Il trie, filtre et s'assure de n'avoir recours aux soins spécialisés qu'à bon escient. Il participe à l'amélioration de l'interdisciplinarité entre médecins et les autres professionnels, ce qui peut favoriser la diminution des coûts mais aussi la continuité des soins de santé, ainsi que l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience de la coordination des différents intervenants de la prise en charge des patients « complexes » dans des organisations complexes. Ce nouveau dispositif participe à la diminution des dépenses inutiles mais aussi à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins<sup>23</sup>. Il participe aussi au développement de la prévention contribuant à l'allégement de la charge du secteur hospitalier, ainsi qu'au développement des interventions précoce favorisant l'allégement de la charge du secteur médico-social. La présence d'assistantes sociales et de psychologues participe à la prise en charge globale des besoins de santé du patient, à la qualité des soins et à la réduction du nombre et de la durée des séjours en milieu hospitalier (Presses de l'EHESP 2012).

J'ai accompagné le développement du premier CSPP à l'hôpital Saint-Antoine (APHP). Le CSPP a été retenu en 2012 par le groupe « santé et accès aux soins » de la « conférence contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale » du Premier Ministre, en lien avec la Conférence nationale des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE).

### **Collaborations :**

Policlinique Baudelaire-permanence d'accès aux soins de santé, hôpital Saint-Antoine, groupe hospitalier Hôpitaux Universitaires Est Parisien de l'APHP

Groupe hospitalier Lariboisière-Fernand Widal de l'APHP

Institut Droit et Santé – Inserm UMR S 1145 - de l'Université Paris 5 (Paris Descartes)

Chaire Santé de Sciences Po

---

<sup>20</sup> Couty E, Kouchner C, Laude A, Tabuteau D (dir). La loi HPST : regards sur la réforme du système de santé. Rennes, Presses de l'EHESP, 2010.

<sup>21</sup> Cour des Comptes. Rapport sur les urgences médicales : constats et évolution récente. Cour des Comptes, 2006.

<sup>22</sup> White KL. The ecology of medical care: origins and implications for population-based healthcare research. *Health Serv Res* 1997 ; 32 (1) : 11-21.

White KL, Williams TE, Greenberg BG. The Ecology of Medical Care. *The New England Journal of Medicine* 1996 ; 265 : 885-892.

Equipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins, UMRS 707 (Inserm - UPMC)  
Unité de recherche en Epidémiologie Nutritionnelle UMR U557 Inserm U 1125 Inra/Cnam/Université Paris 13  
CRNH Ile-de-France

### **III.4. PLANIFICATION SANITAIRE ET SOCIALE**

La mise en cohérence de l'action publique, concernant en particulier les services de santé et sociaux, constitue l'un des thèmes de management public poursuivi par la quasi-totalité des gouvernements des pays industrialisés. Elle est ressentie comme une nécessité. Dans le domaine de la santé, la conjonction actuelle du développement des technologies, de la démographie des professionnels de santé, du vieillissement de la population, de la crise des finances publiques et des attentes grandissantes de la population, oblige les gouvernements à contrôler explicitement la croissance des coûts tout en continuant à garantir un accès équitable à des services de soins et de santé de qualité et sûrs aux moindres coûts adaptés aux besoins de la population.

Depuis les années soixante-dix, la France fait évoluer continuellement ses politiques publiques de planification sanitaire et sociale ou de planification de la santé. Des travaux de recherches ont permis de montrer que ces politiques sont portées par des outils nationaux (programmes, plans et schémas) et régionaux (conférences et priorités ; programmes, plans et schémas ; réseaux et parcours) pour l'ensemble d'un continuum composé des offres de prévention, des secteurs ambulatoire et hospitalier ainsi que des offres médico-sociales et sociales, et qu'elles ont contribué à faire évoluer les comportements, les organisations et les pratiques (Santé publique 2004 ; Santé publique 2007).

Les professionnels de la planification de la santé, peu nombreux, doivent pourtant développer des compétences au sein de leurs multiples tâches pour s'adapter aux nouvelles réformes dans une ambiance de pressions économiques et juridiques importantes. Ces professionnels de santé et acteurs de santé ont réalisé des apprentissages collectifs et organisationnels, voire culturels, qui permettent la mobilisation d'initiatives, l'intégration de la diversité de projets individuels pour une capacité d'action collective responsable et de qualité, témoin de la modernisation de l'action publique (Santé publique 2004). Cela a été particulièrement montré pour les responsables des

---

<sup>23</sup> de Poumourville G. L'organisation des soins. In : Bras PL, de Poumourville G, Tabuteau D. Traité d'économie et de gestion de la santé. Paris : SciencesPo. Les Presses. Editions de santé 2009 : 401-406.

pôles d'activité hospitaliers issus de la nouvelle gouvernance du plan Hôpital 2007 (Gestions hospitalières 2008 et 2010 ; Santé publique 2010). Ces professionnels de santé, dont les médecins de santé publique, et ces acteurs de santé doivent bénéficier de formations initiales et continues, ainsi que de compétences globales et de possibilités d'action élargies (ADSP 2003 ; Santé publique 2004 ; Presse Médicale 2006 ; Editions ENSP 2006). L'innovation doit être encouragée et les dispositifs ayant fait la preuve de leur efficience et de leur efficacité, comme l'embolisation des hémorragies de la délivrance, doivent être financées ou pouvoir bénéficier de GHS (Gynécologie obstétrique & fertilité 2008 ; Intensive Care Medicine 2011).

Pour que ces outils de planification correspondent mieux aux critères de l'OMS<sup>24</sup> et aux 3 objectifs du Triple Aim<sup>25</sup> créé par Donald Berwick et l'Institute for Healthcare Improvement (IHI) des États-Unis d'Amérique : amélioration de la santé de la population donc réduction des inégalités inter-régionales et infra-régionales ; réduction des coûts des soins de santé par habitant ; et satisfaction de l'usager (Santé publique 2007 ; Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance maladie 2015), ils doivent pouvoir permettre d'avantage d'équité différentielle (Santé publique 2008).

Ces outils de planification doivent aussi comporter les « conditions de réussite » des actions de santé publique décrites par Blum-Boisgard et col en 2005<sup>26</sup>. Si les propositions actuelles de réforme des systèmes de santé, comme dans la plupart des pays en développement, prennent le gain en santé comme critère d'évaluation principal, les méthodes de sélection des interventions ne tiennent pas suffisamment compte d'autres facteurs qui sont importants pour leur réussite et leur acceptation par la population. Six grands types de prestations du système de santé ont été identifiés en dehors du gain en santé : réduction de l'incertitude ; sécurité économique ; confiance dans la qualité du système de santé ; avantages financiers tirés du système , soins de santé utiles ; et le processus est l'équité du système de santé. Les propositions de réforme du système de santé et d'Assurance maladie doivent insister sur l'adéquation de la couverture des besoins des populations par des offres de qualité et sûres pour être en accord avec les attentes de la

<sup>24</sup> Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde 2000, pour un système de santé plus performant. OMS, Genève (Suisse), 2000.

<sup>25</sup> Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim : care, health, and cost. Health Affairs 2008 ; 27 (3) : 759-769.

<sup>26</sup> Blum-Boisgard C, Demeulemeester R, Jourdain A, Moisdon JC, Vérité E. Quelles conditions de réussite des interventions de santé publique ? Santé Publique 2005 ; 17 : 569-582.

population<sup>27</sup>. Il est probable que les contributions les plus significatives pour réduire les inégalités de santé sont l'amélioration des conditions économiques et sociales ainsi que l'environnement physique mais aussi l'existence d'interventions locales de services de santé<sup>28</sup>. Nous avons mesuré comme ayant les meilleures chances de succès les actions répondant aux 11 critères suivants : 1) la prise en compte du court et moyen terme (le processus) autant que du long terme (l'impact sur la santé) ; 2) l'accent mis sur les déterminants de la santé ; 3) une combinaison de stratégies pour modifier ces déterminants : incitation au changement de comportement individuel, au développement des compétences personnelles, soutien d'un style de vie par un environnement sain ; 4) l'utilisation de méthodes et pratiques scientifiquement validées, la mesure du succès de l'intervention par des approches qualitatives aussi bien que quantitatives, la recherche de données probantes concernant l'impact sur la santé ; 5) une liaison avec les processus sociaux d'élaboration des politiques (par exemple, l'inscription de l'intervention dans un projet d'établissement ou, à un autre niveau, dans un contrat de plan Etat-Région) ; 6) une approche collective plutôt qu'individuelle, avec création d'environnements favorables ; 7) une adaptation aux besoins et aux systèmes économiques, sociaux et culturels locaux ; 8) l'implication effective des destinataires de l'intervention dans sa préparation, sa mise en œuvre et son évaluation ; 9) l'interdisciplinarité des équipes dans un cadre associant différentes institutions ; 10) une place donnée aux médias et aux études d'opinion dans la communication autour du programme ; 11) la prise en compte de valeurs telles que l'équité, la justice, le partage du pouvoir, la recherche de gains de productivité, l'accessibilité (ADSP 2005 ; Santé publique 2009).

