

TABLE RONDE : MOYENS ET LIMITES DE L'APPROCHE TERRITORIALE DE LA SANTE

Animation : Matthieu Méreau

Intervenants : Bernard Basset (Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales), Marie-Rose Gras (Maire-Adjointe de Saint-Paul de la Réunion), Cécile Courrèges (Directrice générale de l'ARS Bourgogne), François Veillerette (Vice-Président de la Région Picardie), Emile Olaya (URPS-médecins Rhône-Alpes)

Animation : Matthieu Méreau

Mr Bernard Basset, vous êtes responsable du projet PRS au secrétariat général des ministères sociaux. Vous avez un rôle de coordination et d'animation des différents travaux des différentes directions et vous travaillez en transversal avec le Ministère de la Santé, le Ministère des Sports, des Affaires Sociales et du Travail. Que fait le national pour aider une région ?

Bernard Basset

Que fait le national pour aider les régions, et je dirais aussi, que fait le national dans un contexte qui a profondément changé ? Parce qu'auparavant, effectivement, on ne se posait pas tellement la question, même si ce n'était pas particulièrement efficient. On se disait : le national donne des instructions et les autres exécutent. On a changé. Aujourd'hui on a considéré, le législateur a considéré, le gouvernement a considéré, je crois que cela correspondait quand même à un constat que ce système antérieur ne marchait pas très bien. On a donc créé des agences qui sont des établissements publics autonomes. Ils ont quand même une feuille de route générale et ils doivent faire un projet régional de santé. Je crois qu'il faut prendre en compte deux choses : d'une part qu'ils doivent tous faire un projet régional de santé avec une philosophie d'action qui est celle que tous les acteurs de santé publique connaissent bien, c'est la santé globale, c'est-à-dire pas simplement les soins, mais aussi la prévention et le médico-social. Et par là même ils doivent avancer de front sur des secteurs que les services déconcentrés antérieurement traitaient de manière séparée et pas forcément dans le même calendrier. La charge qui pèse aujourd'hui sur les ARS est considérable, est celle de faire un projet régional de santé, œuvre ambitieuse, dans des temps courts.

Le rôle du national dans ce nouveau contexte, c'est d'aider, c'est de soutenir, vous avez dit coordination, animation, moi je considère que mon rôle c'est de procurer le maximum d'aide, de fournir le maximum de soutien en termes de repères méthodologiques, de thésaurus, d'outils pour l'action. Et puis aussi dans cette démarche qui a une dimension nationale, puisque tous les PRS devront être terminés fin 2011, mon rôle c'est de réunir tous les chefs de projets de toutes les agences et de favoriser les échanges, la mutualisation d'expériences, pour ce projet est ambitieux et très nouveau dans sa démarche.

Matthieu Méreau

Merci Mr Bernard Basset. Vous venez de dire que Mme Cécile Courrèges a une charge énorme puisqu'elle est directrice de l'ARS (Agence Régionale de Santé) Bourgogne. Madame Courrèges,

comment la région répond au national ou comment la région répond aux habitants au niveau du sujet du congrès?

Cécile Courrèges

Je confirme que la charge est lourde ! Je vais répondre pour les Agences Régionales de Santé, puisque je ne permettrais pas de répondre pour le Conseil régional. Mon voisin répondra, je pense, mieux sur cette question.

Pour montrer l'importance du sujet, on connaît en général la région Bourgogne pour la qualité de ses vins, pour sa gastronomie, sa qualité de vie. C'est vrai mais c'est une image d'Épinal. Derrière, c'est surtout une région qui est très vaste, de faible densité, très rurale, déjà âgée, sur laquelle la mortalité prématurée recule moins vite que dans le reste de la France. C'est surtout une région qui présente de très fortes inégalités territoriales de santé, avec notamment deux départements avec des indicateurs très défavorables que sont la Nièvre et l'Yonne, contre deux départements qui ont des indicateurs plus favorables que sont la Côte d'Or et la Saône et Loire. Et au sein même de ces départements des inégalités elles-mêmes très fortes existent ; prenons par exemple la Côte d'Or qui porte bien son nom : on pense tout de suite au Nuits St Georges ou à d'autres grands vignobles comme la Côte de Nuits ou la Côte de Beaune, et effectivement autour de Dijon et de Beaune ce sont des territoires très riches. Mais il y a aussi la « Haute Côte d'Or », autour de Châtillon, Montbard, c'est une zone faiblement peuplée avec de très fortes inégalités de santé et des problèmes de santé extrêmement aigus.

Donc cela montre que c'est vraiment un sujet extrêmement prégnant en région Bourgogne, qui conduit bien sûr à se poser la question des moyens d'actions. Premier moyen d'action, vos travaux l'ont bien montré, c'est déjà de se doter d'outils d'observation. En Bourgogne il existe une plateforme régionale d'observation sanitaire et sociale, qu'on a décidé de prolonger dans le cadre de la mise en place des ARS. L'ARS a contractualisé également avec l'ORS pour pouvoir notamment se doter de portraits de territoires, et on s'est dotés aussi d'un atlas sanitaire et social. En termes de moyens d'actions, au-delà de l'observation, la première chose c'est la politique générale de santé qui doit répondre aux inégalités de santé, puisqu'on l'applique de façon différenciée selon les territoires, selon les populations. La deuxième chose, vu les enjeux, en région Bourgogne on a décidé de mener une politique dite de territorialisation pour répondre aux inégalités territoriales de santé. Ce qui conduisait notamment, à partir de territoires plus allant sur ces questions, à pouvoir leur permettre de construire un portrait de territoires avec l'ORS, de disposer d'un appui méthodologique avec le réseau des IREPS et des CODES, et à partir de là aller jusqu'à des plans d'actions pour aboutir au final à des contrats locaux de santé. Donc c'est une démarche qui en soi est ambitieuse mais qui recèle en elle-même les limites de cette politique de démarche de réduction des inégalités territoriales de santé.

Première limite ou difficulté, c'est le fait de pouvoir couvrir l'ensemble des champs de la santé : souvent les démarches de réduction des inégalités sont portées uniquement par les politiques de santé publique, les acteurs de la santé publique, or si on veut réduire les inégalités de santé il faut aller sur tous les champs de la santé, y compris l'offre de soins hospitalière, ambulatoire, médico-sociale, aller aussi sur la santé environnement, comme cela a été évoqué précédemment. Donc il faut pouvoir faire tomber les frontières. Même si les ARS sont un plus dans ce domaine-là, cela ne suffit pas en soi pour avoir cette vision intégrée des questions de santé. La deuxième chose, c'est de

mobiliser les acteurs territoriaux de santé : là aussi ce n'est pas toujours évident, notamment parce que certains sont soit suivistes soit beaucoup préoccupés par leurs projets immédiats et ont peut-être plus de difficultés à intégrer des démarches programmatiques globales et intégrées telles qu'on voudrait en lancer dans le cadre de projets territoriaux de santé ou de contrats locaux de santé. Puis le dernier sujet, peut-être pas le moindre, c'est la question des moyens financiers directement mobilisables pour ces politiques.

