

### Pierre-Henri Bréchat

Membre de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR\_S 1145, Faculté de droit, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, membre de la Chaire Santé de Sciences Po, praticien hospitalier du groupe hospitalier Lariboisière-Fernand Widal de l'Assistance Publique, Hôpitaux de Paris (AP-HP) en mobilité au Centre Cochrane Français de l'hôpital de l'Hôtel-Dieu de l'AP-HP

## Les cinq piliers de la formation moderne des responsables et des professionnels des systèmes de santé et d'assurance maladie

### Du droit international et national à la santé publique

Selon 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, l'obligation de protéger le droit à la santé englobe les devoirs incombant aux États parties comme la France, de faire en sorte que les praticiens et autres professionnels de la santé possèdent la formation et les aptitudes requises (Paragraphe 35). Les États parties, doivent veiller à ce que les médecins et les autres personnels médicaux suivent une formation appropriée (Paragraphe 35). L'obligation de faciliter l'exercice du droit à la santé requiert des États qu'ils veillent à ce que les services de santé soient adaptés au contexte culturel et que le personnel dispensant les soins de santé reçoive une formation lui permettant de déterminer et de satisfaire les besoins particuliers de groupes vulnérables ou marginalisés (Paragraphe 37). Les États parties doivent aussi assurer une formation appropriée au personnel de santé, notamment sur le droit à la santé et les droits de l'homme (Paragraphe 44).

En France, la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique prévoit des programmes de formation à l'éducation à la santé, des formations médicales et paramédicales continues des professions et personnes intervenant dans le domaine de la lutte contre le cancer ainsi que la formation initiale et continue de tous les professionnels du secteur médico-social comprenant un enseignement spécifique dédié aux effets de l'alcool sur le fœtus. L'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) doit assurer un enseignement supérieur en matière de santé publique

des personnes ayant à exercer des fonctions de direction, de gestion, d'inspection et de contrôle dans les domaines sanitaires, sociaux ou médico-sociaux. La formation médicale continue devient une obligation dans le but de perfectionner les connaissances et d'améliorer la qualité des soins et le mieux-être des usagers, notamment dans le domaine de la prévention ainsi que l'amélioration de la prise en compte des priorités de santé publique. La formation continue qui concerne notamment les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes ou les préparateurs en pharmacies a pour finalité le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins.

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) précise que le directeur, président du directoire, qui conduit la politique générale de l'établissement, suit une formation adaptée à sa fonction dont le contenu est fixé par décret. Les protocoles de coopération étendus entre professionnels de santé sont intégrés à la formation initiale ou au développement professionnel continu des professionnels de santé.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit l'adéquation entre la formation initiale des professionnels de santé et l'exercice ultérieur de leurs responsabilités. Le pacte territoire-santé vise à promouvoir la formation et l'installation des professionnels de santé et des centres de santé en fonction des besoins des territoires. Des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques définissent et encadrent : les modalités d'intervention des acteurs qui mettent en œuvre ou participent à des dispositifs de médiation sanitaire ou d'interprétariat linguistique ; ainsi que la place de ces acteurs dans le parcours de soins des personnes concernées.

Il y a près d'un quart de siècle, la « nouvelle santé publique »<sup>1</sup> participait à poser la plus-value des formations et des recherches multidisciplinaires basées sur des preuves et aidées par un système informatique de santé, pour améliorer la prise en charge efficiente et efficace des besoins de santé de la population.

Des systèmes de santé et d'assurance maladie ont par le monde, pris en compte le droit international et la « nouvelle santé publique ». Ce sont ceux de la High Value Healthcare Collaborative (HVHC) américaine<sup>2</sup> et notamment Intermountain Healthcare, système de santé et d'assurance maladie privé à but non lucratif, considéré comme l'un

1 - Frenk J. The new public health. Annual Review of Public Health 1993 ; 14 : 469-490.

