

L'« Homme » au cœur
des politiques publiques,
des territoires et
des organisations

Comme chaque année, le colloque « Ethique et santé publique » s'est déroulé dans le cadre du grand amphithéâtre de la Faculté d'Administration Economiques et Sociales de Montpellier 1, sur le site de Richter le vendredi 12 avril 2013.

Organisé par la Société Régionale de Santé Publique du Languedoc Roussillon, en partenariat avec l'Université de Montpellier 1, l'Institut Régional du Cancer Montpellier (ICM) - Unicancer LR, le CHRU Montpellier-Nîmes, la Société Française de Santé Publique et la Société Régionale de Santé Publique de Poitou Charentes, cette journée de conférences et d'échanges a pour thème :

L' « Homme » au cœur des politiques publiques, des territoires et des organisations

La santé publique touche tous les secteurs de notre société.

Son champ d'application s'élargit. Il ne se limite plus aux seuls volets purement médicaux. La géographie de la santé, l'économie, le droit, les sciences sociales, l'urbanisme...contribuent à l'enrichir et travaillent ensemble à son application, en particulier sur le terrain.

Ce sont les environnements de vie dans toutes leurs composantes qui deviennent un des socles de réflexion de la santé publique mais aussi son champ d'application. Des métiers émergent, des compétences croisées se créent, le champ de la santé publique évolue et s'ouvre.

Cette journée d'échange dont l'éthique en santé publique constitue le fil rouge, nous a permis de nous interroger sur une nouvelle approche du territoire en santé mais aussi sur :

- Quelle est la place de l' «autre»? Comment il est ou peut-être pris en considération dans la réflexion et la mise en place des politiques publiques au niveau du territoire ?
- Les réseaux de transport, de communication et l'organisation territoriale. La place du temps dans cette réflexion.
- La nouvelle organisation du territoire peut-elle, doit-elle décroquer par l'innovation?
- Quel est le positionnement de la santé publique dans cette perspective ?

Ce colloque annuel est toujours ouvert à tous ceux qui s'intéressent à la santé publique qu'ils soient professionnels ou étudiants concernés par ce champ en pleine mutation.

Catherine Cecchi,

Présidente SRSP du Languedoc Roussillon

Vice-Présidente SFSP

Sommaire

L'« HOMME » AU CŒUR DES POLITIQUES PUBLIQUES, DES TERRITOIRES ET DES ORGANISATIONS	1
Sommaire	3
Discours d'ouverture	2
Santé de l'« homme » et organisation des territoires	4
Une nouvelle approche du territoire en santé	4
Quelle est la place de l'« autre » ? Comment il est ou peut être pris en considération dans la réflexion et la mise en place des politiques publiques au niveau du territoire ?	4
Réseaux de transport, de communication et organisation territoriale. La place du temps	6
Nouvelle organisation du territoire : décloisonner par l'innovation ? Le positionnement de la santé publique dans cette perspective ?	8
Du territoire de santé à la santé dans le territoire	10
Table ronde animée par Catherine CECCHI, Présidente SRSP LR, Vice-présidente SFSP, et Evelyne ANDRE, SRSP Poitou-Charentes	10

Discours d'ouverture

Catherine CECCHI, Présidente SRSP LR, Vice-présidente SFSP

Bonjour à tous. Je remercie les membres de la Société Régionale de Santé Publique du Languedoc-Roussillon : c'est grâce à eux que celle-ci existe et que ce colloque se tient annuellement, avec un programme innovant et différent des sujets habituellement proposés en santé publique. En effet, nous avons l'ambition de réfléchir sur les vivants et sur des propositions applicables sur le terrain.

Rodolphe BOURRET, Directeur Général Adjoint du CHRU de Montpellier

Bonjour à tous. Je souhaite tout d'abord excuser l'absence de Philippe Domy, retenu à Paris. En tant qu'établissement de santé, de recours et de référence, le CHRU est très sensible au thème de ce colloque, puisqu'il concerne l'éthique et l'humanité. Vous vous interrogerez sur la place de l'homme dans les politiques publiques dans les territoires et les organisations : c'est ce que nous faisons aussi. Je fais partie de ceux qui considèrent que l'hôpital doit d'abord s'intéresser à l'humain, patient ou professionnel de santé, mais aussi à la valeur citoyenne conférée à notre centre hospitalier régional universitaire qui est un des plus gros employeurs de la région. En s'intéressant à sa santé, à son bien-être, au lien avec son environnement, l'hôpital place l'homme au cœur de son fonctionnement. Or, en ces temps de crise, ce dernier a plus que jamais besoin des politiques publiques et des actions de santé publique. Je souhaite une bonne matinée à tous.