Matthieu Méreau

Merci Mme Courrèges. Vous avez parlé de l'élu : à votre droite François Veillerette, vous êtes vice-président de la région Picardie, vous êtes chargé de l'eau, de l'alimentation, de la santé, et vous m'avez fait un clin d'œil à l'entretien de préparation en disant « attention je ne suis pas chargé du soin ! ». Il va quand même peut-être falloir préciser... Par contre vous dites « je suis concerné par la prévention des pathologies chroniques puisque je m'occupe d'environnement ». Alors une question toute simple : qu'est-ce fait l'élu d'un conseil régional par rapport aux inégalités de santé ?

François Veillerette

Je vais peut-être déjà expliciter un peu ce qu'est réellement ma délégation. Environnement, alimentation, santé, c'est donc une délégation complètement transversale dans laquelle j'essaie d'agir sur les déterminants environnementaux, les déterminants qui concernent les modes de production des aliments, donc les modes de production agricole, et à cela se joint l'aspect santé mais sous l'angle prévention, prévention environnementale. La Région a décidé, en plus d'une autre vice-présidence qui est une délégation sur la santé mais sous l'angle du soin, de s'adjoindre un volet de prévention, en termes de santé, prévention notamment des maladies chroniques, sous l'angle de la prévention des facteurs de risques environnementaux. Donc ça c'est le sens de ma délégation. Après ce qu'on peut faire en région dans une telle délégation : alors tant qu'existe une compétence générale, on peut faire un certain nombre de choses, bien qu'il y ait des budgets fortement contraints. Je ne vais pas revenir sur les contraintes financières importantes que rencontrent les collectivités locales, mais on a déjà énormément de choses à faire en termes d'objectivation des facteurs de risques.

Les inégalités territoriales de santé : on a la chance en Picardie et dans quelques autres régions de pouvoir les étudier, notamment à travers le projet CIRCE, qui est porté par les équipes de l'INERIS présentes dans le département de l'Oise et dans la région picarde, de pouvoir travailler sur les inégalités inter cantonales qui concernent les cancers. Donc c'est une première donnée importante en tant qu'élu pour pouvoir agir. Il nous faut des données, des données objectives, qui ne sont pas des données destinées à être classées dans des registres. Ce sont des données qui sont nécessaires pour l'action, puisqu'en tant qu'élus locaux on est directement branchés sur une logique d'action ; notre souhait dans ce domaine précis c'est d'arriver à croiser ensuite ces données sur des inégalités territoriales en termes de cancer avec des bases de données d'émission des facteurs de risques, d'émission de polluants, pour pouvoir objectiver effectivement d'éventuels clusters cantonaux ou inter-cantonaux, pour pouvoir agir localement et aider les tissus économiques à se restructurer, pour pouvoir éliminer ces facteurs de risques qui seraient directement liées à des sur-cas de cancer.

On peut faire beaucoup de choses : on peut aider en travaillant avec les autorités de santé, avec le CHU, avec l'ARS, à former les professionnels de santé aux rudiments de la santé environnementale, à toute la dimension écosystémique de la santé publique. Je crois que c'est un des éléments centraux de ma mission pour les trois années et demi qui viennent (le mandat est malheureusement court, on s'en aperçoit quand on se fixe des objectifs pareils) : c'est d'essayer de faire avec d'autres monter le niveau de connaissances des professionnels. On se rend bien compte qu'on a des malades qui parfois souffrent de maladies de l'environnement extérieur ou intérieur, face auxquels les professionnels de santé sont malheureusement parfois démunis, faute de formation initiale ou continue. Donc on a notre pierre à amener dans le développement de ces dispositifs.

Après cela on a toute une série de leviers sur lesquels on peut agir, des leviers qui ne coûtent pas forcément très chers pour des budgets qui sont quand même relativement faibles en région. On peut conditionner les aides selon différents critères, ceux du développement durable, sociaux, économiques, environnementaux, et on a déjà choisi en Région Picardie de mettre en place des mesures pilotes dès l'année prochaine sur deux axes : l'axe énergie-climat et l'axe environnement – santé, qui vont permettre de pouvoir mettre des contraintes supplémentaires dans tout un tas de projets pour lesquels on fait des appels à projets. On espère bien de la sorte améliorer les dossiers qui vont nous être transmis et aussi peut-être pouvoir mettre en place des grilles de conditionnalité avec des bonus ou des malus selon la qualité des projets. Je ne vais pas dévoiler l'ensemble de la politique en région maintenant, ce serait un petit peu anticipé... Mais on a malgré l'ampleur de la tâche un certain nombre de leviers sur lesquels on peut agir. Pour terminer, en Picardie et en région Rhône-Alpes (je salue mon collègue Alain Chabrolle, vice-président qui est chargé aussi de l'environnement et de la santé) on s'est fixé la mission de sensibiliser nos collègues d'autres régions pour leur faire mettre en œuvre des politiques un peu similaires prenant en compte cette dimension de prévention de la santé publique, par l'intégration de la dimension environnementale dans les politiques publiques régionales.

Matthieu Méreau

Merci Mr Veillerette. Mme Marie-Rose Gras, vous êtes représentante de Mme Huguette Bello, députée maire de St Paul de la Réunion, et vous êtes adjointe et déléguée à la santé et la vie associative. Je vais me permettre de faire rapidement une diagonale : qu'apporte une agglomération sur les territoires de santé par rapport aux autres partenaires ? Vous faites le lien avec la politique de la ville, vous êtes aussi ville santé OMS et vous disiez que vous êtes dans une intercommunalité qui concerne 5 communes et 210 000 habitants. Pouvez-vous nous éclairer sur ces mandats ?

Marie-Rose Gras

Tout d'abord je voudrais tous vous remercier de nous avoir invités, Ville de St Paul, puisque que nous venons de loin, nous sommes situés à 9 000, 10 000 kilomètres d'ici. C'est avec beaucoup de plaisir que je représente Mme Bello, députée maire de St Paul. Je voulais lancer aussi un petit clin d'œil à la présidente de l'ORS et son équipe qui a été si présente et sur laquelle on s'appuie pour nos propres travaux.