2 - Foury C. La High Value Healthcare Collaborative américaine : un modèle pour l'Europe et pour la France. Revue Hospitalière de France 2017 ; novembre-décembre : 49-53.

des meilleurs de monde<sup>3</sup>. S'en inspirant, les responsables de différents systèmes de santé et d'assurance maladie européens, comme ceux du Royaume-Uni, de la Suède, de l'Espagne, de la Suisse ou de la France, lancent en urgence des réformes pour, eux aussi, améliorer la santé de la population, accroître la qualité des soins et la satisfaction des usagers tout en maîtrisant les coûts, soit atteindre les 3 objectifs du « Triple Aim »<sup>4</sup>, fondement absolument nécessaire de la transformation du système de santé et d'assurance maladie. Cela, en s'appuyant sur le travail multidisciplinaire des responsables et des professionnels formés à cela, de même qu'à la recherche et à l'utilisation d'outils informatiques modernes. Ceci est capital au moment où, après la transition démographique du début du XVIII<sup>e</sup> siècle et la transition épidémiologique du début du XX<sup>e</sup> siècle, l'organisation et le financement des systèmes de santé et d'Assurance maladie est la troisième grande transition mondiale<sup>5</sup>.

Car les résultats des systèmes de la HVHC sont là. Tous s'inspirent par exemple des résultats du programme « Mental Health Integration (MHI) » d'Intermountain Healthcare, programme d'intégration clinique des spécialistes en santé mentale avec ceux des soins primaires. Ce programme a un tableau de bord informatique scientifique basé sur les objectifs du Triple Aim qui montre que : *Concernant l'objectif d'amélioration de la santé de la population* : les usagers pris en charge par le programme MHI sont 50 % moins susceptibles d'avoir des pensées suicidaires que des usagers non pris en charge par le programme ; *Concernant l'objectif d'accroissement de la qualité des soins et de satisfaction des usagers* : plus de 50 % des usagers atteignent la rémission ou une amélioration significative, comparé à 20 % pour les usagers non pris en charge par le programme. Ce programme satisfait les usagers mais aussi les professionnels de santé ; *Concernant l'objectif d'un coût acceptable* : pour tous les niveaux de complexité (légère, modérée ou sévère) les usagers pris en charge par ce programme coûtent moins dans l'année suivant leur diagnostic que ceux traités ailleurs : le taux de croissance des dépenses était en 2005 de 665 US dollars de moins qu'ailleurs par usager, soit une réduction de 10 % des dépenses pour SelectHealth, l'assurance maladie d'Intermountain Healthcare. Les usagers pris en charge par ce programme MHI vont 54 % fois moins aux urgences. Ce dernier permettait en 2013 que 92,8 % des usagers soient pris en charge par le secteur ambulatoire sans avoir recours aux urgences et à la réanimation, alors qu'ils étaient de 75 % en 1999 ; et les économies réalisées sont mises au service de

la réduction des inégalités de santé<sup>6</sup>.

En France, où la « nouvelle santé publique » a été évoquée en son temps, la multidisciplinarité n'est ni routinière, ni aidée par un système informatique de santé modernisé ainsi que par des formations et des recherches spécifiques en santé publique de haut niveau. Et ce, malgré les lois mentionnées ou les réussites reconnues au niveau international de la planification en santé ou de la démocratie en santé. Ce qui peut aussi expliquer nos résultats moyens : « la France se détache rarement, par ses résultats, des autres pays à situation épidémiologique et démographique comparable, qui consacrent pourtant moins de dépenses à leur système de santé [...]. Le niveau de la dépense de santé n'est pas un gage de la qualité des soins dispensés, ni de l'état de santé de la population »<sup>7</sup>. Alors qu'il y a une quinzaine d'années, la France fournissait, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les meilleurs soins de santé généraux<sup>8</sup>, l'Euro Health Consumer Index 2016 qui classe les systèmes de soins de santé des pays européens permet de constater que la France recule dans ce classement depuis 2005 pour arriver en 2016 à la onzième place. Nous n'avons par exemple pas de résultat comme ceux du programme MHI.