Jacques DOMERGUE, Directeur Général – ICM – Unicancer

L'éthique est depuis toujours au cœur de nos préoccupations en matière de santé. Hippocrate a donné, dès l'Antiquité, les grandes lignes de notre mode de fonctionnement. La démarche s'est poursuivie avec les structures qui se sont mises en place, en particulier le conseil de l'ordre. L'éthique est un sujet sur lequel il est difficile de rassembler, car il se réfère à la réflexion, aux choix à faire. Ceci suppose un comportement éthique, car choisir oblige à privilégier un secteur par rapport à un autre. Face aux malades, nous sommes tous, directeurs d'établissements, ARS, praticiens, confrontés à des dilemmes, et nous essayons de faire les meilleurs choix dans l'intérêt des populations. Ceci transparait aussi dans l'organisation territoriale de la santé, qui consiste à mettre les moyens face aux besoins. La France ne manque pas de médecins, mais ceux-ci sont très mal répartis tant en termes de territoire que de spécialités. Ce problème relève d'une volonté politique, et l'éthique doit intervenir pour aider à le résoudre, car ne pas faire de choix est sûrement aussi grave sinon plus qu'en faire de mauvais. L'attentisme est dramatique pour le pays : c'est la raison pour laquelle j'ai toujours prôné le conventionnement sélectif, individuel. Mais les syndicats y sont opposés, car la France est très attachée à la liberté d'installation. Peut-être l'obstacle peut-il être contourné en cherchant à respecter éthiquement ce qui est bien pour les Français et pour le territoire.

Jean VALCARCEL, Doyen UFR Odontologie de Montpellier 1, Vice-président SRSP LR

Merci d'assister à ce colloque, même si son sujet est actuellement très débattu de manière générale, sans qu'aucune solution ne soit trouvée. Cette matinée vise essentiellement à poser des questions afin de voir comment se situe l'homme dans les organisations sanitaires collectives que nous construisons pour pouvoir offrir la qualité attendue mais aussi limiter les éléments parasites

qui apportent des inconvénients en termes de santé publique. Un des points les plus complexes reste que ce sujet fait intervenir différents acteurs et divers niveaux, la décision politique se situant au cœur de l'activité. Le choix, central, ne peut se faire sans pertinence.

Patrice NDIAYE, Doyen Faculté AES – Université Montpellier 1

Je suis toujours surpris de la proximité des thèmes abordés par ce colloque, dont la faculté AES accueille la troisième édition, avec le domaine des sciences sociales en général. Politique publique, territoire, organisation... nous sommes ici sur le campus de Richter qui forme à ces questions. Nous partageons donc cette réflexion avec le secteur médical. La santé étant trop sérieuse pour être laissée uniquement aux mains des médecins, peut-être serait-il pertinent d'amener d'autres disciplines à s'intéresser à ces questions et à apporter une réflexion sur ces sujets qui sont au cœur de nos territoires.

Philippe AUGÉ, Président Université Montpellier 1

Il est logique que cette manifestation ait lieu au sein de l'UM1, qui regroupe la santé et les sciences humaines et sociales sous les angles de l'administration, de la gestion et de l'économie. Par ailleurs, la santé est une préoccupation de chacun : l'homme politique, le praticien mais aussi l'usager. Or ce dernier comprend de moins en moins : d'un côté, les dépenses de santé augmentent fortement alors que les gouvernements successifs appellent à leur maîtrise ; d'un autre côté, l'offre de prestations n'est pas toujours à la hauteur des attentes, soit parce que l'attente est trop longue, soit parce qu'il n'y a personne – émerge alors la question des déserts médicaux. S'agissant de la place du territoire, je pense que l'État stratège doit définir des axes forts à décliner ensuite, l'échelon régional semblant aujourd'hui le plus pertinent. La réflexion actuelle sur l'implantation de l'offre dépasse largement le domaine médical, et doit faire intervenir d'autres opérateurs : l'aménagement du territoire, les collectivités territoriales... Enfin, Montpellier est en train de se positionner comme un site de référence pour le traitement et l'accompagnement des maladies chroniques, et votre colloque contribue à faire connaître cette démarche. Merci pour votre invitation, bon débat, et à la quatrième édition sûrement pour l'année prochaine.

Catherine CECCHI, Présidente SRSP LR, Vice Présidente SFSP

La santé publique ne peut se mettre en place que dans la transversalité, en impliquant des acteurs issus d'horizons différents et en travaillant sur des thématiques paraissant parfois très éloignées de la santé. Nous devons réaliser ensemble cette pluridisciplinarité, car la santé publique s'applique à l'échelle régionale et a besoin de la trilogie constituée par les institutions, les collectivités territoriales et l'homme au centre. Je vous remercie d'être là et je remercie les représentants des institutions présentes pour leur soutien.

Santé de l'« homme » et organisation des territoires

Une nouvelle approche du territoire en santé

Dominique KELLER, ARS Languedoc-Roussillon, Directeur Santé Publique et Environnement

Entrer dans une nouvelle approche des territoires en santé portée par les ARS nécessite de repartir de leurs missions prévues par la loi « Hôpital, patients, santé et territoires ».