J'ai étudié les critères de réussite des quatorze actions nationales en faveur du déterminant de santé activités physiques et sportives qui ont été construites entre 2001 à 2006 par 7 promoteurs différents. Je montre qu'elles ont seulement un score moyen de  $175,0 \pm 66,9$  sur 300 % et que pour améliorer ce score, il faut donner aux acteurs plus de possibilité de s'impliquer tout en favorisant les relations avec l'environnement en particulier institutionnel et communautaire. C'est la structuration et le fonctionnement de l'action qui est en général la mieux investie (Santé publique 2009). La construction d'une de ces actions, le programme de « promotion de la santé par les activités physiques et sportives et de prévention des conduites dopantes : PN-APSD –

---

<sup>27</sup> González Block MA, Sandiford P, Ruiz JA, Rovira J. Beyond health gain: the range of health system benefits expressed by social groups in Mexico and Central America. Soc Sci Med 2001 ; 52 (10):1537-1550.

2002–2007 » qui a un score de 250 sur 300 % a coûté 100 000 euros, dont 15 % ont été consacrés à la communication (RESP 2009). Pourtant, malgré l'appui de 2 ministres en charge de la santé, le PN-APSD n'a non seulement pas été mis en œuvre, mais les propositions issues du PN-APSD de la commission interministérielle « Promotion de la santé par les activités physiques et sportives et prévention des conduites dopantes » du Ministre délégué à la Santé de 2001-2002 - qui a construit le PN-APSD - n'ont pas été reprises dans les objectifs de la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, ce qui pose la question de l'efficience et de l'efficacité de la priorisation en santé (Santé publique 2009).

#### **Collaborations :**

Bureau de l'analyse des besoins et objectifs de santé, sous-direction des politiques de santé et stratégies de la Direction générale de la santé du ministère en charge de la santé

Groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal de l'APHP

Pôle de gériatrie des hôpitaux universitaires de Strasbourg

Policlinique Baudelaire-permanence d'accès aux soins de santé, hôpital Saint-Antoine du groupe hospitalier Hôpitaux Universitaires Est Parisien de l'APHP

Institut Droit et Santé – Inserm UMR S 1145 - de l'Université Paris 5 (Paris Descartes)

Chaire Santé de Sciences Po

Groupe de Travail en Planification de la Santé (GTPS) de l'EHESP en partenariat avec le département des politiques de santé de l'Université Sorbonne Paris-Cité

### **III.5. DEMOCRATIE SANITAIRE ET DEMOCRATIE PARTICIPATIVE EN SANTE**

Les usagers insuffisants rénaux chroniques de Franche-Comté ont été associés au processus régional de planification sanitaire et à la création d'un réseau de soins, le premier réseau dit « Soubie », destiné à la prise en charge globale de cette pathologie (ADSP 2003). Depuis 1996, des usagers ont pu être associés à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques nationales, régionales et territoriales de santé. Malgré cette volonté politique et des débuts prometteurs, le bilan sur 15 ans est mitigé. Les représentants d'associations d'usagers ont parfois le sentiment d'être instrumentalisés dans des établissements de santé et pensent que leurs possibilités de participation déclinent depuis 2002. Cela intervient dans un contexte d'accroissement des

---

<sup>28</sup> Arblaster L, Lambert M, Entwistle V, et al. A systematic review of the effectiveness of health service interventions aimed at reducing inequalities in health. J Health Serv Res Policy 1996 ; 1(2):93-103.

inégalités de santé et de crise économique ce qui mobilise les représentants d'associations d'usagers. Pour eux, un contre-pouvoir fort des usagers est nécessaire pour un égal aux soins et à la santé pour tous et partout. Pour parvenir à cela, ils font douze propositions, concernant professionnalisation et organisation, tant au niveau territorial que national : référent régional de l'ARS, coordination des travaux de représentants référents par priorité et thématique transversales ou organisation de débats citoyens (Santé publique 2010).

L'Association des Représentants des Usagers dans les Cliniques, Associations sanitaires et Hôpitaux de Franche-Comté (ARUCAH), inspirée par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé, a voulu « organiser ou contribuer à l'organisation de débats publics permettant l'expression des citoyens sur des questions de santé ou d'éthique médicale » pour « contribuer à la définition et à la mise en œuvre des politiques régionales de santé » afin de participer « à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose ». Ainsi a été élaborée la « méthode de l'ARUCAH », innovation française qui permet à la société civile de s'approprier la question des priorités de santé, de leur identification à leur hiérarchisation. C'est une méthode de sondage des priorités par les citoyens eux-mêmes et donc un exemple de démocratie de terrain qui de plus, permet de faire des priorités de santé basées sur des valeurs sociétales partagées et des préférences morales. Cette méthode comporte 5 étapes successives et complémentaires : 1) une méthode d'enquête statistique complétée (Santé publique 2011) par ; 2) une méthode délibérative ou argumentative (Journal de Gestion et d'Economie Médicales 2012) ; 3) une étape de compréhension des paradoxes que les résultats peuvent soulever, suivie par ; 4) un débat public qui permet à la société civile de trouver des compromis avec les représentants de l'État et de l'Assurance maladie ; 5) ainsi qu'une évaluation. La « méthode de l'ARUCAH » permet d'identifier les préférences éthiques des citoyens en matière de priorités de santé et les valeurs qui comptent, qui ont de l'importance, tout en évitant la possibilité de préférences illégitimes et arbitraires et parfois discriminatoires (Editions de Santé et Presses de Sciences Po 2014). Cette dernière approche rejoint un aspect important du Paragraphe 11 de l'Observation générale n°14 (2000) du Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies qui est la « participation de la population à la prise de toutes les décisions en matière de santé aux niveaux communautaire, national et international » qui doit être mise en œuvre. Malgré deux publications dans des revues à comité de lecture en 2011 et en 2012, deux colloques scientifiques internationaux « pour une élaboration démocratique des priorités en

santé », l'un à Paris en 2013 et l'autre à Besançon en 2014 et un ouvrage collectif aux Presses de Sciences Po en 2014, ces travaux n'ont pas pu être présentés à la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA), la Conférence Nationale de Santé (CNS), l'Agence Régionale de Santé (ARS) ou le ministère en charge de la santé. Les représentants d'associations d'usagers dénoncent un déficit de démocratie et le fait que chaque usager ne peut ni devenir co-constructeur du système de santé et d'Assurance maladie ni co-déicideur de sa santé. Cela est d'autant plus surprenant que d'autres pays s'intéressent à la « méthode de l'ARUCAH », comme l'Utah aux Etats-Unis d'Amérique ou la Province du Québec au Canada, et que la Belgique commence à la mettre en œuvre. Selon les trois approches de Hall<sup>29</sup> : la méthode des besoins souhaités par la population qui permet de prendre en compte des priorités de santé par catégories de populations et par territoires de santé, comme la « méthode de l'ARUCAH », est évincée par les 2 autres approches : la méthode des besoins normatifs définis par des experts relativement à une norme, puis extrapolés au moyen de données épidémiologiques et démographiques, pour arriver par exemple à la détermination de besoins en personnel et en équipement pour soigner une maladie et la méthode des objectifs par prestations, besoins théoriques, souhaits éventuels et conditions économiques permettant l'élaboration d'objectifs de production et de distribution de services médicaux. Cela peut montrer l'éviction de l'élaboration démocratique des priorités en santé au profit d'un choix par des experts. Cela peut aussi montrer que l'adaptation des offres de soins de santé aux besoins ressentis par la population dans un but de production de santé (customisation de masse) est évincée au profit de la consommation de soins (taylorisme), ce qui va à l'encontre d'un État démocratique, du droit de la santé et de l'élaboration d'un système de santé et d'Assurance maladie efficient et efficace socialement.