Les systèmes de la HVHC et notamment Intermountain Healthcare développent pour arriver à de tel résultats une formation moderne de ses responsables et de ses professionnels basée sur 5 piliers, comme nous allons le voir, et dont nous pouvons nous inspirer.

C'est en effet important, car un décalage apparaît entre ces systèmes et le nôtre au sein d'une dynamique internationale de plus en plus concurrentielle et mondialisée.

### Les cinq piliers de la formation moderne des responsables et des professionnels des systèmes de santé et d'assurance maladie

Cette formation moderne repose sur les 5 piliers suivants : une formation initiale et continue pluridisciplinaire ; sur les défis des systèmes de santé et d'assurance maladie du XXI<sup>ème</sup> siècle et l'amélioration continue de la qualité ; tout en étant formés à la recherche ; avec les meilleurs outils informatiques ; de façon centralisée et au sein d'établissements conçus pour une telle formation.

3 - Cité par J.-A. Muir Gray, directeur du service national des connaissances du National Health Service (NHS) du Royaume-Uni (Gray JAM. La création de valeur dans le système de santé, réflexions de Sir Muir Gray pour le système de santé du XXI<sup>ème</sup> siècle. Communication orale. Séminaire « Prospective Santé 2020 », Paris, 16 novembre 2011) ou le Professeur Chris Ham, chief executive of the Kings fund du Royaume-Uni (Ham C. Doctors must lead efforts to reduce waste and variation in practice. British Medical Journal 2013 ; 6 (346) : f3668).

4 - Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim : care, health, and cost.. Health Affairs 2008, 27 (3) : 759-769.

5 - Rodin R, de Ferranti D. Universal health coverage : the third global health transition ? The Lancet 2012, 380 : 859.

6 - 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.

7 - Lidys V, Thiard PE, Le Brigrionen M, Thomas J, Olivier M, Jeantet Q, Giorgi D, Garrigue-Guyonnaud H, Jeantet M, Cayre V, Davenel J. Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017. Paris, Inspection générale des finances et Inspection générale des affaires sociales. juin 2012 : 2.

8 - Organisation Mondial de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde 2000, pour un système de santé plus performant. Genève, Éditions de l'OMS, 2000 : 175.

1- Une formation initiale et continue pluridisciplinaire

Cela est nécessaire pour que des équipes comprenant les responsables et les professionnels administratifs et de santé puissent « naturellement » favoriser des actions de santé et des soins de haute qualité aux coûts les plus supportables qui satisfassent la population et améliorent leur santé (atteinte des objectifs du Triple Aim). Cela en co-construisant des recommandations de bonnes pratiques organisationnelles et cliniques efficaces et socialement efficaces par priorité et programme de santé, parcours de soins et de santé, réseaux de services de santé et de services sociaux, pour tous les usagers partout sur le territoire.

Ces formations sont ouvertes en même temps aux responsables et aux professionnels du continuum d'offres et d'actions relevant de la sécurité sanitaire, de la prévention, des soins ambulatoires et hospitaliers, du médico-social et du social, ayant des effets sur les déterminants de la santé, ainsi que de l'assurance maladie. Elles sont aussi ouvertes aux représentants d'associations d'usagers, aux usagers, aux élus et aux citoyens.