L'ARS a élaboré le projet régional de santé (PRS), composé d'un plan stratégique régional de santé, de trois schémas et de quatre programmes qui doivent organiser la réponse. Le PRS doit mettre en œuvre les politiques publiques nationales, les conditions pouvant varier selon l'analyse des besoins et le contexte territorial.

L'article 1434-2 établit que la programmation peut prendre appui sur des programmes territoriaux de santé pouvant donner lieu à des contrats locaux de santé. Cette approche n'a pas été retenue pour le moment, la procédure étant très lourde.

L'article 1434-16 prévoit que le territoire de santé a une existence juridique et une instance d'animation via la conférence de territoire. La composition de cette dernière a évolué. Auparavant essentiellement centrée autour des soins, elle s'est élargie au secteur médico-social, et très prudemment à la santé publique et environnementale ainsi qu'aux usagers. Ces divers univers doivent d'abord s'accorder sur une définition partagée de la santé, avant d'avoir une vision territoriale de la politique en la matière.

L'article 1434-17 stipule que la mise en œuvre du PRS peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus entre l'agence et les collectivités territoriales : ceci constitue une véritable ouverture sur les territoires.

Trois niveaux territoriaux différents émergent : la région, le territoire de santé, les collectivités locales.

En Languedoc-Roussillon, le niveau régional ne pose pas de problème particulier, tant en matière d'hospitalisation que de prévention. Pour ce qui est du secteur médico-social, une articulation particulière doit être trouvée avec les conseils généraux. Le territoire de santé, qui est le département en Languedoc-Roussillon, a fait l'objet d'une vaste concertation avec la conférence régionale de santé et d'autonomie, le conseil régional, les conseils généraux, les préfets. Le département a été retenu pour garantir la cohérence avec l'exercice de certaines compétences dans les champs placés sous la responsabilité des conseils généraux, et pour répondre à des problèmes organisationnels au sein de l'agence. Mais l'approche territoriale ne peut pas se contenter de rester au niveau départemental.

Au niveau du territoire de santé, le département peut constituer un cadre géographique pour préparer la mise en œuvre de certaines politiques et revisiter le PRS en vue d'une réappropriation sur une base territoriale. L'élément nouveau est le fait que l'ARS a décidé de travailler sur des

territoires d'action. Un territoire d'action correspond à un bassin de vie avec un espace géographique légitime et un lieu de gouvernance partagé. Aujourd'hui, nous travaillons sur une quinzaine de sites qui connaissent divers stades d'avancement et couvrent 30 % de la population. Cette approche en territoires d'action permet de porter l'ensemble du champ d'intervention de l'ARS, tout en le nuancant par rapport aux ressources mobilisables tant aux niveaux médical et médico-social qu'en matière de prévention et de promotion de la santé. Cette démarche inscrite dans des territoires d'action oblige l'ARS à travailler en interne dans la transversalité pour essayer d'avoir une approche globale du terrain. Celle-ci ne part pas de l'offre, mais d'un diagnostic partagé et des besoins de la population estimés directement ou indirectement par les élus.

Le contrat local de santé permet, en Languedoc-Roussillon, de structurer fortement notre démarche territorialisée. C'est un outil de pilotage et d'organisation de la ressource.

La politique mise en œuvre par l'ARS en matière de prévention et de promotion de la santé est donc passée d'un centre de gravité régional aux territoires de santé. Cette évolution profonde nous amène aussi à repositionner nos équipes en interne. Nos professionnels cessent d'être uniquement des « définisseurs » de cadres de politiques et doivent, dans certains cas, franchir la frontière des territoires d'action pour aller voir les priorités ainsi que les leviers à mobiliser afin de faire évoluer la santé sur les territoires.

Quelle est la place de l'« autre » ? Comment il est ou peut être pris en considération dans la réflexion et la mise en place des politiques publiques au niveau du territoire ?

Bernard Marie DUPONT, Président Commission Ethique auprès de l'Europe

J'ai toujours essayé de décrocher un certain nombre de situations, de lieux et de professions dans ma carrière, cherchant sans cesse à me situer géographiquement et temporellement. Je souhaite éclairer mon propos à travers trois expériences vécues.

La première se déroule à Manchester : j'étais médecin généticien dans un petit hôpital tout neuf. Une association essayait de satisfaire les souhaits des enfants hospitalisés dans l'unité de soins palliatifs, et l'un d'eux voulait un concert privé d'Elton John. Le chanteur a accepté. Lorsque l'énorme piano à queue est arrivé sans pouvoir franchir la porte, le directeur n'a eu aucun problème à casser les murs pour élargir l'entrée, puis à acheter des paravents pour créer un espace intime. Elton John a donné un concert de deux heures, puis tout le monde a reconstruit l'entrée cassée.