Alors qu'est-ce c'est qu'une ville qui s'implique dans la santé ? Nous, nous sommes élus depuis deux ans, depuis mars 2008 à St Paul, et nous avons fait le choix immédiatement de faire de la santé un levier, à la fois un levier de mobilisation sociale au niveau des quartiers et à la fois également un levier de développement économique. Pour nous la santé c'est la santé environnementale, bien entendu, parce que pour ceux qui ont suivi l'actualité, rappelez-vous qu'il y a quatre ans de cela nous avons été atteints par une épidémie de chikungunya. Donc depuis on en a tiré des leçons et il été a mis en place à l'île de la Réunion ce qu'on appelle un Groupement d'Intérêt Public - Lutte Anti-Vectorielle, au sein duquel nous sommes représentés, nous-mêmes Ville de St Paul et également le territoire des communes de l'ouest, et nous avons mis en place avec le préfet une action qui est assez remarquable, on a appelé ça le plan Ravines. Il consiste à mailler un dispositif de contrats aidés, avec l'entretien, sur notre commune à St Paul il y a 55 ravines sur lesquels on doit faire l'entretien. Donc ça c'est la partie environnementale.

Sur des facteurs de risque qui vont toucher de plus près la population, sur des maladies chroniques, nous avons mis en place ce qu'on a appelé la caravane santé, c'est un fourgon qui mobilise de la logistique et qui va dans l'ensemble des quartiers. Par exemple sur St Paul on a 52 quartiers, et trois fois par semaine des équipes se déplacent et se mettent à disposition des associations qui travaillent déjà dans le domaine de la santé, que ce soit dans le cadre du cancer, du diabète, de l'obésité qui nous frappe également, ou encore dans le domaine de la santé mentale, la prévention des dépressions. C'est un travail important, et pour ce qui concerne également les associations, ce qu'on essaie de faire, c'est de faire en sorte que les associations de quartier elles-mêmes récupèrent de la compétence en matière d'éducation à la santé et en matière d'animation. Pour cela nous avons passé avec le CNFPT un contrat d'objectifs territorialisés qui nous permet d'aller au-delà du 1% obligatoire en matière de formation, pour que les agents communaux puissent aussi être formés à cette thématique-là. Et c'est l'IREPS, qui est l'instance locale en matière de prévention et d'éducation à la santé, qui nous accompagne pour ce que nous avons appelé notre projet local de santé, caravane santé, qui est aussi un ASV, un atelier santé ville, et probablement qu'avant la fin de l'année, pour rejoindre ici l'ARS, un contrat local de santé sera signé puisque nous sommes en pleine discussion. Donc voilà comment nous nous sommes impliqués sur la santé.

Matthieu Méreau

Merci beaucoup Mme Gras. Alors le professionnel libéral de santé voit tout bouger depuis quelques années : Mr Emile Olaya, les concepts de soins de proximité, de soins de premier recours, sont en pleine montée en puissance. Vous êtes médecin généraliste, vous êtes ancien secrétaire général de l'URML Rhône-Alpes, actuellement élu sans fonction au sein de la future URPS non installée ! Donc vous êtes un élu en transition, sans bagages, pourtant vous êtes là cet après-midi car vous avez l'expérience de deux mandatures de secrétaire général de l'URML Rhône-Alpes, notamment avec la préoccupation de la démographie des professionnels de santé. Vous, votre regard, c'est de dire, si j'ai bien compris, est-ce que tout cela est pérenne, on a vu passer plein de choses, est-ce que le territoire ce n'est pas un effet de mode ? Je résume à ma façon, je m'en excuse !

Emile Olaya

L'interlocuteur précédent vous a remercié de l'avoir invité à 10 000 kilomètres de son lieu de résidence. Moi je vais vous remercier de m'avoir invité à 10 000 kilomètres de vos préoccupations en apparence différentes des nôtres. Je dis "en apparence", car au risque de vous surprendre, la médecine libérale, la médecine ambulatoire, souhaite profondément être votre interlocuteur. En Rhône-Alpes, l'Union Régionale des Médecins Libéraux représente 11 000 médecins libéraux sur ce territoire. Cette union régionale s'est attachée depuis sa création, il y a 16 ans, à développer avec vous des partenariats les plus étroits possibles dans de très nombreux domaines, à la fois de la démographie, l'accès aux soins des populations en difficulté, avec les dispositifs santé-social, en réponse aux grands problèmes de santé que nous rencontrons, soit permanents soit en situation de crise. Ceux qui nous connaissent savent que la porte de l'URML a été toujours été ouverte pour développer des partenariats avec les autres domaines de la santé publique ou du secteur social.

Alors tout à l'heure vous avez dit, "étudier à vie : non" ; "observer à vie : non". Si vous le permettez, je rajouterai "expérimenter à vie : non plus". En préparant ce colloque, je me disais que nous sommes à un croisement des chemins et que nous sommes en train d'inventer un autre mode d'organisation et de distribution des soins. Puis je me suis souvenu qu'il y a plus de 30 ans que je suis dans l'organisation de la profession, et qu'à peu près tous les 10 ans j'ai vu émerger les mêmes réflexions avec le même souhait de réorganiser les soins différemment, de développer de nouvelles coopérations entre les différents acteurs du système de santé, de développer des coopérations entre les secteurs social et médical, et également de prendre en charge de façon plus globale la santé et la maladie de nos patients. Cela s'est appelé sous des formes très différentes, et toutes les expériences que nous avons conduites ont disparu. Peut-être ont-elles échoué, peut-être n'étaient-elles plus « tendance », selon l'expression que j'ai entendue récemment. D'autres, je pense aux réseaux en particulier, sont en évaluation perpétuelle, expérimentaux à perpétuité, ce qui est à la fois à mon sens un gaspillage considérable d'énergie, d'argent très certainement, mais surtout d'énergie pour tous les concepteurs.

Aujourd'hui de nouveaux modes d'organisation des soins se dessinent, je ne sais pas s'ils connaîtront le sort d'autres expériences du passé, mais je voudrais attirer l'attention de chacun, et en particulier des décideurs, sur la nécessité qu'est la nôtre, la même que nous partageons avec vous, de pouvoir nous inscrire dans la durée. J'imagine que vous-mêmes, dans vos réflexions, ne pouvez concevoir votre travail autrement qu'en vous inscrivant dans la durée. Pour nous c'est pareil. Il n'est pas possible de concevoir de nouveaux modes d'organisation des soins dans l'incertitude permanente. Et une des préoccupations qui est la nôtre aujourd'hui c'est de trouver les moyens avec vous de pérenniser ce qui pourrait être les nouveaux modes d'organisation des soins. J'attire aussi votre attention sur le fait que chaque fois qu'un promoteur d'expérience, se lasse et échoue, c'est tout un pan du monde médical et paramédical qui se décourage et qui ne reviendra plus à l'analyse, à l'étude, à l'expérimentation de nouveaux modes d'organisation. J'insiste beaucoup sur ce point, au moment où, à l'échelon régional, nous nous réorganisons en partenariat avec l'ARS, pour que nous ne restions pas sur ces schémas du passé d'expérimentations interminables, mais pour que nous arrivions à consolider et pérenniser ce que nous construisons ensemble.