Afin d'améliorer en continu la qualité du système, la formation va par exemple leur apprendre pour cela à: 1)- adhérer aux recommandations de bonnes pratiques efficaces et efficaces tant pour les parcours de soins que pour les parcours de santé (evidence based medicine) ; 2)- promouvoir la meilleure coordination possible entre les secteurs hospitalier et ambulatoire au sein de réseaux de services de santé et de services sociaux, de parcours de soins et de parcours de santé ; 3)- promouvoir le travail en équipe pluridisciplinaire dans des centres de santé multidisciplinaires avec des professionnels de santé ayant une formation supérieure (physician assistant, advanced nurse practitioner, etc.) et soutenus par des responsables du parcours administratif et des responsables du parcours de soins et du parcours de santé, de manière à ce que les professionnels n'aient qu'à se soucier de fournir des soins de qualité à leurs usagers et de leur permettre de choisir leur parcours tout en n'étant pas accaparés par des tâches de coordination et d'administration ; 4)- utiliser un dossier patient électronique et ses outils (aide à la décision, formation continue, etc.). La mise en œuvre de ces quatre premiers objectifs principaux permet la réduction des dépenses de santé. Les économies réalisées peuvent être redistribuées aux professionnels de santé travaillant ainsi, à la prévention, aux soins primaires, aux établissements et à la recherche, aux usagers qui vont bénéficier d'un meilleur panier de soins et d'une meilleure couverture par l'assurance maladie, aux entreprises qui vont payer moins de charges et gagner en compétitivité. Soit, à mettre en œuvre le modèle de l'Accountable Care Organization (ACO) introduit par la législation américaine du Patient protection and Affordable Care Act du 31 mars 2011<sup>9</sup>.

9- Bréchat PH. Sauvons notre système de santé et d'assurance maladie, Rennes, Presses de l'EHESP, 2016 : 137-139.

2- Sur les défis des systèmes de santé et d'assurance maladie du XXI<sup>ème</sup> siècle et l'amélioration continue de la qualité

Ces enseignements sont principalement interdisciplinaires, interinstitutionnels et internationaux. Les enseignants sont reconnus comme les meilleurs au niveau national et international grâce à leurs publications qui traitent par exemple de la politique de santé et d'assurance maladie, de la planification en santé, de la démocratie sanitaire, de la prévention, de la transformation des systèmes. Pour cette dernière, des journées de formations sont faites par les responsables et les professionnels des systèmes qui réussissent dans ce domaine.

Les enseignements en amélioration continue de la qualité sont davantage pratiques que théoriques. Les professionnels qui atteignent le mieux les objectifs du Triple Aim par l'amélioration continue de la qualité, soit l'efficacité clinique et organisationnelle, font des enseignements et encadrent des mémoires<sup>10</sup>. Ces enseignements sont principalement réalisés par les « champions » du système, c'est à dire ceux qui obtiennent les meilleurs résultats.

Les mémoires portent principalement sur l'amélioration sur le terrain et par une équipe pluridisciplinaire de processus clinique et d'organisation, qui doivent être scientifiquement validées pour être retenues. L'équipe ayant fait le mémoire vient présenter ses travaux à la fin de la formation.

3- Tout en étant formés à la recherche

La formation par la recherche en équipe doit favoriser l'innovation et la créativité, la production de données et leur analyse, le questionnement et le doute, la discussion et les débats<sup>11</sup>.

Les équipes pluridisciplinaires doivent pouvoir évaluer avec des analyses statistiques leurs innovations cliniques et organisationnelles à partir des idées, des savoir-faire et des données venant des meilleurs outils informatiques.

Les équipes de responsables et de professionnels publient leurs résultats en fonction des objectifs du Triple Aim par priorité et programme de santé, comme ceux obtenus par l'équipe du programme MHI d'Intermountain Healthcare<sup>12</sup>.

10 - C'est le cas de Brenda Reiss-Brennan qui présente ses travaux et ses savoir-faire dans la formation d'Intermountain Healthcare, synthétisés dans l'article : 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.

11 - Girard JF. Le Pres Sorbonne Paris Cité et le département des politiques de santé. Communication orale. Journée de travail du Département des politiques de santé. Paris, le 23 novembre 2011.

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.

4- Avec les meilleurs outils informatiques<sup>13</sup>

Il s'agit d'un système informatique national du système de santé et d'assurance maladie moderne et ultrasécurisé – garantissant le secret professionnel - qui regroupe les données cliniques, administratives, financières et sociales pour tous les usagers sur le territoire.