Ces travaux relèvent de ce que l'on peut appeler « l'éthique empirique »<sup>30</sup> et qui visent à sonder les préférences éthiques des citoyens en matière de priorités de santé. Ces analyses sont menées généralement à partir de cas types ou « dilemmes moraux » où l'on demande aux individus d'arbitrer entre différentes situations de financement. Le danger de ce type d'étude est qu'elles révèlent la possibilité de préférences illégitimes et arbitraires et parfois discriminatoires. Ce risque de dérapage plaide pour un retour au paternalisme des médecins ou des experts que l'on

---

<sup>29</sup> Hall TL. The Political aspects of Health Planning. In : Reinke WA (dir). Health planning : qualitative aspects and quantitative techniques. Baltimore, John Hopkins University press, 1972 : 73-95.

voulait justement éviter en ayant recours au public. Il en ressort que l'on ne doit pas se contenter de compter les valeurs exprimées par les individus mais d'identifier les valeurs qui comptent, celles qui ont de l'importance. On peut associer ce réquisit à la nécessaire recherche de l'expression d'un bien commun derrière les préférences individuelles<sup>31</sup>. Les études menées en Franche-Comté s'inscrivent dans cette perspective. Elles constituent à ce titre, un enseignement stimulant pour l'établissement de priorité en santé (Journal de Gestion et d'Economie Médicales 2012 ; Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie 2013 ; SÈVE : Les tribunes de la santé, 2014 ).

### **Collaborations :**

Association des représentants des usagers dans les cliniques, associations sanitaires, hôpitaux de Franche Comté (ARUCAH)

Maison régionale de santé publique de Franche Comté

Chaire Santé de Sciences Po

EconomiX, UMR CNRS 7235, Université Paris Ouest Nanterre La Défense

Groupe de Travail en Planification de la Santé (GTPS) de l'EHESP en partenariat avec le département des politiques de santé de l'Université Sorbonne Paris-Cité

Institut Droit et Santé – Inserm UMR S 1145 - de l'Université Paris 5 (Paris Descartes)

Groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal de l'APHP

Policlinique Baudelaire-permanence d'accès aux soins de santé, hôpital Saint-Antoine du groupe hospitalier Hôpitaux Universitaires Est Parisien de l'APHP

Bureau de l'analyse des besoins et objectifs de santé, sous-direction des politiques de santé et stratégies de la Direction générale de la santé du ministère en charge de la santé

### **III.6. POLITIQUE DE SANTE ET DROIT DE LA SANTE : POUR UN SYSTEME DE SANTE ET D'ASSURANCE MALADIE EFFICIENT ET EFFICACE SOCIALEMENT**

Les réformes du système de santé et d'Assurance maladie ont induit des évolutions législatives, structurelles et organisationnelles importantes et continues. Nous avons simulé un « test de résistance » ou un « crash test » pour savoir si le système de santé et d'Assurance maladie français

<sup>30</sup> Clément V, Serra D. L'équité en matière de santé : qu'en pense l'opinion publique ? Une revue de l'éthique empirique dans le champ de la santé. Revue de philosophie économique 2009 ; 10 (1) : 55-78.

<sup>31</sup> Batifoulier P. De la responsabilité individuelle aux priorités collectives. Une analyse institutionnaliste des politiques de la demande en santé. Revue Ethique et Economie 2012 ; 9 (2) : 25-44.

est en capacité de remporter l'enjeu de protection de la santé du Préambule de la Constitution (27 octobre 1946), texte fondateur de la V<sup>e</sup> République française. Cette simulation a été réalisée à partir d'une double investigation : 1)- un contrôle simulé de la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CourEDH), juridiction internationale compétente pour statuer sur des requêtes individuelles ou étatiques alléguant des violations des droits civils et politiques énoncés par la Convention européenne des droits de l'homme et dont l'œuvre prétorienne est la consécration du droit à la santé ; 2)- un contrôle effectué sous le prisme d'une conception uniforme du droit à la santé qui s'appuie sur l'ensemble des déterminants de la santé, à travers l'Observation générale n° 14 (2000) sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint - article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels - élaborée par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies (Doctorat de droit public 2012). Cette simulation prend en compte les mises en œuvre des lois organique relative aux Lois de Finances de 2001 (LOLF), relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé de 2002 (Santé publique 2010 et 2011), relative à l'assurance maladie de 2004 et relative à la politique de santé publique de 2004 (ADSP 2005-2006 ; HDR 2006), mais aussi du plan Hôpital 2007 (Santé publique 2008), la loi HPST de 2009 (Santé publique 2008). Nous montrons l'existence d'une remise en cause multiple comme celles : de la réduction des inégalités ; de l'égalité d'accès aux soins tant hospitaliers qu'ambulatoires ; de l'égalité d'accès au reste du continuum, aux réseaux et à l'information ; de la prise en compte de l'ensemble des déterminants de la santé ; de l'approche territoriale, de la planification de la santé et de la participation populaire ; et du principe de non-rétrogradation (Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie 2014). La France pourrait se voir rappeler ses obligations comme État partie : l'obligation « de respecter le droit à la santé, notamment en s'abstenant de refuser ou d'amoindrir l'égalité d'accès de toutes les personnes [...] aux soins de santé prophylactiques, thérapeutiques et palliatifs [...] » (paragraphe 34) ; « l'obligation de protéger le droit à la santé [et d'] assurer l'égalité d'accès aux soins de santé et aux soins en rapport avec la santé fournis par des tiers [...] » (paragraphe 35) ; l'obligation « de mettre en œuvre le droit à la santé [ce qui] requiert [...] de lui faire une place suffisante dans le système politique et juridique national [...] et de se doter d'une politique nationale de la santé comprenant un plan détaillé tendant à lui donner effet [...] » (paragraphe 36) ; et l'obligation de faciliter l'exercice du droit à la santé (paragraphe 37)<sup>32</sup>.

---

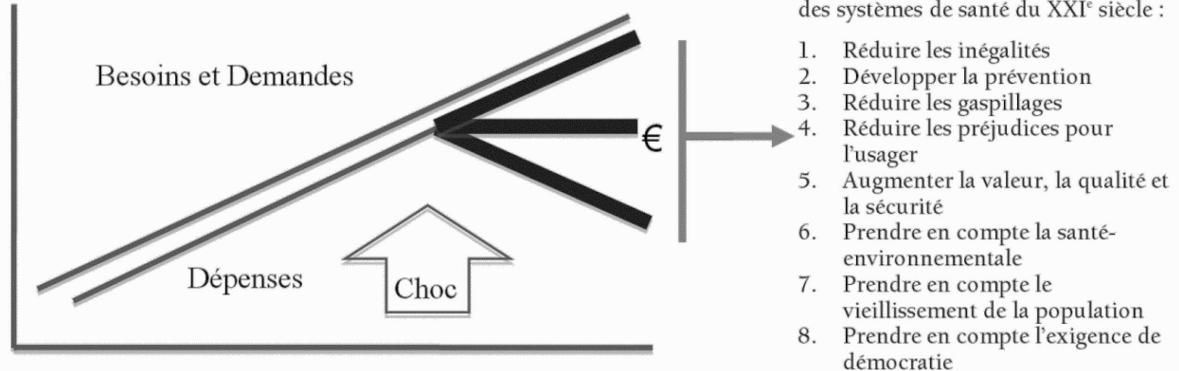
<sup>32</sup> Il y a peu de jugements sur le rationnement des soins : Anne Laude, Jessica Pariente, Didier Tabuteau. La

Nous montrons que vingt et une sources d'inégalités de soins et de santé peuvent être identifiées et classées en six domaines (Doctorat de droit public 2012). Ces inégalités augmentent à la fois pour certaines pathologies ou certaines populations comme les personnes précaires ou les personnes détenues (Bioethica Forum 2012) mais aussi par déterminant de la santé et par territoire alors que la paupérisation de la population et le renoncement aux soins augmentent. Il existe des logiques à l'œuvre qui remettent en cause les principes d'égalité, de solidarité et de fraternité, ainsi que le service public. Ces dix-neuf dernières années, l'organisation du système de santé a été soumise à des variations et des tensions qui sont les témoins d'un changement de doctrine : si une étape de territorialisation du système de santé alliant choix des priorités de santé publique, concertation et démocratie participative a été mise en œuvre, le système a ensuite été orienté vers une affirmation du pouvoir central alliant économie, technicisation et contractualisation (Santé publique 2010).

Avec le Professeur Michel Borgetto, dans le cadre d'un doctorat de droit public de l'Université Paris 2 (Panthéon-Assas), nous faisons des propositions pour une réforme structurelle en faveur de l'égalité d'accès aux soins et à la santé ainsi que de l'amélioration de l'état de santé de toute la population et partout, par l'amélioration de l'efficience clinique et organisationnelle pour davantage d'efficacité sociale – soit la protection de la solidarité pour davantage d'égalité. Des propositions sont faites pour permettre la mise en place d'un système de santé et d'Assurance maladie, comme 3 propositions de loi : sur les services de santé et les services sociaux ; sur la santé publique ; et sur l'Assurance maladie. Ces propositions permettent d'organiser en infra-régional des réseaux (network), des parcours de soins et de santé (pathway), à efficience, à efficacité sociale et à plus-value plus importantes en fonction de la ressource investie (value).