Matthieu Méreau

Merci Docteur Olaya. En attendant les questions du public, monsieur Olaya vient de poser une question à tous les autres co-intervenants, et je crois que chacun pourrait répondre : la pérennité des nouvelles organisations, est-ce que c'est solide ou non, est-ce que dans dix ans on va inventer autre chose ?

François Veillerette

En tant qu'élu, la durabilité des expériences qu'on peut mettre en place est forcément aléatoire. Au-delà de cet aléa, je crois qu'il ne faut pas confondre expérimentation avec lubie ou marotte. Il y a des choses qui sont fondamentales en termes de santé publique, santé environnementale notamment pour ce qui me concerne dans ma délégation, pour lesquelles on sent bien qu'on n'est pas face à des épiphénomènes mais à des tendances de fond, puisqu'on voit des initiatives se développer sur ces thématiques là, de manière lourde. Au Grenelle de l'environnement, il y avait une table ronde santé-environnement sur six tables rondes, ce qui montre qu'on est là face à des préoccupations sociétales de fond qui peuvent nous faire espérer que, quels que soient les aléas que rencontrent les élus, d'autres reprendront le flambeau plus tard.

Jean-François Toussaint

La question de l'incertitude, plus encore que celle de la pérennité, est importante. On construit régulièrement de nouvelles possibilités institutionnelles, organisationnelles, qui répondent dans un premier temps aux demandes de nos concitoyens. Tous les élus y sont sensibles puisqu'ils ont été élus sur des programmes à développer. Or, face à la réalité des contraintes, ils sont obligés ensuite d'adapter et de moduler régulièrement. Mais cela repose sur des principes qui eux, sont pérennes, ceux des relations des hommes et des femmes entre eux, qui vont devoir tenir compte des contraintes du moment. Combien de temps dure un outil neuf après qu'une politique vient de l'instaurer ? Est-ce que le fait de l'avoir conçu en commun et mis en partage, comme l'a indiqué Bernard Basset, garantit cette pérennité ? C'en est un des points majeurs, mais sans doute insuffisant car il ne répond pas à une question plus lourde de sens, celle de l'action dans l'incertitude. L'avenir individuel est imprédictible. Même avec la modélisation la plus poussée, et tout ce qu'on peut espérer développer pour y voir un peu plus clair, nous n'aurons pas la possibilité de savoir ce qui restera viable ni la durée, toujours limitée, de cette viabilité. Cela fait partie du vivant et crée les conditions de notre organisation. Or nous devons pourtant à tout moment enchaîner une action, décider d'y aller. Après il faut faire le bilan et se réadapter régulièrement et justement.

Emile Olaya

Je pense que les professions de santé n'échappent pas aux craintes communes à l'espèce humaine. Le changement peut les effrayer, et, si vous démontrez que l'espèce humaine aime le changement, ça m'intéressera... Nous sommes inquiets des changements quand ils sont rapides, quand ils sont brutaux. Ceci dit je pense que le monde libéral, que je connais bien, est particulièrement adapté aux

modifications du contexte dans lequel il évolue. S'il était incapable de s'adapter, il n'aurait pas survécu si longtemps, il ne survivrait pas très longtemps, d'ailleurs. Il a cette capacité de s'adapter. Le problème, voyez-vous, c'est qu'il nous faut le temps, tout de même, de construire de nouveaux modes d'exercice. Vous avez évoqué les maisons d'exercice pluridisciplinaire parce que c'est aujourd'hui le label tendance avec les pôles santé. Mais sous le même concept, il y a 20 ans, il y avait les unités sanitaires de base, les centres de soins intégrés qui ont disparu, les soins coordonnés à domicile, et si vous enlevez l'étiquette vous retrouvez derrière exactement la même chose. Ma crainte, c'est qu'ayant connu cela dans le passé, on engage aujourd'hui des professionnels médicaux et paramédicaux dans une aventure sans lendemain avec tous les dégâts que cela provoque ensuite chez eux, le découragement étant le premier de ces dégâts puisqu'on ne les incitera pas à aller plus loin ensuite, mais également les dégâts qu'il peut y avoir dans leurs modes d'exercices. N'oubliez pas qu'il s'agit de professionnels qui risquent, en plus du temps qu'ils y consacrent, leur vie professionnelle. Pour eux changer de mode d'exercice, ce n'est pas avec un aller-retour facile. Quand on crée une maison d'exercice pluridisciplinaire, qui est une structure lourde (je mets à part les pôles santé dont la souplesse est plus importante) cela veut dire que sur ce site, des gens, des professionnels de santé du secteur médical, paramédical et sans doute social vont s'engager à travailler différemment, vont changer complètement leurs méthodes de travail. Vous ne pouvez pas leur dire tous les ans, comme on le fait malheureusement dans d'autres domaines, et je pense en particulier à certains réseaux de santé et de soin, « on va vérifier si vous continuez ou si disparaissent », ce n'est pas supportable.

Cécile Courrèges

Je voulais simplement vous signifier que, sur les maisons de santé, je suis peut-être un peu plus optimiste : je pense que cela correspond à une vraie volonté de fond, des professionnels de santé libéraux et de tous ceux qui interviennent dans le champ de la santé, et notamment parce qu'il existe vraiment des problèmes de démographie des professionnels de santé, sur un certain nombre de zones, qui deviennent extrêmement aigus. Je le dis d'autant plus simplement que nous sommes en Bourgogne une des régions les plus dynamiques dans cette politique-là : avec déjà plus de 14 maisons de santé qui fonctionnent aujourd'hui, deux fois plus encore de projets qui sont aujourd'hui sur la table et prêts à se réaliser, qui sont nés et qui vivent parce qu'il y a effectivement une mobilisation des professionnels de santé libéraux, et que ça correspond profondément aujourd'hui à leur volonté d'une vraie révision de leurs modes d'exercice. Et c'est parce que ça correspond à cette aspiration-là que ça fonctionne, ce n'est pas par la volonté des décideurs que se mettent en place les maisons de santé, parce qu'autrement, par rapport à des professionnels de santé libéraux, on arriverait très vite au bout de l'exercice. Et conscients quand même des difficultés qu'on a pu connaître dans le passé sur la question de la pérennisation des modalités de financements de ces structures, on a pu lancer des structures à portée expérimentale, et puis deux ans, trois ans après, réévaluation, remise en cause, etc. Sur les maisons de santé on est en train de faire évoluer profondément le modèle de financement puisque pour l'instant ce sont des financements par voie de subvention, ce qu'on appelle le FIQCS, le Fonds d'Intervention de la Qualité et de la Coordination des Soins, qui finance aussi les réseaux de santé, et qui effectivement n'a pas une visée pérenne pour les financer sur un mode forfaitaire et pérenne. C'est ce qu'on appelle les nouveaux modes de rémunération, en contrepartie de deux choses : un engagement de la maison de santé dans des vraies actions de coopération autour notamment du dossier du patient, et la deuxième chose autour

d'actions de santé publique et de prévention. Je pense que c'est une évolution assez fondamentale et profonde des conditions d'exercice de la médecine qui fait qu'à mon avis le retour en arrière sera beaucoup plus difficile dans ce cas-là.