La deuxième prend place à Liverpool, dans une unité de soins palliatifs étonnante : financée par deux industriels en retraite dont l'un avait perdu son épouse dans des conditions difficiles à l'hôpital universitaire de Liverpool, elle avait été agencée sur la base des attentes de patients en fin de vie interviewés à travers toute l'Angleterre. Tout y avait été organisé à partir de « l'idée de l'autre », avec un grand salon équipé d'une moquette épaisse et d'une cheminée, des animaux adoptés à la SPA locale, deux boutiques accessibles aux passants... Les diverses administrations, dont le ministère de la Santé, n'ont été invitées qu'au moment de l'inauguration. La pratique a précédé la théorisation.

La troisième expérience a été vécue avec les Indiens hurons au Canada. J'ai été contacté par leur chef suprême pour aider à baisser le taux de suicides des jeunes, quatre fois supérieur à celui

des Québécois d'origine française. Quand la communauté huron a pu recouvrer le droit de parler sa langue, de pratiquer ses coutumes et qu'elle a donc retrouvé sa place dans la société québécoise, la prévention du suicide chez les jeunes de moins de 20 ans a donné de bien meilleurs résultats. Cette expérience a été concluante jusqu'au jour où elle a été stoppée pour des raisons budgétaires.

Le premier spécialiste de santé publique était Aristote, qui a dit qu'il faut organiser la vie citoyenne et concitoyenne, que chacun doit avoir sa place dans la cité, et que nous ne pouvons rien construire si nous ne sommes pas tous acteurs d'une société ayant vocation à être éthique, soit à avoir « le souci de l'autre ». Nous ne pouvons rien faire tout seul ni à la place de l'autre : nous devons faire avec. La dépendance, considérée à tort comme péjorative, est l'état naturel qui nous caractérise, la solution éthique : nous sommes dépendants les uns des autres.

Le deuxième spécialiste de santé publique était Robespierre. Lorsqu'il s'est exprimé à la tribune du club des jacobins en décembre 1791, il a compris que la notion de citoyenneté/concitoyenneté manquait à la devise du jeune Etat : « égalité, liberté ». Il a donc ajouté le mot « fraternité », soit l'obligation de réciprocité dans la considération éthique par rapport aux autres.

Les propos d'Aristote et Robespierre trouvent leur concrétisation lors de la constitution du premier conseil d'administration de la Société française de santé publique : le Conseil national de la résistance. Ce dernier établit un programme pour la France d'après-guerre sur un principe de fraternité, qui prit le nom de solidarité.

Comment imaginer que ce qui a été possible en des temps bien plus difficiles ne le soit plus aujourd'hui ? Aristote rappelle que la noblesse du politique est d'être capable de prendre des décisions sans avoir connaissance de tous les éléments, soit d'oser, bien sûr en essayant de minimiser le risque. Nous vivons une situation géographique et temporelle inquiétante, et les cadres, les lois, les process, etc., nous rassurent. Certes ils sont nécessaires, mais ils ne se nourrissent pas de la richesse de l'autre : ils s'auto-entretiennent sans que personne n'en comprenne plus les objectifs.

Je crois à la santé publique, mais je n'en ai pas de définition classique. Si nous ne la décloisonnons pas, nous risquons d'aller vers de grandes désillusions.

Réseaux de transport, de communication et organisation territoriale. La place du temps

Jean-Loup THERY, Directeur Centres de santé – Mairie de Paris

Je définirai la santé publique comme tout ce qui concourt à la santé, qui vise à la promotion des actions favorables et à la réduction des risques, qui s'inscrit dans l'action politique générale, évidemment dans le respect total des droits fondamentaux de l'individu, avec des valeurs éthiques. C'est le mode de vie qui influe principalement sur la santé, l'organisation des services de soins ne constituant qu'une partie très minoritaire des facteurs déterminants.

Nous nous inscrivons dans le cadre de l'ARS dotée d'un énorme champ de compétences, d'une délégation territoriale, d'un conseil de surveillance, d'un conseil national de pilotage... Les collectivités territoriales et les associations de patients et de professionnels occupent pour leur

part une toute petite place. Pourquoi est-ce l'ARS et non l'individu qui se situe au milieu de l'approche globale de la santé ?

S'agissant de Paris, la majorité des problèmes de santé se situent dans le quart nord-est. En termes d'offre de soins, Paris se caractérise par le fait qu'elle compte deux fois plus de spécialistes que d'omnipraticiens, et par une densité de professionnels très inégale. En outre, l'Ile-de-France ayant choisi le département comme territoire de santé, l'APHP est positionné sur trois territoires : il est donc difficile de mener une politique cohérente.

La deuxième particularité parisienne réside dans le nombre élevé d'interlocuteurs politiques. Ainsi, entre le moment où émerge l'idée de création d'une structure et l'ouverture de cette dernière, six ans de démarches sont nécessaires, soit un mandat.

Les hommes politiques ont du mal à comprendre les approches de santé publique, qui s'inscrivent dans le temps alors qu'eux ont besoin de répondre aux préoccupations immédiates des représentants de la population, en termes de sécurité, de tranquillité, etc.