L'ensemble de ces propositions, comme le montre la figure ci-dessous, peut permettre à un système de santé et d'Assurance maladie « vertueux » de remporter les 8 enjeux des systèmes de santé du XXI<sup>e</sup> siècle, comme la réduction des inégalités (Éditions de Santé / Presses de Sciences Po 2012 ; Revue hospitalière de France 2013 ; SÈVE : Les tribunes de la santé. Paris : Presses de Sciences Po, 2014) :

Figure 1 : Les priorités des responsables du système de santé et d'Assurance maladie vertueux



Source : Pierre-Henri Bréchat, 2013, d'après J.-A. Muir Gray. La création de valeur dans le système de santé, réflexions de Sir Muir Gray pour le système de santé du XXI<sup>e</sup> siècle. Communication orale. Séminaire « Prospective Santé 2020 », Paris, 16 novembre 2011.

Cité dans : Bréchat PH. Pilotage et système de santé et d'Assurance maladie « vertueux » : éléments pour la prochaine loi relative à la santé publique. Chronique 1 – Organisation sanitaire, politiques de santé. Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie 2014 ; 1 : 51

Nous avons organisé avec les Professeurs Jacques Lebas et Didier Tabuteau le colloque « La santé pour tous : innover contre les inégalités de santé » à Sciences Po le 28 mars 2012 pour présenter une partie de ces travaux.

Grâce au fellowship de Brent James, responsable de l'Institute for Health Care Delivery Research d'Intermountain Healthcare aux États-Unis d'Amérique, j'ai pu réaliser 5 voyages d'études sur les systèmes de santé et d'Assurance maladie efficents et efficaces américains et obtenir le diplôme de l'Advanced Training Program (ATP) in health care delivery improvement de l'Institute for health care delivery research d'Intermountain Healthcare - et devenir spécialiste de l'amélioration continue de la qualité et du management de ses processus qui favorisent l'efficience clinique et l'efficience organisationnelle ainsi qu'un système de santé et d'Assurance maladie efficient et efficace pouvant remporter les 8 enjeux des systèmes de santé du XXI<sup>e</sup> siècle (Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance maladie 2014). L'amélioration de l'organisation du système de santé par la planification de la santé et l'efficience clinique permettent près de 40 % d'économies sur les dépenses de santé consacrées par l'Assurance maladie aux assurés de 65 ans et plus ayant des maladies chroniques, tout en améliorant la qualité de leur prise en charge<sup>33</sup>.

<sup>33</sup> Wennberg JE. Time to tackle unwarranted variations in practice. Bristish Medical Journal 2011 ; 342 : 687-690.

Comme le dit Goodman JC, Président du National Center for Policy Analysis : « [...] Si tout le monde avait des soins à Intermountain Healthcare à Salt Lake City, nos coûts de soins de santé seraient abaissés d'un tiers »<sup>34</sup>.

### **Collaborations :**

Institute for health care delivery research d'Intermountain Healthcare des États-Unis d'Amérique

Chaire Santé de Sciences Po

Centre d'études et de recherches de sciences administratives et politiques (CERSA) - UMR CNRS 7106 - de l'Université Paris 2 (Panthéon-Assas) et du CNRS

Institut Droit et Santé – Inserm UMR S 1145 - de l'Université Paris 5 (Paris Descartes)

Centre Cochrane Français, hôpital de l'Hôtel-Dieu de l'APHP

Groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal de l'APHP

Policlinique Baudelaire-permanence d'accès aux soins de santé, hôpital Saint-Antoine du groupe hospitalier Hôpitaux Universitaires Est Parisien de l'APHP

Groupe de Travail en Planification de la Santé (GTPS) de l'EHESP en partenariat avec le département des politiques de santé de l'Université Sorbonne Paris-Cité

Laboratoire droit médical et de la santé - EA 1581 - de l'Université Paris 8 (Vincennes Saint-Denis)

Bureau de l'analyse des besoins et objectifs de santé, sous-direction des politiques de santé et stratégies de la Direction générale de la santé du ministère en charge de la santé

---

<sup>34</sup> Goodman JC. Perverse incentives in health care. The wall street journal 2007, 5 avril.

---

**IV. PUBLICATIONS**

(Décembre 2015 : 50 publications référencées dans PubMed ; 76 publications référencées dans la BDSP)

---

**ARTICLES****2016**

Bréchat PH, Lopez A. La planification en santé : un essai à transformer. SÈVE : Les tribunes de la santé. Paris : Editions de Santé et Presses de Sciences Po 2016 : accepté pour publication.

Bréchat PH, Charreire H, Briot P, Castiel D, Leprêtre JM, Saint-Laurent A, Dejardin P, Lebas J. Besoins d'actions de prévention en alimentation et activité physique et sportive pour les usagers précaires au niveau ambulatoire : Un déficit de planification de la santé.

**Revue Hospitalière de France** 2016 : accepté pour publication.

**2015**

Da Silva N, Fleury L, Batifoulier P, Vanhille JL, Bréchat PH. Les liens entre la performance médicale et la composition de la patientèle : Une étude économétrique sur les médecins d'Ile-de-France.

**Journal de Gestion et d'Économie Médicales** 2015 ; 33 (3) : 191-214.

Malone A, Bréchat PH. La capacité à réformer le système de santé et d'Assurance maladie : quelques enseignements d'une expérience québécoise. Premier forum d'échanges franco-québécois sur la gouvernance en matière de santé : « L'État producteur de santé : analyse croisée France-Québec ».

**Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité (OFQSS)** 2015 : 32-50.

Bréchat PH, Magnin-Feysot C, Jeunet O. Démocratie participative en santé en France : bilan mitigé en faveur d'améliorations. Chronique 1 – Organisation sanitaire, politiques de santé.

**Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie** 2015 ; 3 : 38-42.

Briot P, Da Silva N, Batifoulier P, Teil A, Staines A, Bréchat PH. Quelle performance des processus de certification ?

**Revue Hospitalière de France** 2015 ; 564 : 42-50.

Bréchat PH. Système de santé et d'Assurance maladie aux Etats-Unis. Politique de santé. **Soins cadres** 2015 ; 94 : 11-12.

Briot P, Bréchat PH, Reiss-Brennan B, Cannon W, Bréchat N, Teil A. Prise en charge intégrée des maladies mentales : L'exemple d'Intermountain Healthcare (USA).

**Santé publique** 2015 ; 27 (1) : s199-s208.

Bréchat PH, Briot P. Éléments de stratégie en faveur du projet de loi santé et de l'évolution du système de santé et d'Assurance maladie. Chronique 1 – Organisation sanitaire, politiques de santé.

**Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie** 2015 ; 1 : 48-50.

**2014**

Bréchat PH, Briot P, Vanhille JL, Bréchat N, Galland J. Évolution du système de santé et d'Assurance maladie : prendre en compte l'amélioration continue de la qualité des soins de santé et le management scientifique de ses processus. Rubrique : varia.

**Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie** 2014 ; 4 : 109-120.

Bréchat PH. Évolutions du système de santé et d'Assurance maladie : Éléments juridiques et philosophiques. Chronique 1 – Organisation sanitaire, politiques de santé.

**Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie** 2014 ; 3 : 17-25.

Fouchard A, Bréchat PH., Castiel D, Pascal J, Sass C, Lebas J, Chauvin P. Caractéristiques méthodologiques et comparaison de trois outils de repérage de la précarité sociale dans une permanence d'accès aux soins de santé hospitalière à Paris.

**Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique** 2014 ; 62 (4) : 237-247.

Bréchat PH., Guillod O. Simulation d'un « test de résistance » ou d'un « crash test » des systèmes de santé et d'Assurance maladie français et suisse par la Cour Européenne des Droits de l'Homme. Dossier thématique : droit international et tendances internationales des réformes des systèmes de santé et d'Assurance maladie.

**Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie** 2014 ; 1 : 9-18.

Bréchat PH., Briot P, Foury C, Teil A, Bréchat N. Remporter les défis des systèmes de santé et d'Assurance maladie au XXI<sup>e</sup> siècle : l'expérience de la France et de l'Utah des États-Unis d'Amérique. Dossier thématique : droit international et tendances internationales des réformes des systèmes de santé et d'Assurance maladie.

**Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie** 2014 ; 1 : 19-30.

Bréchat PH. Pilotage et système de santé et d'Assurance maladie « vertueux » : éléments pour la prochaine loi relative à la santé publique. Chronique 1 – Organisation sanitaire, politiques de santé.

**Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie** 2014 ; 1 : 41-57.

## 2013

Bréchat PH., Bonal C, Guével MR, Gravelat C, Scapin MH, Thébault P, Jourdain A. La planification régionale de la santé : technicisation ou politique de santé ? Regards croisés de deux générations.