Marie-Rose Gras

Je voudrais rebondir sur ce que disait monsieur. C'est vrai qu'on a connu des dispositifs, je parle par exemple des réseaux, sur lesquels on a mis beaucoup d'espoir et qui aujourd'hui s'amenuisent au fur et à mesure. Nous aussi on se pose la question de ces contrats locaux de santé sur lesquels nous sommes un certain nombre à vouloir nous engager. Nous nous demandons si ce n'est pas un effet de mode, alors même que nous mettons en place des actions pérennes avec la population et que nous donnons de l'appétence aux gens sur ces questions de santé. Ça il faut faire attention, d'une part. Mais d'autre part ce que je voudrais dire, malgré tout, c'est que le risque fait partie de la vie, on le sait tous, et que ce risque là il faut quand même l'assumer parce que c'est un des moyens que l'on a aujourd'hui, un des leviers que la loi HPST nous donne aujourd'hui, pour mobiliser les territoires, et quand je parle des territoires, ce sont les acteurs locaux. Parce que cette question des acteurs locaux et des territoires, c'est une question qui n'est certes pas nouvelle, mais qui malgré tout aujourd'hui prend du sens parce qu'elle découle d'un ensemble de réflexions un peu plus en amont dans le temps. Parce qu'on a commencé à dire qu'on allait réfléchir à la régionalisation de la santé, on a mis en place les territoires de santé, et maintenant on se dit, au sein des territoires de santé, comment est-ce qu'on peut avoir une approche encore plus micro ? Et ça c'est intéressant pour nous qui sommes des élus locaux de base, c'est intéressant parce qu'on peut voir et toucher de près ce que recherche la population. Je donne un exemple : en même temps qu'on a mis en place la caravane santé, on a mis en place également de manière systématique, toutes les 6 semaines, un dispositif d'évaluation. Sur les 3 premiers mois, on a évalué, et cela nous a permis de faire remonter un certain nombre de besoins. Je vais donner 2 exemples : sur les IST, on a découvert que 20% des personnes qui venaient étaient atteintes d'une IST sans le savoir. Pour ce qui concerne le diabète, on s'est aperçu que 15% des personnes qui venaient ne savaient pas qu'elles étaient porteuse de diabète ou du moins d'une intolérance au glucose. Et c'est intéressant malgré tout, quand bien même on se dit « il y a des médecins bien entendu, il y a aussi d'autres professionnels de santé » mais dans des quartiers un peu reculés, pour des personnes qui ne sentent pas la maladie, parce qu'il y a des maladies qui évoluent à bas bruit, qui évoluent silencieusement, on s'aperçoit que c'est important d'aller à la rencontre des populations. Alors c'est un levier qu'on utilise, mais vous avez raison, il ne faudrait pas que ce soit un effet de mode alors que nous on s'engage pour la durée, même si on est élus pour peu de temps.

Bernard Basset

Je comprends cette inquiétude. L'essentiel c'est d'essayer de discerner dans les réformes ce qui correspond à des tendances de fond, des tendances lourdes, et d'éliminer les effets de mode. Les sujets qu'on vient d'évoquer, en particulier les contrats locaux de santé, ça me paraît être totalement en cohérence avec l'évolution à la fois structurelle et à la philosophie d'action sur la santé globale et l'approche intersectorielle. Donc l'instrument est assez souple mais cette base contractuelle qui permet d'intervenir sur différents déterminants me paraît assez robuste. Je n'en rajouterai pas sur ce

qu'a dit Cécile Courrèges sur les évolutions des modes d'exercice, mais là aussi nous devons répondre à une évolution qui est une tendance lourde. On n'est pas dans les effets de mode ou conjoncturels, alors peut-être qu'il y aura des adaptations, mais à mon avis ce sont des sujets qui vont rester comme un sujet de débats majeurs.

François Veillerette

Sur la pertinence de la territorialisation des politiques de santé, pour appuyer ce que dit ma voisine, c'est justement tout le travail qui peut être fait avec les ORS. Je voudrais citer le travail qui a été présenté ce matin sur les inégalités territoriales inter-cantoniales en matière de cancers qui donnent justement la finesse de jugement, la finesse d'information, qui donne toute sa valeur aux mesures éventuellement prises au niveau des territoires avec un maillage extrêmement fin. Donc là on est vraiment dans l'illustration d'une collaboration fructueuse avec les ORS qui va nous permettre d'avoir une politique qui sera pertinente au niveau des territoires, au bon niveau, et ça c'est la meilleure garantie qu'on puisse avoir pour ne pas avoir de politiques qui soient des politiques expérimentales, au sens négatif de modes, mais des politiques qui soient au plus près des problèmes.

Intervention d'une personne du public

Yves Buisson, mairie de Montreuil. Pendant que Mr Rusch faisait sa synthèse à chaud des temps de travail sur ces deux jours, une idée m'est venue : on est quand même sur la thématiques des inégalités de santé, et j'ai le sentiment qu'il y avait un grand absent pendant ces deux jours, c'est la question de la modifications des critères d'éligibilité à l'Aide Médicale Etat. On va quand même se retrouver avec une population particulièrement vulnérable par sa situation, et qui va avoir une plus grande difficulté d'accès aux soins. Je pense que cela préoccupe un certain nombre de gens ici, je ne sais pas du tout si la FNORS par exemple va avoir les moyens d'étudier les suites et les conséquences de cette mesure. En tout cas cela me préoccupe et je tenais à le dire.

Bernard Basset

Mon commentaire repose sur 2 plans : sur l'Aide Médicale Etat il y a une représentation nationale démocratique qui délibère. En tant que fonctionnaire, je constate et j'applique la politique définie par la représentation nationale. Sur un autre plan, il y a les effets sur la santé publique, tels qu'on peut les analyser, et là on est dans le rôle des experts, c'est-à-dire ceux qui observent, ceux qui analysent la santé sur la base des décisions et des politiques qui sont menées.