Ce système informatique est en capacité de sélectionner les bons articles scientifiques parmi les millions qui sont produits tous les ans<sup>14</sup> et de faire travailler dessus les responsables et les professionnels concernés afin qu'ils puissent s'engager ou pas à améliorer les recommandations de bonne pratique. Ce système archive tous les articles pris en compte et discutés ainsi que tous les travaux réalisés ensuite et les rend publics sur un site Internet (« Health Knowledge » en Utah ou « The National Library for Health » du Royaume-Uni par exemple). C'est une bibliothèque et un service d'information pour les responsables, les professionnels du système de santé et d'assurance maladie, les étudiants, les usagers, les élus et les citoyens. Elle est ouverte 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Cette bibliothèque rassemble toutes les références faisant autorité et les rend disponibles. Ce site permet aux utilisateurs de trouver les mêmes informations de haute qualité rapidement et facilement pour les aider à prendre les bonnes décisions. Ce site permet également un développement professionnel continu.

Ce système informatique permet aux professionnels de santé d'avoir accès au coût réel des soins ou des parcours, des procédures ou des fournitures, grâce à un système de comptabilité des coûts par activité auquel sont rattachés les résultats cliniques.

Ce système permet la connaissance des variations d'activité de l'offre d'actions de santé et de soins, ce qui est indispensable pour identifier et localiser les meilleures organisations et les meilleures pratiques, afin de pouvoir ensuite les diffuser rapidement sur l'ensemble du territoire, au profit de l'ensemble de la population. Aux États-Unis, le « Dartmouth atlas » permet cela. Ce dispositif montre que les différences d'efficacité sont dues au manque de coordination des soins à l'échelon territorial. Par les informations qu'il livre, il incite à améliorer les réseaux, les parcours, les schémas et les programmes, afin de réduire les inégalités territoriales d'organisation et de pratiques. En rendant visibles ces différences d'efficacité aux décideurs, mais aussi aux professionnels et aux usagers, cet Atlas permet de les engager à les améliorer. Cela permet d'économiser par exemple près de 40 % des dépenses de santé consacrées par l'assurance maladie aux assurés de 65 ans et plus

13 - Provient en partie de : Bréchat PH, Lopez A. Pour des agences régionales de santé dotées de plus de moyens de régulation. SÈVE : Les tribunes de la santé. Paris : Editions de Santé et Presses de Sciences Po 2017 ; 55 : 75-87.

14 - La moitié de la littérature scientifique comporterait des erreurs, cité dans : Horton R. Offline: What is medicine's 5 sigma? The Lancet 2015 ; 385 (9976) : 1380.

présentant des maladies chroniques<sup>15</sup>. Sur la base de ces informations comparatives, il devient possible de procéder à l'ajustement des financements sur les prises en charge les plus efficaces. Un tel Atlas peut permettre aussi de mieux cibler les inspections et les contrôles nécessaires à conduire par l'autorité publique en santé. Un « Atlas français » doit pouvoir être disponible en France à l'instar du « Dartmouth atlas ». Le NHS a fait cet investissement il y a des années et a créé le « NHS atlas »<sup>16</sup>.

Ce système permet aux responsables et aux professionnels de co-construire en continu les recommandations de bonne pratique qui sont intégrées au dossier électronique du patient.

Ce système informatique produit des tableaux de bord, tant nationaux et régionaux que locaux, basés sur des données probantes, permettant aux responsables et aux professionnels du système de mesurer, en temps réel, les évolutions des résultats obtenus par rapport aux objectifs du Triple Aim et de réduction des inégalités, et ce par programme, parcours, réseau et territoires de santé. Ce système leur permet de pousser l'amélioration continue de la qualité des soins et des offres de santé, l'intégration entre l'hôpital et la médecine de ville assurant des parcours et développant des réseaux répondant aux besoins de la population au meilleur coût. Il permet aussi de dynamiser l'émulation entre régions et territoires de santé et de tirer l'ensemble des résultats vers l'excellence<sup>17</sup>.

Des start-up ont été développées pour soutenir l'évolution de ce système. Elles sont situées à proximité du lieu de formation national et d'un centre hospitalier universitaire national.

L'acquisition de ces outils informatiques reviendrait moins chère que ce que nous dépensons en essayant de les produire.