Le premier exemple concerne les jeunes et l'alcoolisation. Dans une séquence classique, les nuisances sont suivies d'une alerte, de plaintes, d'actions puis de prévention et de planification. La ville est souvent dépassée dans une situation complexe, mais elle établit toujours un constat et met en route les mécanismes de compensation de ce dernier, d'abord en interdisant, puis en cherchant à comprendre et en faisant jouer son réseau. Les objectifs souvent poursuivis sont d'abord de contenir, puis de prévenir et d'éduquer.

Le deuxième exemple porte sur l'offre de soins : elle est particulière à Paris et en Ile-de-France, car elle repose sur des centres de santé, dotés d'une charte d'actions et géolocalisés sur le site www.paris.fr. La gestion coordonnée de ces lieux a pu donner lieu à une réflexion sur l'amélioration de la prise en charge des patients, les actions de santé publique, les relations avec la Sécurité sociale, permettant aux établissements concernés de passer de la survie à la proposition d'actions à la fois curatives et préventives.

Le troisième exemple est breton. Chaque pays finistérien a été redécoupé en territoires d'action sociale. Mais l'analyse de l'action en termes de territoires a donné lieu à la création d'un certain nombre de « baronnies » et à une lutte contre le pouvoir central représenté par le conseil général. Faut-il s'attacher uniquement à la qualité et à la sécurité des actes, ou revoir ensemble la notion de proximité pour adapter les réponses à l'ensemble de la population ?

La dernière expérience concerne le projet Paris-Bamako-Ouagadougou, qui consistait à répondre à un appel d'offres de la Communauté européenne sur un appui au développement de stratégies municipales de santé. Suite à une mission d'exploration, a émergé l'idée de doter les deux municipalités d'un organe interne de réflexion et d'action sur la santé publique. Le projet est compromis à Bamako au vu des événements actuels, mais Ouagadougou va créer prochainement une direction de la santé municipale.

Trois principes sont fondamentaux quand une collectivité territoriale veut s'impliquer en matière de santé : le volontarisme, le partenariat et l'incitation.

Toutefois, il ne suffit pas de vouloir pour faire : il faut être d'accord. La situation progresse, mais le « déni » persiste et des difficultés demeurent, principalement résumées dans la capacité des professionnels à travailler ensemble, dans la clarification et le partage de concepts, et dans la construction d'une méthodologie d'actions qui ne fasse pas fi d'un certain nombre d'étapes. Des questions restent à résoudre, notamment celles relatives au leadership à construire et à la

nécessité d'apprendre à se coordonner avec des temporalités différentes. Enfin, la gestion des risques doit vraisemblablement d'abord relever d'une approche socioculturelle.

Plusieurs pistes se dessinent : changer le paradigme de l'action collective, faire évoluer le paradigme de la clinique individuelle, corriger la « socioparésie » de la santé publique.

Nouvelle organisation du territoire : décloisonner par l'innovation ? Le positionnement de la santé publique dans cette perspective ?

Pascale ECHARD-BEZAULT, chargée de mission santé/cohésion sociale, DATAR

Le « fait territorial » est relativement récent dans l'histoire des politiques publiques, puisque la nécessité d'adapter ces dernières aux réalités territoriales est apparue après la Seconde Guerre mondiale. Le territoire correspond à un espace mais aussi à une institution, avec la naissance des collectivités territoriales et locales. Enfin, diverses lois d'aménagement du territoire ont été promulguées en 1992, 1995 et 1999, et depuis les années 2000, émerge un nouveau territoire : l'intercommunalité. En même temps, les notions de proximité et de participation des habitants se sont développées, certainement parce que les médecins de santé publique ont constaté qu'une politique de santé publique n'est efficace que si les populations se l'approprient.

Un territoire doit avoir un leadership pour porter le projet mais aussi les financements, et disposer d'une échelle suffisante pour avoir une organisation cohérente, prenant en compte les bassins de vie. Enfin, il faut définir le type du territoire : les territoires de projet sont des entités capables de mener un projet et disposant des moyens pour le mettre en œuvre, comme l'intercommunalité ou le pays ; les territoires de proximité, pour leur part, correspondent aux territoires sur lesquels seront menées les actions (la commune, le quartier).

Ces territoires ont défini un projet global en matière de développement économique, de politique sociale, d'emploi, d'éducation, de formation, de polarisation des services et de mode d'accès à ces derniers. Mais les autres politiques publiques ont aussi un impact sur la santé, en termes d'action sociale, d'éducation, de logement, d'urbanisme, d'emploi...

Le territoire est le lieu, le moyen, le système de la transversalité des politiques publiques, et en matière de santé publique, force est de travailler en transversalité.

L'action publique sectorielle accentue l'effet de millefeuille.