Marie-Rose Gras

Je voudrais juste rebondir là-dessus : puisqu'il s'agit des inégalités de santé, c'est vrai qu'il ne s'agit pas là de territoires, c'est une question de politique nationale. Nous, nous sommes assez sensibles à cela, sur la commune de St Paul on a 42% de la population qui est éligible à la CMU. Avec le déremboursement des médicaments, on sait aussi qu'il y a un nombre un peu plus important de

personnes qui n'ont pas accès à un certain nombre de médicaments ou qui n'ont plus accès aux soins, parce qu'ils n'y vont plus, tout simplement, avec ce qui reste à payer. Et là on se pose la question de savoir s'il ne faut pas développer, du coup, des alternatives, est-ce qu'il ne faut pas apporter plus de moyens sur la prévention. C'est toute la question. Et je suis très sensible à cette question car on se la pose tous les jours.

Intervention d'une personne du public

Henri Franchet, consultant en démarche participative de programmation dans le cadre du développement local et de la santé communautaire. Je voudrais prolonger le fait de ce mouvement de fond que vous indiquiez précédemment. Si l'on observe le rapport Dubedout sur le développement social de quartiers, il y a une vingtaine d'année, ce qui a été observé à ce moment-là s'est révélé exactement la même chose que dans les contrats vile. A l'époque le rapport et l'évaluation révélaient la non implication des professionnels de santé dans le développement social de quartiers, ou la très faible implication, et il faut se rappeler qu'à cette époque-là, les professionnels de santé se sentaient comme des outils de mise en œuvre de projets. Je crois qu'aujourd'hui la démonstration est faite, à travers ce congrès, que non seulement les professionnels ne sont plus des outils de mise en œuvre, mais qu'ils ont commencé à partager les diagnostics, à participer aux processus décisionnels de priorisation, et à participer à l'élaboration des programmes de santé qui les concernent et qui concernent les territoires. Il est bien sûr une évolution, une tendance de fond très importante : si les professionnels commencent maintenant à participer alors il faut espérer, et on commence à le voir, que bientôt la population participera aussi aux processus de priorisation et d'élaboration des programmes. En quelque sorte, comment conjuguer, sur un plan politique, la démocratie représentative et la démocratie participative ?

Cécile Courrèges

Je crois que c'est un des grands défis de la démocratie sanitaire, tout simplement. Aujourd'hui il y a une grande ambition qui est de faire participer tous les acteurs de santé au développement de la politique de santé, que ce soit dans sa définition ou sa mise en œuvre. Dans le cadre des ARS il y a toute une gouvernance régionale qui se met en place : les conférences régionales de santé et d'autonomie, les conférences de territoires, les commissions de coordination, etc. Tout cela est très bien, nous sommes tous, je pense, tout à fait d'accord sur l'objectif en soi qui est effectivement de faire participer les acteurs de santé dans toutes leurs configurations, dans toutes leurs légitimités différentes, puisque le panel est extrêmement large et les légitimités sont très différentes à la définition et à la mise en œuvre de la politique de santé. Mais encore faut-il qu'ils soient aussi autour de la table. Et là il y a un vrai défi. A mon avis, ce sera un des éléments d'évaluation des futurs projets régionaux de santé : est-ce qu'on a réussi à les mettre autour de la table, est-ce que les acteurs de santé se sont mobilisés ? Mais la responsabilité n'est pas seulement celle des ARS, de ce côté-là, elle sera aussi celle des acteurs de santé de se mobiliser à un moment donné. Je pense que c'est indispensable parce que nous sommes dans un contexte, qu'on le veuille ou non, de contraintes financières extrêmement fortes. C'est le cas pour les collectivités territoriales mais aussi pour toutes les finances publiques dans leur ensemble, ce qui oblige donc à faire des choix, et faire des choix c'est faire des priorités. Cela il faut qu'on puisse le faire dans le cadre de concertations, de consultations,

de travail en commun, donc d'association la plus large possible, et cela n'est pas évident et demande une vraie maturité. L'expérience que j'ai eue, à ce stade, du fonctionnement des conférences sanitaires de territoires précédentes, c'est que si certaines fonctionnaient un peu dans cet esprit-là, en capacité de partager la contrainte et donc de participer véritablement de façon responsable à l'élaboration de projets, ce n'était pas le cas partout : il existait des conférences de territoires où vous n'aviez plus autour de la table que les représentants des établissements de santé. Comme je dis, si c'est pour avoir les représentants des établissements de santé, je fais un groupe de travail, je les convoque, il n'y a pas de problème, ils sont là, pas besoin d'avoir une conférence sanitaire de territoires pour cela. Ou alors il y avait ou des conférences sanitaires de territoires où là vous aviez tout le monde, mais qui étaient strictement des chambres de revendications et qui ne permettaient pas non plus de construire du projet. Donc là encore une fois il y a un vrai défi si on veut vraiment changer la politique de santé, et ce n'est pas gagné, je le dis très clairement.

Emmanuel Rusch

Effectivement je pense qu'on est dans des couloirs de viabilité, je ne sais pas si je reprends le bon terme de Mr Toussaint, mais je ne serai peut-être pas tout à fait aussi optimiste que la personne qui était dans la salle. Un premier écueil c'est la fragilisation très importante des crédits autour de la prévention aujourd'hui dans les régions. L'autre écueil : oui, tout le monde est d'accord pour la démocratie représentative et participative, démocratie sanitaire, et en même temps des contraintes de temps qui, je me le demande, sont compatibles avec la possibilité de développer cette participation. Donc tout ceci reste à construire.

Intervention d'une personne du public

Pascale Echard-Bezault, DATAR. C'est plus une réflexion qu'une question. En voyant comment se développent actuellement les politiques de santé, on est vraiment dans la logique d'évolution des politiques publiques actuelles, que ce soit par la régionalisation pour le pilotage des politiques, la prise en compte des territoires par le développement local, territorial, la participation des acteurs au niveau territorial, le mode de fonctionnement de l'Etat en relation avec ses partenaires par la contractualisation, pour ce qui est de l'accès aux services la mutualisation... Et quand on pose la question de savoir si c'est un effet de mode ou un effet d'aubaine, moi je crois qu'on est vraiment dans un phénomène de fond de mener des politiques publiques en général et que la santé s'inscrit complètement dans cette évolution-là.