5- De façon centralisée et au sein d'établissements conçus pour une telle formation

Les formations des responsables et des professionnels de santé sont de plus en plus centralisées. Elles deviennent uniques et nationales. Cela permet de concentrer en un seul endroit les enseignements les plus basés sur des preuves scientifiques et les plus appréciés, qu'ils proviennent des niveaux local, national ou international. Ces formations sont de plus en plus pour tous les responsables du système et tous les professionnels de santé. Les responsables de

15 - Wennberg JE. Time to tackle unwarranted variations in practice. British Medical Journal 2011 ; 342 : 687-690.

16 - Gray JAM. Quel système de santé dans 10 ans : réflexion stratégique prospective. Communication orale. Paris, Reid Hall, les 18 et 19 octobre 2011.

17 - Une délégation française a fait un voyage d'études du 23 au 27 octobre 2017 pour étudier l'un de ces systèmes, celui d'Intermountain Healthcare. Les responsables d'Intermountain Healthcare avaient aussi proposé d'organiser le même voyage à la Mayo Clinic et à la HVHC, ce que la délégation n'a pu accepter faute de temps et de moyens financiers.

la formation font attention à mélanger responsables du système et professionnels de santé ainsi que les différentes spécialités de ces responsables et professionnels. Cela favorise la pluridisciplinarité et l'acquisition d'une culture commune. C'est le cas à Intermountain Healthcare avec la formation « Advanced Training Program (ATP) in Health Care Delivery Improvement » de l'Institute for Healthcare Delivery Research qui dure 4 semaines et débouche sur la soutenance d'un mémoire souvent collectif.

Les locaux et les bâtiments où sont réalisées les formations initiales et continues bénéficient de plus en plus d'une architecture particulière. Prenons l'exemple du centre médical d'enseignement et de recherche Roy & Diana Vagelos de l'Université Colombia. Pour favoriser au maximum la pluridisciplinarité et l'apprentissage en équipe, un réseau d'espaces de vie communs et d'étude s'articule le long d'un escalier central dans tout le bâtiment. Ces espaces sont aussi à côté des laboratoires de recherches pour favoriser l'interconnexion entre enseignements et recherches mais également l'innovation. Les étages du bâtiment, les espaces collaboratifs et les laboratoires sont interconnectés pour permettre l'utilisation des meilleurs outils informatiques<sup>18</sup>. A l'Institute for Healthcare Delivery Research d'Intermountain Healthcare, la salle de formation permet un enseignement pluridisciplinaire avec ces outils. Une interconnexion avec les chercheurs de l'Institut est facile, la salle étant au milieu des laboratoires de recherches et les chercheurs venant souvent manger gratuitement avec les étudiants. En effet, les petits déjeuners et les déjeuners étant servis dans la salle de formation, cela favorise aussi l'élaboration de réseaux et d'innovations.

**Conclusion**

Une formation initiale et continue nationale de très haut niveau pour les responsables et les professionnels du système de santé et d'assurance maladie doit permettre le partage d'une culture pluridisciplinaire commune sur les défis des systèmes de santé et d'assurance maladie du XXI<sup>ème</sup> siècle, l'apprentissage du management stratégique et l'acquisition des compétences en efficience organisationnelle et clinique pour réaliser de réelles transformations permettant d'atteindre les objectifs du Triple Aim et de réduire les inégalités, tout en contenant les dépenses de santé par habitant.

C'est une des réformes qui permet aux systèmes de santé et d'assurance maladie comme Intermountain Healthcare, de réussir la mise en place des stratégies de priorité de la qualité des soins sur la quantité et de réduction des coûts<sup>19</sup>.

Intermountain Healthcare et les autres systèmes efficaces américains regroupés au sein de la HVHC tendent à

18 - Monier-Vinard B. La « cascade » réinvente le gratte-ciel. Le Point 2017 ; 2340 : 74-76.