Patricia PUECH, architecte-urbaniste, Montpellier

Historiquement, la politique de santé publique correspond à la mise en place de comités de salubrité pour prévenir les épidémies. Elle se développe particulièrement au XIX^{ème} siècle, avec le courant de l'hygiénisme, à travers la médecine, l'architecture et l'urbanisme, et en particulier à Paris avec le réaménagement de la ville par Rambuteau puis Haussmann.

Depuis la loi SRU en 2000, le PLU constitue le principal document de planification urbaine à l'échelle communale ou intercommunale. Elaboré autour de trois exigences : la solidarité, le développement durable, le renforcement de la démocratie et de la décentralisation, il intègre aujourd'hui la notion de protection de l'environnement.

Dans le cadre d'un PLU, un projet d'aménagement et de développement durable (PADD) doit être mis en place. Si le PLU fixe les règles générales et les servitudes d'utilisation du sol sur le territoire, le PADD détaille la gestion urbaine dans l'intérêt général.

Le législateur tend à renforcer l'intégration de la valeur environnementale dans les documents d'urbanisme. Le PLU intègre un diagnostic comprenant une présentation de l'état actuel de l'environnement ; il énonce les incidences prévisibles sur l'environnement ainsi que les mesures envisagées pour réduire et si possible compenser les conséquences dommageables. La loi Grenelle II a instauré la prise en compte des trames vertes et bleues, prévoyant par ce biais de restaurer des milieux naturels et des continuités écologiques y compris en ville. Les villes tendent également à réduire leur empreinte écologique via la création d'écoquartiers.

Un exemple : la carte du plan d'aménagement et de développement durable d'une commune de 2 000 habitants située au nord de Montpellier. Suite à un diagnostic prenant en compte le fonctionnement urbain tout autant que les perceptions paysagères, le projet a essentiellement concerné le tissu urbain existant. Les élus ont souhaité concentrer le « développement urbain » sur les terrains non bâtis à l'intérieur du village, afin de ne pas développer la ville vers l'extérieur, afin d'éviter la consommation d'espaces naturels et de nouveaux déplacements. L'option retenue permet aussi de requalifier les espaces publics existants en confortant des voies, aménageant des chemins piétonniers et pistes cyclables...

Si on ne peut affirmer qu'un type d'urbanisme va favoriser la bonne santé, on peut au moins envisager qu'un travail sur la qualité du cadre de vie favorisera le bien-être des habitants.

Du territoire de santé à la santé dans le territoire

Table ronde animée par Catherine CECCHI, Présidente SRSP LR, Vice-présidente SFSP, et Evelyne ANDRE, SRSP Poitou-Charentes

Ont participé à cette table ronde :

Dominique KELLER, ARS Languedoc-Roussillon, Directeur Santé Publique et Environnement

Pascale ECHARD-BEZAULT, chargée de mission santé/cohésion sociale, DATAR

Patricia PUECH, architecte-urbaniste, Montpellier

Jean-Loup THERY, Directeur Centres de santé – Mairie de Paris

Bernard Marie DUPONT, Président Commission Ethique auprès de l'Europe

Evelyne ANDRE

La Commission européenne a émis la volonté d'intégrer la santé dans toutes les politiques à l'échelle européenne. Que pouvez-vous nous en dire ?

Bernard Marie DUPONT

Cette volonté forte est portée par M. Barroso. Sa vision est que tout dans la santé ne doit pas être calculé en termes de coût et qu'une réflexion doit être menée pour qu'un maximum de personnes ait accès aux soins. Or une quarantaine de pays interagissent sur Bruxelles, et tous les Etats membres n'ont pas des intérêts communs en la matière. Le problème européen est donc exactement le problème français mais démultiplié par 27 et par le nombre extraordinaire de strates, rendant la mise en œuvre des projets extrêmement difficile.

Catherine CECCHI

Pour une fois, il serait bon de retrouver dans le système applicatif le millefeuille existant dans le système administratif, car c'est sur l'ensemble du territoire que s'applique la politique de santé. Cette dernière ne se prescrit pas : c'est le territoire qui va se l'approprier pour la mettre en pratique. Il y a l'Europe, le territoire défini par les ARS en termes de territoire de santé, mais aussi les territoires sur lesquels s'appliquent les politiques et qui ne sont pas prédéfinis, d'où la complexité de la mise en place.

Dominique KELLER

C'est l'agence qui définit le cadre politique régional de santé, mais elle ne peut pas tout à elle seule. Il est donc nécessaire d'entraîner un certain nombre de décideurs pour faire vivre cette politique. En Languedoc-Roussillon, nous essayons de la décliner sur les bassins de vie, et selon une approche articulée *via* un diagnostic et l'association des populations dans une démarche de co-construction. Nous pouvons toutefois avoir certaines exigences dans le fait d'affiner et de dialoguer sur le fond. La santé est un jeu d'équipe. Nous progressons, et nous essayons de bâtir des réponses avec les relais territoriaux, mais le processus est long et n'est jamais fini, d'où la reconnaissance des temps de coordinateurs santé cofinancés avec les collectivités locales.