Intervention d'une personne du public

Chantal Mannoni, consultante en promotion de la santé. C'est une question mais aussi un commentaire. Pour revenir sur la question de l'AME, qui été soulevée par Montreuil car elle pose la question de l'éthique en matière de réduction des inégalités de santé, de l'éthique dans l'observation (l'observation pour quoi faire ?), et de notre posture professionnelle à tous, qu'on soit au ministère ou sur le terrain avec les acteurs avec lesquels on travaille. Quand on parle de la santé dans toutes les politiques, d'observer les effets de telle ou telle mesure a posteriori, moi je me dis aussi en quoi

est-ce qu'on peut agir sur des dispositifs qui, on le sait, vont encore creuser les inégalités ? Je me demande s'il faut attendre que ces dispositifs soient en place pour aller les mesurer, et mesurer les dégâts que cela va faire, ou si en tant que professionnels, de la place où on est et en gardant notre posture professionnelle, on peut aussi dire et se mobiliser autour de déterminants de la santé qui vont, selon les mesures qui sont prises ou non, accroître les inégalités de santé ? On marche sur la tête, en ce moment, avec des mesures qui sont prises à la fois pour engranger des difficultés et renforcer des vulnérabilités et à la fois faire « X » colloques sur les inégalités de santé. Cela devient insupportable dans le milieu où on est.

Jean-François Toussaint

Nous sommes là dans un grand paradoxe entre ce que vous énonciez de la démocratie participative, dans sa version sanitaire, et les moyens qui sont confiés à de nouveaux acteurs lors des transferts actuels, réalisés sous la contrainte économique. J'ai montré quelles conséquences ces contraintes laissaient envisager et pourquoi nous serons tous concernés. En laissant la décision dans les mains des acteurs les plus proches du terrain, on aboutit cependant à ce paradoxe qu'il va falloir gérer pour prendre des décisions, si possible pacifiques et justes. Et ce n'est pas une théorie de la justice par beau temps, ni celles des lendemains qui chantent qui nous apporteront cette équité, il faut en être conscient. Il me semble que sur l'AME comme sur les transferts, un certain nombre de constats sont à faire ; l'acceptation de ce constat - s'il est réel et vérifié - doit être discutée afin que les décisions résultent ensuite du partage de l'effort et aboutissent au partage des contraintes.

François Veillerette

Juste un mot pour ajouter que je suis sensible à cette idée de contraintes fortes, ce paradoxe entre la nécessité d'agir fortement et un contexte qui est difficile. C'est une des raisons pour lesquelles nous avons fait ce choix d'agir sur les maladies chroniques par des mesures qui ne coûtent pas forcément très cher. On a tous en mémoire le coût, rien que du soin, des nouveaux cas de cancer en 2010, plus de 3 milliards et demi, quelque chose comme ça. Là on a peut-être justement un moyen de gagner un peu de marge de manœuvre, parce que s'il y a des tensions fortes sur le coût du soin, le coût de l'inaction reste aussi à prendre en compte. Donc c'est sur la non-implication du coût de l'inaction, la formule est un peu compliquée, qu'on peut peut-être aussi lever cette contrainte.

Intervention d'une personne du public

Je voudrais juste rappeler qu'en 1945, la situation budgétaire, économique et globale de la France était bien pire qu'elle ne l'est aujourd'hui.

Jean-François Toussaint

Elle était certes bien pire, mais il y avait de l'espoir. Lorsqu'une nation descend au point qu'elle atteint dans les années qui précèdent 1945 (elle plongera, comme toutes les sociétés occidentales,

sur une période de 15 ans), la pression énorme générée par cet effondrement reconcentre les acteurs : tous nos grands-parents nous ont décrit ces moments d'entraide extraordinaire, durant et après la guerre. Cette pression donne des repères de solidarité, qui conduiront à l'ensemble des politiques mises en place, mais elle redonne surtout l'espérance dans la reconstruction. Les populations, française et européennes, ont subi un contrecoup impensable au sortir de la première guerre mondiale. La situation actuelle est très différente. Notre croissance, au point où nous en sommes, n'est que potentielle. Nous sommes en haut du phare à nous émerveiller de la vitesse à laquelle nous sommes montés.

Matthieu Méreau

J'ai retenu que sur la tête du congrès affichée ici, il y a un "s" à territoires, un "s" à populations, il n'y a pas de "s" à santé. A vous entendre je me suis demandé si la santé ce n'était pas quelque chose de pluriel. Sur ce clin d'œil je me permettrai de faire une transition vers le professeur Rusch parce que dans votre conclusion vous avez insisté sur le "s" à individus, le "s" à populations et le "s" à territoires. Vous avez également parlé de l'action à venir sur les milieux de vie comme étant une notion importante, et autre notion importante que je me suis permis d'extraire pour aller vers la conclusion de cette table ronde, vous avez posé la co-existence du mot inégalité-disparité. Vous qui avez fait la synthèse du congrès, pouvez-vous revenir rapidement sur cette notion d'inégalité, de disparité, d'intervention sur les milieux de vie ?

Emmanuel Rusch

Sur les aspects d'inégalité et de disparités, le commentaire que j'aurais envie de faire rebondit sur les interventions qui ont eu lieu dans la salle : quel est le principe de justice que nous souhaitons mettre en œuvre ? La réponse ne me semble pas très claire en ce moment, entre les politiques publiques qui sont mises en œuvre par les pouvoirs publics d'aujourd'hui et peut-être d'autres visions des politiques et des principes de justice. Si on prend l'Aide Médicale Etat, effectivement, on peut se poser quelques questions sur les principes de justice qui suivent. On pourrait en faire une analyse en termes de juriste et de principes de justice qui sont derrière. Ce n'est pas le lieu ici mais je pense que ce serait intéressant. Par contre en tant qu'acteur je pense quand même qu'il y a un petit souci avec ces mesures, que ce soit celles-ci ou d'autres, et je reviens sur l'aspect de fragilité ou de sentiment de se projeter dans l'avenir : on a quand même un peu l'impression d'un mouvement brownien. Je m'excuse, mais moi qui suis dans le domaine de la santé depuis 25 ans maintenant, je dois vieillir, mais plus le temps passe, plus j'ai l'impression d'un mouvement brownien permanent avec des textes qui se surajoutent à des textes avant même qu'on ait pu regarder s'ils ont eu un effet, si on a pu les mettre en œuvre, s'ils ont pu donner quelque chose. Le plan régional de santé publique précédent, nous on en avons fait une évaluation intermédiaire ; j'ai beaucoup de mal aujourd'hui à reprendre cette évaluation intermédiaire (dans la région Centre, je ne parle pas des autres régions bien sûr) pour voir comment on peut utiliser et thésauriser sur les expériences qu'on a acquises, avec des effets positifs, des effets négatifs, et les reprendre...parce qu'on est dans un autre contexte, avec d'autres acteurs, et j'ai donc plutôt l'impression de régresser. Par exemple si je prends la santé publique et la promotion de la santé, j'ai l'impression qu'il faut que je reprenne mon bâton de pèlerin pour « reconvaincre » des acteurs que la prévention et la promotion de la santé, c'est

important pour la santé, il n'y a pas que les soins. Donc on se retrouve avec une conférence régionale de santé et de l'autonomie, dont les acteurs qui ont changé, avec des pouvoirs qui ont aussi un petit peu changé, et donc avec un curseur qui s'inscrit plus sur le soin aujourd'hui que sur la prévention ou la promotion de la santé. Donc premier point c'est : quel principe de justice veut-on ? Deuxième point c'est : quand même dans ce mouvement brownien ce serait bien qu'on puisse avoir effectivement les outils ; car on en dispose des outils, on les a, on sait comment suivre un certain nombre de politiques, ce n'est pas très nouveau qu'on fasse de l'évaluation de politiques publiques. Mais on n'a pas le temps de les faire, et même quand on les fait, on a déjà changé de politique. Donc ça c'est un vrai problème.