**Journal de Gestion et d'Économie Médicales** 2013 ; 31 (7-8) : 405-428.

Bréchat PH. Renforcer la démocratie sanitaire et la participation des citoyens et des usagers aux politiques de santé pour la protection et le développement de la démocratie française. Chronique 1 – Organisation sanitaire, politiques de santé.

**Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie** 2013 ; 2 : 31-36.

Bréchat PH. La réforme de l'organisation sanitaire de la médecine légale : entre industrialisation et politique de santé. Chronique 1 – Organisation sanitaire, politiques de santé.

**Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie** 2013 ; 1 : 22-25.

Hasni S, Baud F, Gaillard-Bouley Sonia, Bréchat PH. Prise en charge de la tentative de suicide : pour un réseau sanitaire et social améliorant la prévention.

**Revue hospitalière de France** 2013 ; 553 : 50-53.

Lonsdorfer J, Vogel T, Bréchat PH., Brettes JP. Un programme de remise en forme personnalisé.

**Reproduction Humaine et Hormones** 2013 ; XXVI (1) : 7-14.

Vogel T, Leprêtre PM, Bréchat PH., Lonsdorfer-Wolf E, Kaltenbach G, Lonsdorfer J, Benetos A. Effect of a short-term intermittent exercise-training programme on the pulse wave velocity and arterial pressure : a prospective study among 71 healthy older subjects.

**International Journal of Clinical Practice** 2013 ; 67 (5) : 420-426.

Bréchat PH. Pour l'égalité d'accès aux soins et à la santé et la réduction des inégalités de santé. Dossier « Précarités et inégalités de santé : prises en charge et activités PASS ».

**Revue hospitalière de France** 2013 ; 550 : 31-37.

Bréchat PH, Wolf JP, Simon-Rigaud ML, Bréchat N, Kantelip JP, Regnard J. Hemodynamic requirements and thoracic fluid balance during and after 30 minutes immersed exercise : Caution in immersion rehabilitation programmes.

**Science & Sports** 2013 ; 28 : 17-28.

## 2012

Bréchat PH, Jeunet O, Attard A, Romagnan B, Lajoux M, Magnin-Feysot C et al. Représentants d'associations d'usagers et priorités de santé : Un déficit de démocratie.

**Journal d'Économie et de Gestion Médicales** 2012 ; 30 (6) : 351-366.

Bréchat PH. Questions actuelles en France sur l'accès aux soins des personnes détenues. Focus : médecine en prison.

**Bioethica Forum** 2012 ; 5 (4) : 142-144.

Atete-Leblanc R, Bréchat PH, Morel O, Thoury A, Frati A, Barranger E. Parturientes précaires et réhospitalisation : étude pilote au groupe hospitalier Lariboisière-Fernand-Widal de Paris.

**Gynécologie obstétrique & fertilité** 2012 ; 40 (12) : 753-758.

Brugier C, Morel O, Ricbourg A, Bréchat PH, Gayat E, Barranger E. Impact de la précarité sur la qualité du dépistage anténatal : expérience de l'hôpital Lariboisière à Paris.

**Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction** 2012 ; 41 : 454-459.

## 2011

Vogel T, Leprêtre PM, Bréchat PH, Lonsdorfer-Wolf G, Kaltenbach G, Benetos A, Lonsdorfer J. Effects of a short-term personalized Intermittent Work Exercise Program (IWEP) on maximal cardio-respiratory function and endurance parameters among healthy young and older seniors.

**The Journal of Nutrition, Health & Aging** 2011 ; 15 (10) : 905-911.

Gayat E, Resche-Rigon M, Morel O, Rossignol M, Mantz J, Nicolas-Robin A, Nathan-Denizot N, Lefrant JY, Mercier FJ, Samain E, Fargeaudou Y, Barranger E, Laisné MJ, Bréchat PH, Luton D, Ouanounou I, Appa Plaza P, Broche C, Payen D, Mebazaa A. Predictive factors of advanced interventional procedures in a multicenter severe postpartum hemorrhage study.

**Intensive Care Med** 2011 ; 37 (11) : 1816-1825.

Bréchat PH, Magnin-Feysot C, Jeunet O, Attard A, Duhamel G, Tabuteau D. Priorités de santé, région, territoires de santé et citoyens : L'exemple Franc-Comtois.

**Santé publique** 2011 ; 23 (3) : 169-182.

Mainpin C, Blond C, Bottin F, Gézéquel B, Guillemot M, Horvath M, Muller M, Prat V, Morel O, Barranger E, Bréchat PH. Précarité, tarification à l'activité, planification sanitaire et sociale: étude pilote à l'hôpital Lariboisière de Paris.

**Gynécologie obstétrique & fertilité** 2011 ; 39 (6) : 351-357.

## 2010

Caillol M, Le Coz P, Aubry R, Bréchat PH. Réformes du système de santé, contraintes économiques et valeurs éthiques, déontologiques et juridiques.

**Santé publique** 2010 ; 22 (6) : 625-636.

Lecocq F, Attard A, Vasseur V, Lebas J, Banas E, Bréchat PH. Aides soignantes, hôpital et réformes : vers un risque de précarisation.

**Gestions hospitalières** 2010 ; 499 : 488-497.

Bréchat PH, Leenhardt A, Mathieu-Grenouilleau MC, Rymer R, Matisse F, Baraille D, Beaufils P. Des pôles d'activités hospitaliers entre gestion de la crise et mise en œuvre d'une politique de santé publique. **Santé publique** 2010 ; 22 (5) : 571-580.

Bréchat PH, Bertrand G, Pierru F, Fouchard A, Jourdain A. Eléments pour les responsables des pôles d'activités de centres hospitaliers publics. **Gestions hospitalières** 2010 ; 496 : 331-340.

Bréchat N, Besnier M, Vogel T, Berthel M, Castiel D, Labalette C, Lonsdorfer J, Mathieu-Grenouilleau MC, Rymer R, Bréchat PH. Personnes âgées, précarité, handicap social et durée de séjour : étude pilote au groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal de Paris.

**La Presse Médicale** 2010 ; 39 (4) : e86-e96.

Saint-Marc T, Fischler M, Tillon-Faure A, Bréchat PH. Bilan à deux ans de la mise en place de pôles d'activité. **Gestions hospitalières** 2010 ; 494 : 139-153.

Bréchat PH, Gros J, Haon M, Jeunet O, Magnin-Feysot C et al. Représentants d'associations d'usagers et Loi « Hôpital, patients, santé et territoires » : enjeux et douze propositions.

**Santé publique** 2010 ; 22 (1) : 131-146.

## 2009

Leprêtre PM, Vogel T, Bréchat PH, Dufour S, Richard R, Kaltenbach G, Berthel M, Lonsdorfer J. Impact of short-term aerobic interval training on maximal exercise in sedentary aged subjects.

**International Journal of Clinical Practice** 2009b ; 63 (10) : 1472-1478.

Vogel T, Bréchat PH, Leprêtre PM, Kaltenbacch G, Berthel M, Lonsdorfer J. Health benefits of physical activity in older patients : a review.

**International Journal of Clinical Practice** 2009a ; 63 (2) : 303-320.

Bréchat PH, Stebler-Watier K, Salines E, Rymer R, Bertrand D, de Singly C. Pour un management des politiques de santé publique.

**Gestions hospitalières** 2009 ; 488 : 424-434.

Garrabé E, Bréchat PH, Romary P, Massit B, Meas T, Rymer R, Guillausseau PJ. Actes de biologie, établissements de santé civil et militaires, recommandations de bonnes pratiques et réformes hospitalières: Exemple de la prise en charge du diabète.

**Santé publique** 2009 ; 21 (4) : 403-414.

Castiel D, Bréchat PH, Mathieu-Grenouilleau MC, Rymer R. Handicap social et hôpitaux publics : Pour un modèle d'allocation de ressources dans le cadre d'une politique de santé publique.

**Santé publique** 2009 ; 21 (2) : 195-212.

Le Divenah A, Segouin C, Martinez F, Bréchat PH. Repères pour une qualité globale des soins par la certification et l'évaluation des pratiques professionnelles : une réforme sous haute tension.

**La Presse Médicale** 2009 ; 38 : 516-518.

Bréchat PH, Vogel T, Berthel M, Le Divenah A, Segouin C, Rymer R, Lonsdorfer J. Analyse de quatorze actions nationales pour le déterminant de santé activités physiques et sportives en France de 2001 à 2006.

**Santé publique** 2009 ; 21 (1) : 101-118.

Bréchat PH, Lansac C, Hasni S, Huet C, Rochette D, Pahl E, Ledoux M, Castiel D, Mathieu-Grenouilleau MC. Etude de l'ATIH : Prise en charge de la précarité dans les établissements de santé.