DIM - pavillon 1- Hôpital La Colombière - 39 avenue Charles Flahault
34295 Montpellier Cedex 5 – tél (33) 4 67 33 79 89
www.societe-regionale-sante-publique-lr



Bernard Marie DUPONT

Je suis conseiller municipal dans un village de 800 habitants. Il y a cinq ans, on m'a demandé si je voulais être candidat pour résoudre les problèmes du non-remplacement des médecins généralistes et de la déshérence de quelques jeunes. J'ai accepté, appris à mes dépens l'existence d'un millefeuille indigeste, et fait au bout de cinq ans le constat d'un échec complet. Je crois au travail collectif, mais il est compliqué quand les priorités divergent.

Jean-Loup THERY

La réalité est difficile, mais je suis moins pessimiste que vous. Qui est capable de définir les besoins de la population, et pourquoi cette dernière est-elle absente de la démarche, généralement menée entre professionnels ? Les villes ont des modes d'action et de réflexion différents : certaines appliquent la transversalité, tandis que d'autres mettent en place une organisation pyramidale qui empêche toute transversalité. Nous savons parler des autres, mais nous ne savons pas nous parler. Par ailleurs, la population a besoin d'être accompagnée dans les démarches de définition de ses besoins, afin de sortir de la notion d'offre lors de la concertation. En outre, créer des maisons de santé ne sert à rien si elles restent vides. Enfin, quelle sera la future politique de santé si les élus locaux démissionnent ? Nous n'avons pas appris ensemble la démocratie sanitaire.

Régine DELAY, chirurgien-dentiste, référent handicap pour l'Hérault

Un élément nouveau doit être pris en compte : de plus en plus de professionnels de santé viennent s'installer en France, venus d'autres pays européens. Les maisons de santé vides ne le resteront donc pas.

Pascale ECHARD-BEZAULT

Si, car ils s'en vont au bout de six mois. En effet, l'alchimie ne se crée pas avec les populations. Je ne suis pas opposée à leur venue : d'une part, certains territoires français rencontrent des difficultés importantes en matière d'accès aux soins, d'autre part les diplômés de ces professionnels sont reconnus au niveau européen. Mais la démarche d'aller les chercher me gêne, car j'ai l'impression que ces pays ont davantage besoin de ces médecins que nous.

Jean-Loup THERY

J'ai été contacté par une officine spécialisée dans la recherche et le placement rémunérés de médecins en provenance des pays de l'Est. Les expériences les plus connues sont celles vécues en milieu rural : quelques-uns vont rester mais pas tous. Nous faisons le constat que l'organisation purement libérale de la médecine des premiers recours obligera à trouver des endroits permettant de multiplier les actes : la notion d'équité dans l'offre de soins sur l'ensemble du territoire est donc caduque, les consommations étant différentes selon les territoires. Je serais plutôt partisan d'un service public de premier recours, permettant une installation sur l'ensemble du territoire avec un accès à tous, et servant de point d'entrée dans le système de santé français.

Régine DELAY, chirurgien-dentiste, référent handicap pour l'Hérault

Je partage votre position, mais il serait plus simple que nos conseils de l'ordre définissent des quotas d'installation dans les régions.

Catherine CECCHI

La santé publique ne doit pas calquer son organisation sur celle du système de soins, les objectifs n'étant pas identiques.

Bernard Marie DUPONT

Je suis d'accord. Par ailleurs, je ne suis pas convaincu que tous les médecins étrangers aient le même niveau de formation et je pense que beaucoup ne restent pas. Le fait d'accueillir des médecins étrangers, dont très peu deviennent des praticiens hospitaliers, permet d'avoir une population corvéable à merci, payée moins cher et révocable à tout moment. Par ailleurs, j'ai du mal à imaginer que le vide en cours dans certaines régions n'ait pas été organisé, d'autant plus que le vieillissement de la population soignante est connu. Enfin, s'agissant de l'installation, il me semble judicieux d'imposer de manière forte une certaine forme de répartition des praticiens de santé sur tout le territoire national, comme cela se passe pour les notaires, les huissiers et les pharmaciens.

Catherine CECCHI

Quels liens existent avec les organismes de santé lors de la mise en place des SCOT ?

Patricia PUECH

Les SCOT sont des plans directeurs à des échelles plus larges traitant l'urbanisme, le logement, les déplacements et l'environnement.

Pascale ECHARD-BEZAULT

Certains incluent aussi les pôles d'activités, notamment de services. Certaines régions, comme les Pays de la Loire, demandent que la santé soit intégrée, mais celle-ci est très peu prise en compte aujourd'hui.

Dominique KELLER

La loi « Hôpital, patients, santé, territoire » inclut un avis systématique de l'ARS dans tous les documents d'urbanisme, notamment dans le cadre de l'avis à donner à l'autorité environnementale.