19 - Bertho-Huidal M. Santé et territorialité aux États-Unis, la réforme du président Obama. Hérodote ; 2011 ; (143) : 137 à 161.

imposer aux Universités et aux Facultés de telles formations initiales afin de réduire leurs coûts et de ne plus faire que des formations continues. Demain, ces systèmes peuvent envisager de ne plus recruter que des responsables et des professionnels formés dans de telles Universités et en de telles Facultés, ce qui pourrait mettre en péril celles qui ne feront pas cette réforme. C'est ce qui tendrait à être mis en œuvre par Intermountain Healthcare qui privilégie l'Université de Stanford, l'une des meilleures universités au monde, en plus d'autres Universités moins prestigieuses qui étaient pourtant des partenaires traditionnels.

Aux États-Unis d'Amérique, certains systèmes de la HVHC sont en train de s'allier avec des universités considérées comme les meilleures du monde, ce qui peut préfigurer l'émergence des meilleurs et des plus importants systèmes de santé et d'assurance maladie universitaires au monde. Quand l'un des meilleurs systèmes de santé et d'assurance maladie met en place ces 5 piliers pour une formation initiale et continue moderne de ses responsables et de ses professionnels qui plus est avec l'une des Universités les plus reconnues au monde, l'on peut se demander ce que deviendront les systèmes qui ne le feront pas dans un monde globalisé.

Cette formation moderne sera prochainement mise en place en France, à l'instar d'Intermountain Healthcare et des autres systèmes de la HVHC.

Un « programme national de formation avancée en amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des patients » qui prend en compte l'ensemble des éléments de cet article a été élaboré pour cela<sup>20</sup>.

Ce programme va plus loin que la formation au management des politiques régionales de santé du ministère en charge de la santé et que le Module interprofessionnel de santé publique (MIP) de l'EHESP, en renforçant la formation par la recherche avec les meilleurs outils informatiques et en la centralisant à Paris au sein d'un établissement conçu pour une telle formation, relié directement à des pôles de santé publique scientifiques et technologiques bénéficiant du soutien de partenaires internationaux.

Entre 2001 et 2004, le management des politiques régionales de santé a fait l'objet de deux cycles de formation



20 - Ce programme est aussi décrit en pages 168-169 du livre « Sauvons notre système de santé et d'assurance maladie » aux Presses de l'EHESP. Il ressemble à l'Advanced Training Program (ATP) in Health Care Delivery Improvement de l'Institute for Healthcare Delivery Research d'Intermountain Healthcare. Pierre-Henri Bréchat a obtenu ce diplôme et à un fellow de l'Institute for Healthcare Delivery Research d'Intermountain Healthcare, ce qui peut aider à ce que le diplôme français puisse être doublé d'un diplôme américain. Ce dernier ouvrirait la possibilité de faire partie de l'association des diplômés du programme ATP américain, appelée « Alumni ». Cette association organise tous les ans aux États-Unis, « le » colloque qui fait le point sur les meilleurs programmes de formation portant sur les avancées de l'amélioration continue de la qualité des soins et des systèmes.

par le ministère en charge de la santé<sup>21</sup>. Ces formations ont été destinées à des professionnels de santé du ministère des niveaux national et régional. Le but était de permettre à ces professionnels de répondre aux défis des systèmes de santé et d'assurance maladie du XXI<sup>ème</sup> siècle tout en garantissant une bonne articulation entre les différents niveaux de la mise en œuvre d'une politique de santé et en donnant du sens aux différentes réformes. L'animation de projet a été privilégiée afin de défendre des objectifs à moyen et long terme qui peuvent se trouver en concurrence avec des objectifs à court terme liés à des enjeux économiques et ou politiques, tout en favorisant des changements de paradigme pour d'autres politiques concernant l'ensemble des déterminants de la santé. Ces professionnels devaient favoriser la construction d'un projet collectif garantissant l'intérêt général, par la concertation avec tous les professionnels, acteurs et usagers concernés ainsi qu'avec les citoyens. Des principes guidant ces managers de santé publique avaient été identifiés : le sens permanent de l'intérêt général ; et l'impératif de la cohérence des actions d'une politique de santé publique. Pour cela, de nouvelles compétences à acquérir avaient été déterminées : pouvoir produire, du point de vue du service public, des données ainsi qu'une analyse multidisciplinaire concernant les besoins de santé ; pouvant être utilisée lors de débats publics ; afin de construire des parcours de santé articulés et financés par priorité et territoire de santé ; évaluer leur impact et les transformations générées sur les territoires de santé et auprès des populations concernées ; et garantir les conditions de réalisation des projets et le bon usage des deniers publics par des missions d'inspection, de contrôle et d'évaluation<sup>22</sup>.