**Gestions hospitalières** 2009 ; 486 : 269-274.

Bérard A, Bréchat PH, Rymer R, Lonsdorfer J. Coûts de construction du programme de « promotion de la santé par les activités physiques et sportives et de prévention des conduites dopantes : PNAPSD - 2002-2007 ». **Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique** 2009 ; 57 (1) : 11-15.

Castiel D, Bréchat PH. Réformes hospitalières, tarification à l'activité et handicap social : vers une mise en cause de la mission sociale des établissements de santé et du principe de solidarité ? **Médecine & Droit** 2009 ; 95 : 52-57.

Besnier M, Castiel D, Bréchat PH, Grenouilleau MC, Rymer R, Barranger E. Accouchements et handicap social : optimiser la cohérence de l'action publique entre le sanitaire et le social. **Gynécologie obstétrique & fertilité** 2009 ; 37 (2) : 131-139.

Bréchat PH, Wang J, Galland A, Magnin-Feysot C, Gravelat C. Globalisation : l'impact sur la prise en charge des soins. L'exemple de la dialyse des insuffisants rénaux terminaux. **Gestions hospitalières** 2009 ; 483 : 92-98.

Castiel D, Bréchat PH. Handicap social et hôpitaux publics : Pour un GHS « socialisable ». **La Presse Médicale** 2009 ; 38 (1) : 142-145.

Vogel T, Bréchat PH, Lonsdorfer J. Consultation de l'aptitude physique du senior (CAPS) comprenant un programme court de reconditionnement en endurance : le programme d'endurance personnalisé sur cycle (PEP'C). Premiers résultats d'une étude pilote.

**Science & Sports** 2009 ; 24 : 21-26.

Vogel T, Leprêtre PM, Bréchat PH, Kaltenbach G, Berthel M, Lonsdorfer J. Une stratégie de reconditionnement physique pour rajeunir de 10 ans en 2 mois : le Programme d'endurance personnalisé sur cycle (PEP'C) proposé à 150 senior.

**La revue de médecine interne** 2009 ; 30 (S4) : 358-359.

## 2008

Bréchat PH, Rymer R, Grenouilleau MC, Jourdain A. Eléments pour un premier bilan et des perspectives du plan Hôpital 2007.

**Santé publique** 2008 ; 20 (6) : 611-621.

Bréchat PH, Vogel T, Bérard A, Lonsdorfer J, Kaltenbach G, Berthel M. Quelles actions de prévention et quelles organisations pour un « vieillissement réussi » ?

**Santé publique** 2008 ; 20 (5) : 475-487.

Bréchat PH, Castiel D. Santé publique et analyse économique sont incontournables dans le cadre des réformes.

**Gynécologie obstétrique & fertilité** 2008 ; 36 (7-8) : 831-833.

Castiel D, Bréchat PH, Grenouilleau MC, Rymer R. Handicap social et hôpitaux publics : Il est temps de penser à un GHS « socialisable ».

**Gestions hospitalières** 2008 ; août/septembre : 452-456.

Lin J, Bréchat PH, Jourdain A, Bertrand D. Le système de santé chinois : Des défis à relever.

**Gestions hospitalières** 2008 ; juin/juillet : 387-390.

Chambaz F, Rymer R, Bréchat PH. Pour des agences régionales ayant la possibilité de pérenniser les offres de santé. **Santé publique** 2008 ; 20 (3) : 269-274.

Castiel D, Bréchat PH, Benoit B, Nguon B, Gayat E, Soyer P, Rymer R, Barranger E. Coût complet des actes de chirurgie dans la prise en charge des hémorragies de la délivrance.

**Gynécologie obstétrique & fertilité** 2008 ; 36 (5) : 507-515.

Dumont C, Chambaz F, Rymer R, Bréchat PH. EPRD, état prévisionnel des recettes et des dépenses : Bilan à 6 mois d'une mise en œuvre dans un établissement public de santé et ses pôles d'activité.

**Gestions hospitalières** 2008 ; avril : 240-245.

Bérard A, Bréchat PH, Scapin MH. Les priorités de santé publique devraient participer à la régulation des réseaux de santé.

**La Presse Médicale** 2008 ; 37 (5 Pt 1) : 739-741.

Bréchat PH, Castiel D, Carmona D, Brunner C, Segouin C, Khalfaoui S, Delalay C, Barbier V, Muller F, Grall JY, Truc JB, Rymer R, Bertrand D. Equité et planification : Analyse critique d'un schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération « périnatalité ».

**Santé publique** 2008 ; 20 (1) : 81-94.

## 2007

Segouin C, Jouquan J, Hodges B, Bréchat PH, David S, Maillard D, Schlemmer B, Bertrand D. Country report medical education in France.

**Medical Education** 2007 ; 41 (3) : 295-301.

Lernout T, Lebrun L, Bréchat PH. Trois générations de schémas régionaux d'organisation sanitaire en quinze années : bilan et perspectives.

**Santé publique** 2007 ; 19 (6) : 499-512.

Bréchat PH, Lonsdorfer J, Vogel T. Pour une promotion de la santé par des activités physiques et sportives, sûre, personnalisée et accessible pour tous.

**La Presse Médicale** 2007 ; 36 (3 Pt 1) : 379-380.

Vogel T, Bréchat PH, Lepretre PM, Kaltenbach G, Berthel M, Lonsdorfer J. Mise en place d'une consultation de l'aptitude physique du senior (CAPS) au pôle de Gériatrie du CHRU de Strasbourg.

**La Revue de Gériatrie** 2007 ; 32 (6) : 431-437.

Segouin C, Bréchat PH, David S, Hodges B, Maillard D, Lunel A, Bertrand D. Sélection des étudiants en médecine : une procédure influencée par la liberté d'accès aux études et l'égalité des chances.

**La Presse Médicale** 2007 ; 36 (10 Pt 1) : 1371-1377.

Segouin C, David S, Le Divenah A, Bréchat PH, Hodges B, Lunel A, Maillard D, Bertrand D. Des médecins scientifiques ou littéraires ? Une perspective historique française.

**Pédagogie Médicale** 2007 ; 8 : 135-144.

Castiel D, Bréchat PH, Grenouilleau MC. De la nécessité d'un financement supplémentaire pour la prise en charge des patients handicapés sociaux à l'hôpital.

**La Presse Médicale** 2007 ; 36 (2 Pt 1) : 187-188.

## 2006

Bréchat PH, Lonsdorfer J, Berthel M, Bertrand D. Subsidising exercise in elderly people.

**Lancet** 2006 Apr 1 ; 367 (9516) : 1055-1056.

Castiel D, Bréchat PH, Santini Y, Delalay C, Segouin C, Grenouilleau MC, Bertrand D. Un modèle de mesure du handicap social à l'hôpital public : Quelles ressources supplémentaires ?

**Journal d'Economie Médicale** 2006 ; 24 (7-8) : 335-348.

Beyeme-Ondoua JP, Segouin C, Laredo JD, Bréchat PH, Bergmann JF, Vicaut E, Rymer R. Analyse des séjours longs en secteur hospitalier universitaire : influence de la réalisation des examens radiologiques numérisés.

**Journal d'Economie Médicale** 2007 ; 25 (3) : 167-176.

Segouin C, Bréchat PH, Manach' D, Duteil C, Sarlon E, David S, Houdart E. Financement des traitements endovasculaires des anévrismes cérébraux : La tarification à l'activité permet-elle aux établissements de santé de financer la prise en charge des patients ?

**Journal of Neuroradiology** 2006 ; 33 : 338-342.

Segouin C, Bréchat PH, Bertrand D. Les rôles des assurances maladies obligatoires et complémentaires dans la loi portant réforme de l'assurance maladie.

**Journal d'Economie Médicale** 2006 ; 24 (5) : 241-247.

Bréchat PH, Salines E, Segouin C. Faciliter la mobilité des médecins de santé publique pour améliorer les politiques de santé.

**La Presse Médicale** 2006 ; (35(9 Pt 1) : 1210-1212.

Castiel D, Bréchat PH, Segouin C, Grenouilleau MC, Bertrand D. Hôpitaux publics, T2A et handicap social. **Gestions hospitalières** 2006 ; juin/juillet : 241-45.

Segouin C, Bréchat PH, Bertrand D. Formations en santé publique : une situation à l'étranger. In : Cassou B (dir). Dossier « La formation en santé publique : Un domaine en mutation ».

**Actualité et Dossier en Santé Publique** 2006 ; 55 : 33-37.

Bréchat PH, Bérard A, Magnin-Feysot C, Segouin C, Bertrand D. Usagers et politiques de santé : Bilans et perspectives.

**Santé publique** 2006 ; 18 (2) : 245-262.

Segouin C, Bréchat PH, Rymer R. Tarification à l'activité : des défis pour 2006.