Patricia PUECH

Les élus de la commune dont nous parlions souhaitaient construire un EHPAD sur des terrains non bâtis réservés depuis des années aux équipements, mais ils n'en ont pas eu l'autorisation, d'autres EHPAD étant déjà présents sur le territoire. Ils sont donc passés par des organismes privés, ce qui est dommage. Le projet aurait pu être très intéressant : situé au centre du village, à proximité du centre ancien, du parc et du pôle d'équipements dont les écoles, la cantine... Les élus souhaitaient développer les échanges intergénérationnels. Il aurait été intéressant de prendre en compte ces paramètres.

Dominique KELLER

Le problème est de trouver un équilibre entre l'offre et le niveau de solvabilité des personnes susceptibles d'intégrer ces établissements. Le remplissage est donc de plus en plus problématique

dans certaines zones. Ce phénomène en développement est loin d'être réglé, les ressources des retraités connaissant plutôt une érosion.

Jean-Louis BALMES

La vie est-elle uniquement du métabolisme, ou est-ce un projet ? Que recouvre la notion de vie au sein de l'organisation mise en place en matière de promotion de la santé ?

Bernard Marie DUPONT

La question est fondamentale. La réponse est importante en termes d'infrastructures, mais la vie doit-elle être à ce point médicalisée, et le vieillissement doit-il être considéré comme nécessairement pathologique ? Nous attendons de la société des réponses très particulières, mais cette question doit être abordée de manière culturelle : qu'est-ce que vivre finalement ?

Jean-Loup THERY

Je rêve qu'on parle de projet de *la* vie, et non de projet de vie, et que la vie résulte d'un projet collectif puisque, par essence, nous sommes faits pour vivre ensemble. Or tout est construit sur la performance individuelle qui va à l'encontre totale du projet de la vie.

Hélène SANCHO-GARNIER, professeur en santé publique en retraite

En France, nous n'avons pas de culture de santé publique, contrairement aux pays anglo-saxons. Que pourrions-nous faire pour que cette culture pénètre enfin la population à tous les niveaux, et en particulier les professionnels de santé ?

Jean-Loup THERY

La santé publique recouvre de multiples définitions. Tout le monde dit faire de la santé publique, mais personne ne fait la même chose : quelque chose manque.

Isabelle FONTAINE, infirmière

Il existe un problème de formation des professionnels de santé. S'ils étaient formés en santé publique, ils pourraient éduquer les personnes qu'ils côtoient et qu'ils soignent. Il existe aussi un problème de formation des élus, qui peuvent faire en sorte d'améliorer le cadre de vie.

Dominique KELLER

Les situations sont très disparates et évoluent. Ainsi, en Languedoc-Roussillon, il y a dix ans, le dialogue sur la santé était inexistant ; aujourd'hui, des discussions se tiennent avec quasiment toutes les grandes villes.

Pascale ECHARD-BEZAULT

Les élus doivent-ils s'occuper de la santé ou de la façon dont les gens vivent sur leur commune ou leur intercommunalité ? Dans ce cas, la santé est une des politiques publiques menées par la ville.

Evelyne ANDRE

Je pense qu'il faut se battre pour que l'éducation à la santé soit davantage intégrée dans les programmes scolaires. Par ailleurs, la SRSP Poitou-Charentes engage aussi un travail autour de la

petite enfance, car cet aspect est constitutif de l'avenir. Enfin, mettre la santé dans toutes les politiques paraît important à condition qu'elle ne soit pas là pour pallier les carences des autres politiques.

Bernard Marie DUPONT

Je suis favorable à l'intégration de l'éducation à la santé dans les programmes scolaires, mais dispensée par un professeur de philosophie invitant les élèves à avoir une vision politique au sens noble du terme. Or ce projet me semble vertigineux et, aujourd'hui, je ne vois émerger en France aucune voix politique capable de le porter. Je pense que nous devons retrouver une société de dépendance les uns envers les autres et non de réclamation.

Jean-Loup THERY

J'adhère à ce genre de discours, mais pourquoi les habitants ne sont-ils pas là ? Parce que nous les avons leurrés sur la démocratie, en leur disant qu'ils peuvent décider à partir du moment où ils participent. Or cela est faux. Nous devons donc arrêter l'illusion et accompagner la réflexion par de l'éducation.

Une étudiante puéricultrice

Quelle est la place de l'homme représentant du territoire aujourd'hui au cœur des politiques publiques ?

Catherine CECCHI

Nous essayons de la faire, et nous sommes finalement plus intelligents quand nous mobilisons plusieurs cerveaux. L'homme qui a fait le plus de santé publique en France, c'est le baron Haussmann : il a restructuré la ville de Paris sans avoir aucune connaissance de médecine ni de santé, mais en faisant preuve de bon sens. La santé publique, c'est aussi du bon sens.

Je vous remercie tous, et vous convie l'année prochaine pour débattre ensemble sur un nouveau thème en Ethique et Santé publique.