Des formations interprofessionnelles et interinstitutionnelles portant sur les priorités de santé publique et bénéficiant d'études de cas, de travaux dirigés et de stages en milieu professionnel existent en France. Même si l'unité d'enseignement « régulation, aide à la décision, planification » qui dispensait une telle formation a été récemment supprimée, l'EHESP développe encore cela avec le MIP pour les professionnels œuvrant dans le domaine de la santé publique. On compte parmi eux les cadres supérieurs du système sanitaire et social formés à l'EHESP. Il s'agit d'une formation par la recherche qui offre aux étudiants la possibilité de partager leurs savoirs et leurs approches vis-à-vis de questions de santé publique. Le sens du travail en équipe, les capacités d'analyse critique et de formulation d'orientations pour l'action sont les qualités développées à travers ce MIP.

Nous savons ce qu'il faut faire pour mettre en œuvre les 5 piliers et s'aligner sur le droit international et national ainsi que sur la santé publique. Nous devons le faire même

si cela nécessite de nombreux efforts. Seuls les meilleurs systèmes de santé et d'assurance maladie universitaires nationaux vont survivre dans une dynamique internationale mondialisée.

Cet article peut notamment intéresser les travaux de la mission « CHU de demain » de la ministre des Solidarités et de la Santé et de la ministre de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, à près d'un an du 60<sup>ème</sup> anniversaire des CHU français. Il peut aussi intéresser les travaux sur l'« adaptation des formations et des ressources humaines aux enjeux du système de santé » de la stratégie de transformation du système de santé de la ministre des Solidarités et de la Santé.

## Remerciements

Au Docteur Brent James, Executive Director de l'Institute for Health Care Delivery Research d'Intermountain Healthcare et Professeur de l'Université de Stanford ; au Docteur Todd Allen, assistant quality officer de l'Institute for Health Care Delivery Research d'Intermountain Healthcare et Professeur de l'Université de Stanford ; à Pascal Briot, fellow de l'Institute for Health Care Delivery Research d'Intermountain Healthcare ; au Professeur Didier Tabuteau, responsable de la Chaire santé de Sciences Po et co-directeur de l'Institut Droit et Santé - Inserm UMR S 1145 - de l'Université Paris 5 (Paris Descartes), de l'Université Sorbonne Paris-Cité ; au Professeur Jacques Bringer, Président de la Conférence Française des Doyens de facultés de médecine, lors de travaux sur « les initiatives du changement des pratiques des professionnels de santé favorables à la démocratie en santé » à l'Institut Pour la Démocratie en Santé (IPDS) en partenariat avec la Fédération Hospitalière de France (FHF) et l'EHESP sous la direction de Chantal de Singly ; à Anne Saint-Laurent, Directrice de l'action sociale de l'Agirc-Arrco ; et au Professeur Gilles Berrut, chef du pôle hospitalo-universitaire de gérontologie clinique du centre hospitalier universitaire de Nantes et Président du Gérontopôle Autonomie Longévité des Pays de la Loire ; qui nous ont soutenu.

**Pierre-Henri Bréchat**

21 - Jabot F, Nicolas C. La formation au management des politiques régionales de santé. In: Henrard JC, Bréchat PH. (dir.). Dossier « Politiques et programmes nationaux de santé ». Actualité et Dossier en Santé Publique 2004 ; 46 : 59.

22 - 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.