**La Presse Médicale** 2006 ; 35 (4 Pt 1) : 565-567.

Bréchat PH, François P, Segouin C. Une conjonction législative favorable à une maîtrise des dépenses d'assurance maladie ? In : Bertrand D (dir). Dossier « La réforme de l'assurance maladie ».

**Actualité et Dossier en Santé Publique** décembre 2005 – mars 2006 ; 53/54 : 40.

Sahraoui F, Jolly D, Bréchat PH. La révolution de la classification commune des actes médicaux : CCAM. In : Bertrand D (dir). Dossier « La réforme de l'assurance maladie ».

**Actualité et Dossier en Santé Publique** décembre 2005 – mars 2006 ; 53/54 : 54-55.

Bréchat PH, Nicolas G, Bertrand D. Les réformes de l'assurance maladie et de la politique de santé publique : segmentation ou convergence ? In : Bertrand D (dir). Dossier « La réforme de l'assurance maladie ».

**Actualité et Dossier en Santé Publique** décembre 2005 – mars 2006 ; 53/54 : 93.

Bréchat PH, Lonsdorfer J, Vogel T. Consultation de l'aptitude physique du senior pour diminuer les hospitalisations.

**La Presse Médicale** 2006 ; 35(2 Pt 2) : 268-269.

## 2005

Segouin C, Hodges B, Bréchat PH. Globalization in health care: is international standardization of quality a step toward outsourcing ?

**International Journal for Quality in Health Care** 2005 ; 17: 277-279.

Henrard JC, Bréchat PH. Politiques et programmes nationaux de santé. In : Henrard JC, Bréchat PH, (dir). Dossier « Politiques et programmes nationaux de santé ».

**Actualité et Dossier en Santé Publique** 2005 ; 50 : 17.

Bréchat PH. Des ordonnances à la loi relative à la politique de santé publique d'août 2004 : définition des politiques à partir des priorités. In : Hennard JC, Bréchat PH, (dir). Dossier « Politiques et programmes nationaux de santé ». **Actualité et Dossier en Santé Publique** 2005 ; 50 : 21-27.

Bertrand D, Bréchat PH. Financement des politiques de santé. In : Hennard JC, Bréchat PH, (dir). Dossier « Politiques et programmes nationaux de santé ». **Actualité et Dossier en Santé Publique** 2005 ; 50 : 38-39.

Bréchat PH, Avarguès MC, Demeulemeester R, Jabot F. Forces et faiblesses des programmes nationaux de santé. In : Hennard JC, Bréchat PH, (dir). Dossier « Politiques et programmes nationaux de santé ». **Actualité et Dossier en Santé Publique** 2005 ; 50 : 40-43.

Bérard A, Bréchat PH. Pour un cadre général de suivi des politiques de santé. In : Hennard JC, Bréchat PH, (dir). Dossier « Politiques et programmes nationaux de santé ». **Actualité et Dossier en Santé Publique** 2005 ; 50 : 50-51.

Bréchat PH, Jourdain A, Schaetzel F, Monnet E. Les usagers dans la construction des schémas régionaux d'organisation sanitaire. **Santé publique** 2005 ; 17 (1) : 57-73.

## 2004

Bréchat PH, Raimondeau J. Les apprentissages réalisés par les « artisans de la planification sanitaire » pendant la construction des schémas régionaux d'organisation sanitaire. **Santé publique** 2004 ; 16 (3) : 527-539.

Cotard B, Bréchat PH, Jourdain A, Einsargueix G. La santé par le sport : une réalité de terrain. **Actualité et Dossier en Santé Publique** 2004 ; 47 : 9-15.

Bréchat PH, Demeulemeester R. Politiques et programmes régionaux de santé. In : Bréchat PH, Demeulemeester R (dir). Dossier « Politiques et programmes régionaux de santé ». **Actualité et Dossier en Santé Publique** 2004 ; 46 : 13.

Bréchat PH. Naissance et histoire de la régionalisation des politiques de santé. Vingt ans de PRS. In : Bréchat PH, Demeulemeester R (dir). Dossier « Politiques et programmes régionaux de santé ». **Actualité et Dossier en Santé Publique** 2004 ; 46 : 15-22.

## 2003

Bréchat PH, Goguey M, Magnin-Feysot C, Geffroy LR. Usagers et politique de santé : Un exemple en Franche-Comté. **Actualité et Dossier en Santé Publique** 2003 ; 45 : 67-71.

Bréchat PH, Magnin-Feysot C, Grangeon JL. La participation des usagers aux politiques publiques régionales de santé. **Actualité et Dossier en Santé Publique** 2003 ; 44 : 65-70.

Raimondeau J, Bréchat PH. 100 ans d'une histoire des médecins inspecteurs de santé publique. **Actualité et Dossier en Santé Publique** 2003 ; 41 : 67-71.

Bréchat PH, Roger P. Les conférences régionales de santé de 1995 à 2002. **Actualité et Dossier en Santé Publique** 2003 ; 42 : 11-16.

## 2002

Bréchat PH, Aeberhard P, Lonsdorfer J, Demeulemeester R, Coquelet F, Delerue G. Activités physiques et sportives et santé publique.

**Actualité et Dossier en Santé Publique** 2002 ; 39 : 6-13.

## 2001

Salines E, Bréchat PH, Schaetzel F, Danzon A. Régionalisation : l'expérience de la Catalogne.  
**Actualité et Dossier en Santé Publique** 2001 ; 37 : 61-67.

## 2000

Jourdain A, Bréchat PH. Enquête sur les artisans des réformes du système de soins. Le point de vue des acteurs des SROS II en 1998.

**L'année gérontologique** 2000 ; 14, supplément : 34-44.

## 1999

Bréchat PH, Wolf JP, Simon-Rigaud ML, Bréchat N, Berthelay S, Kantelip JP, Regnard J. Influence of immersion on respiratory requirements during 30-min cycling exercise.

**European Respiratory Journal** 1999 ; 13 : 860-866.

## 1994

Wolf JP, Bréchat PH, Simon-Rigaud ML, Nguyen NU, Regnard J, Berthelay S. Hemodynamic responses to 30-min cycling exercise at 70 %  $\dot{V}_{O_2}$  max both in air ambiant and during chest-immersion.

**Journal of Gravitational Physiology** 1994 ; 1 : 102-103.

## OUVRAGES

Bréchat PH. Sauver notre système de santé et d'Assurance maladie : un enjeu capital de société.

**Rennes, Presses de l'EHESP, 2016**, 152 pages.

Bréchat PH, Batifoulier P (dir). Pour une élaboration démocratique des priorités de santé. For the democratic development of health policy priorities. SÈVE : Les tribunes de la santé.

**Paris : Editions de Santé et Presses de Sciences Po, 2014** ; hors série, 125 pages.

Bréchat PH. Il y a urgence pour un service public de santé ! In : Tabuteau D (dir). Service public et santé. Collection « Verbatim santé ».

**Paris : Éditions de Santé / Presses de Sciences Po, 2012** : 157-166.

Bréchat PH, Lebas J (dir). Innover contre les inégalités de santé.

**Rennes, Presses de l'EHESP, 2012**, 496 pages.

Jourdain A, Bréchat PH (dir). La nouvelle planification sanitaire et sociale. Deuxième édition.

**Rennes, Presses de l'EHESP, 2012**, 256 pages.

Bréchat PH. Préface. In : Agirc-Arrco. Etude nationale 2010 : Préserver l'équilibre pour prévenir les chutes. Evaluation et perception des personnes accueillies dans les centres de prévention Agirc-Arrco.

**Agirc-Arrco, 2011** : 9-12.

Aeberhard P, Lebas J, Bréchat PH. Conclusion. In : Aeberhard P, Lebas J, Jedidi S, Hachimi-Alaoui M, Bréchat PH. L'accès aux soins des migrants, des sans-papiers et des personnes précaires : pour un droit universel aux soins. **Bordeaux, Les Études hospitalières, 2011** : 91-97.

Castiel D, Bréchat PH. New changes in public hospital funding: the French DRG's (GHS) and their consequences on low-income patients and social disabilities. In : Stepniewski J, Bugdol M (dir). Costs, organization and management of hospitals.

**Cracov, Jagiellonian University Press 2010** : 17-31.

Castiel D, Bréchat PH. Doświadczenia francuskie w zakresie kosztów leczenia pacjentów z grupy o dochodach poniżej minimum socjalnego oraz społeczne innowacje szpitala. In : Stepniewskiego J, Karnieja P & Kesego M (pod redakcja). Innowacje organizacyjne w szpitalach.

**Wolters Kluwer Polska, Warszawa, 2011** : 249-271.

Castiel D, Bréchat PH (dir). Solidarités, précarité et handicap social.

**Rennes, Presses de l'EHESP, 2010**, 256 pages.

Lonsdorfer J, Bréchat PH (dir). Consultation de l'aptitude physique du senior.

**Rennes, Presses de l'EHESP, 2010**, 242 pages.

Jourdain A, Bréchat PH (dir). La nouvelle planification sanitaire et sociale.

**Rennes, Presses de l'EHESP, 2008**, 248 pages.

Vogel T, Bréchat PH, Bénétos A. Bénéfice de la pratique d'une activité physique sur le profil cardiovasculaire et métabolique du senior. In : Assayag P, Davy JM, Friocourt P, Puel J, Belmin J, Fiessinger JN, Jondeau G, Trivalle C (dir). Traité de médecine cardiovasculaire du sujet âgé.

**Paris, Editions Flammarion Médecine-Sciences 2007** : 596-600.

Bréchat PH, Salines E, Segouin C (dir). Médecins de santé publique.

**Rennes, Editions ENSP, 2006**, 464 pages.

Aeberhard P, Bréchat PH (dir). Activités physiques et sportives, santé publique, prévention des conduites dopantes.

**Rennes, Editions ENSP, 2003**, 320 pages.

Penaud P (Bréchat PH, contribution). Pour une approche de santé publique de la pratique du sport de haut niveau. **Paris, Les cahiers de l'INSEP 2001** ; 31 : 23-34.

Bréchat PH, Danzon A, Schaetzel F. Evaluation de la qualité des soins et accréditation : prise en compte de l'usager au Québec. In : Schweyer FX, Cresson G (dir). Les usagers du système de soins. Collection «Recherche Santé Sociale ». **Rennes, Editions de l'ENSP, 2000** : 31-36.

## ORGANISATION DE CONGRES ET DE COLLOQUES

Les « évènements de l'année en économie médicale 2016 » du Journal de Gestion et d'Economie Médicales (JGEM), Thématique « Territorialisation et coordination des soins. De nouveaux outils pour de nouveaux objectifs ». Paris, le vendredi 22 janvier 2016.

Sorenson C, James B, Zimmerli B, Briot P. Régulation d'un système de santé et d'Assurance maladie : l'expérience d'Intermountain Healthcare aux Etats-Unis (Utah). Conférence organisée par la Chaire santé de Sciences Po, l'Institut Droit et Santé de l'Université Paris 5 (Paris Descartes) en partenariat avec l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (APHP) et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Espace Scipion de l'APHP, le 20 février 2015.

Les « évènements de l'année en économie médicale 2015 » du Journal de Gestion et d'Economie Médicales (JGEM), Thématique 1 « Les ordres de priorités » de la journée « gestion et économie médicales ». Paris, le vendredi 23 janvier 2015.

Deuxième colloque scientifique international « Pour une élaboration démocratique des priorités de santé ». Besançon, le 23 mai 2014.

Les « évènements de l'année en économie médicale 2014 » du Journal de Gestion et d'Economie Médicales (JGEM), Thématique 1 « Etats de santé et caractéristiques de l'emploi ». Paris, le 24 janvier 2014.

Premier colloque scientifique international « Pour une élaboration démocratique des priorités de santé ». Paris, Sciences Po, le 3 octobre 2013.

Les « évènements de l'année en économie médicale 2013 » du Journal de Gestion et d'Economie Médicales (JGEM). Paris, le premier février 2013.

Colloque « La santé pour tous : innover contre les inégalités de santé ». Paris, Sciences Po, le 28 mars 2012.

Premier colloque national des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) « Les PASS : entre contraintes économiques, enjeux éthiques et de santé publique », Paris, Hôpital Européen Georges Pompidou (APHP), le 20 mai 2011.

Deuxième colloque international sur les programmes locaux et régionaux de santé, Québec, 12 au 15 octobre 2004.

---

**V. CONTRATS OBTENUS avec Pierre-Henri Bréchat**

---

Une étude sur la prévention entre 2012 et 2014 financée par le groupe Agirc-Arrco :

- une étude relative au « sommeil », avec comme principaux axes : l'impact des informations données sur ce thème lors de sessions ateliers ou conférences, sur la réduction de la consommation de psychotropes par rapport à une population témoin ; la détection du syndrome d'apnée du sommeil, sa prévalence dans une population âgée de plus de 65 ans et les conséquences de ce trouble en matière de morbidité et de mortalité, deux données encore actuellement insuffisamment étudiées,
- une étude portant sur la comparaison de cohortes ayant, ou non, bénéficié d'actions de prévention ; 45 % de la population fréquentant les centres déclarant modifier spontanément et sans contrainte son comportement en matière d'hygiène alimentaire et de pratique d'activités physiques. L'impact en terme sanitaire et d'économie de soins n'a pas encore été aujourd'hui mesuré.

Agirc-Arrco a versé 20 K€ par an pendant 3 ans.

Un contrat de 8 000 euros a été obtenu en 2012 suite à un appel à soutien aux initiatives de recherche de la Direction de la Recherche de l'EHESP, pour l'analyse des travaux des élèves et des étudiants de l'EHESP en planification sanitaire et sociale. Le rapport d'analyse remis en 2013 a été co-dirigé avec Alain Jourdain.

Cinq études pour le déterminant de santé activités physiques et sportives, la consultation de l'aptitude physique du senior (CAPS) et la prévention :

- en 2007-2009, étude avec le pôle de gériatrie des hôpitaux universitaires de Strasbourg sur la « mise en place d'un programme court de réentraînement en endurance chez des seniors présentant un diabète insulino dépendant », avec convention de partenariats,
- en 2007-2009, étude avec le pôle de gériatrie des hôpitaux universitaires de Strasbourg sur la « mise en place d'un programme court de réentraînement en endurance chez des seniors présentant une maladie d'Alzheimer probable au stade léger », avec convention de partenariats,
- en 2007-2009, étude avec le pôle de gériatrie des hôpitaux universitaires de Strasbourg sur le « activités physiques et sportives et santé chez les seniors (plus de 50 ans) ayant bénéficié de la consultation de l'aptitude physique du senior - CAPS », avec recherche et obtention de ressources financières pour effectuer ces travaux : 4 725,00 euros avec convention de partenariats,
- en 2006-2009, étude multicentrique (Strasbourg, Baumes les dames et Toulouse) financée par la mutualité sociale agricole (MSA) sur « la consultation de l'aptitude physique du senior (CAPS) », avec recherche et obtention de ressources financières pour effectuer ces travaux : 255 400,00 euros avec convention de partenariats,
- en 2003, étude avec le LAPSS de l'ENSP financée par le ministère des sports sur « les expériences exemplaires de promotion de la santé par les APS et de prévention des conduites dopantes », avec recherche et obtention de ressources financières pour effectuer ces travaux : 13 433,47 euros avec lettre de commande.

Six études sur les réformes hospitalières : planification de la santé, tarification à l'activité et état prévisionnel des recettes et des dépenses (T2A-EPRD) et nouvelle gouvernance (pôle d'activité) :

- en 2008-2009, étude financée par le groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal (AP-HP) avec le Centre des Economistes de Paris-Nord, Université de Paris 13 (CEPN) sur « la prise en charge de la précarité dans les établissements de santé – Etude de l'ATIH », avec recherche et obtention de ressources financières pour effectuer ces travaux : 1 230,87 euros avec convention de partenariats,
- en 2007-2008, avec le groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal (AP-HP) et le réseau de santé Paris-Nord, « étude économique sur les coûts de production et d'hospitalisation pour une chimiothérapie par hyperthermie en intra péritonéal (CHIP) », avec convention de partenariats,
- en 2005-2007, avec le groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal (AP-HP) et le Centre des Economistes de Paris-Nord, Université de Paris 13 (CEPN) sur l' « évaluation médico-économique de la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance », avec convention de partenariats,
- en 2006-2008, étude financée par le groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal (AP-HP) et le Centre des Economistes de Paris-Nord, Université de Paris 13 (CEPN) sur le « handicap social et hôpitaux publics : Pour

des indicateurs de suivi d'une politique de santé publique », avec recherche et obtention de ressources financières pour effectuer ces travaux : 2 461,74 euros avec convention de partenariats,

- en 2005-2006, étude financée par le groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal (AP-HP) avec le Centre des Economistes de Paris-Nord, Université de Paris 13 (CEPN) sur « les patients confrontés à des difficultés sociales et économiques : vers de nouvelles voies de régulation de l'hôpital public dans le cadre de la réforme budgétaire », avec recherche et obtention de ressources financières pour effectuer ces travaux : 2 461,74 euros avec convention de partenariats,
- en 2006-2008 d'une étude avec le LAPSS de l'ENSP financée par le groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal (AP-HP) sur « l'apprentissage organisationnel des acteurs des pôles d'activité médicales », avec recherche et obtention de ressources financières pour effectuer ces travaux : 6 800,00 euros avec convention de partenariats,