Intervention d'une personne du public

Geneviève Imbert, fondation nationale de gérontologie. Je voulais juste apporter peut-être une hypothèse explicative à ces dysfonctionnements, sans avoir la prétention de faire une reconstruction historique. En termes de santé publique qui n'avance pas, ou de régression, vous avez pas mal insisté lors de cette table ronde sur les expériences canadiennes. J'ai fait un doctorat à Montréal donc j'y suis particulièrement sensible et j'ai une culture plutôt anglo-saxonne de la santé publique. A mon avis en France il y a un problème qui est tout simple : la santé publique est majoritairement portée par des médecins de santé publique avec le paradigme hippocratique, et ces médecins de santé publique véhiculent essentiellement l'épidémiologie, donc là on se retrouve avec la promotion de la santé qui est un peu en décalage, la prévention aussi, avec la difficulté d'inscrire ces actions de prévention dans les réalités, et avec toujours cette vision hospitalo-centrée alors que finalement la santé publique est partout. Ce constat appelle quelque chose de très simple, c'est que la santé publique ne se construit pas seulement autour des médecins de santé publique, même si on en a besoin, elle se construit avec des acteurs dans une démarche pluri-inter-transdisciplinaire.

Cécile Courrèges

Par rapport aux deux dernières interventions, je pense qu'on est en train fondamentalement de changer de conception de la santé. Et la notion de territoire nous y renvoie beaucoup. Je crois que la notion de territoire est en train de faire exploser le modèle hospitalo-centré qui prévalait avant. Parce que souvent, effectivement, jusqu'à présent l'action de santé était conçue à l'échelle d'un établissement de santé, au sein d'un établissement de santé. Et aujourd'hui, en devant réfléchir à l'échelle d'un territoire de santé, tel qu'on y travaille, on ne réfléchit plus du tout à la même échelle et plus du tout avec les mêmes acteurs. Nous sommes obligés de voir de façon plus large, plus transversale. Donc je crois qu'on est en train de sortir de ce modèle-là, et c'est ce que nous observons dans le cadre des ARS. Le retour que j'ai ce n'est pas du tout celui des acteurs de prévention qui se sentiraient noyés dans le grand modèle que sont la CSRA ou les ARS. C'est plutôt celui des hospitaliers qui aujourd'hui ne se retrouvent plus dans le précédent modèle où ils étaient, où ils avaient une instance, une administration qui leur était en plus réservée, l'ARH, l'Agence Régionale d'Hospitalisation, des crédits qui étaient dirigés presque exclusivement vers le secteur hospitalier. Ils ont aujourd'hui, eux, beaucoup plus de mal à se retrouver dans un système où au contraire on fait une place beaucoup plus large à des notions telles que les territoires, à des approches populationnelles, donc à des approches bien connues de la santé publique mais moins

connues des acteurs hospitaliers, et donc je pense qu'on est en train d'évoluer vers une tendance de fond qu'on sentait venir, et je pense que les acteurs de prévention sont quand même beaucoup mieux armés pour s'en sortir avec ces concepts là que d'autres acteurs.

Marie-Rose Gras

Je voulais confirmer, car c'est vrai qu'au sein des conférences régionales de santé, on voit bien que la part des hospitaliers ne représente plus que 15%. Il y a une part beaucoup plus grande aujourd'hui pour les acteurs des territoires, si on peut les appeler comme ça. Dans ce sens-là on est obligé d'être un petit peu optimiste. Est-ce une lame de fond ou un effet de mode, c'est la question qu'on se posait tout à l'heure. Je reviens de Chine, de Canton, et c'est vrai que nous en France on est partis d'un constat et d'un état où l'assurance maladie pouvait apporter du bien-être à la population de manière assez globale et sans exclusive. C'est vrai qu'aujourd'hui on s'aperçoit qu'on régresse un peu, en termes d'accès, parce qu'il y a du déremboursement, etc., et on le ressent comme une injustice parce qu'on n'était pas habitués à ça. Mais quand on va dans des pays émergents, par exemple la Chine, les discussions ne sont pas du tout de cet ordre là. Les questions ne vont pas du tout dans ce sens, au contraire, on envie des systèmes de santé avec des couvertures maladie universelles, si on peut dire. Et on se demande même comment cela peut exister. A Singapour, par exemple, cela fonctionne beaucoup avec des fondations, avec des fonds privés. Pour prendre un exemple que je connais bien, la greffe rénale, là-bas c'est uniquement par des dons qu'on arrive à faire en sorte que les gens soient greffés ou bénéficient de traitements pour l'insuffisance rénale. C'est vrai qu'ici on est en France, on est sur cette thématique santé des populations sur les territoires, avec une grande réforme, HPST, dont on ne sait pas encore ce que ça va donner. Je ne devrais pas le dire, mais j'ose le dire quand même : peut-être qu'il faudrait qu'on regarde un petit peu autour de nous ...et on serait un peu moins étonnés qu'on ne puisse pas avoir accès à tout, à tout moment et comme on veut. Parce que, quelque part, il faut aussi réguler.

Matthieu Méreau

Mr Toussaint, vous avez fait un exposé décapant, brassant et embrassant des tas de paramètres et de données issues du monde économique. J'ai vu des têtes notamment à la tribune faire oui quand vous avez présenté le plafonnement et les limites des rendements de la production de blé par exemple. Vous avez fait de nombreux développements sur les indicateurs de performances et les limites de la croissance, les limites qu'on peut voir dans un système. (Alors que Mr Rush, lui, a plutôt parlé de qualité, d'efficience et d'équité). Quelles précisions pouvez-vous apporter sur ces notions de performances et de limites ?

Jean-François Toussaint

Un rapport de 1972 s'intitulait précisément « les limites de la croissance ». Ce rapport, réalisé par Donnella et Dennis Meadows, avait été commandé par le club de Rome auquel appartenait Jacques Delors. Il a pisté un certain nombre d'orientations pour l'avenir, avec des moyens qui, vous l'imaginez, n'étaient en 1972 pas ceux de nos prothèses cérébrales ou de nos ordinateurs actuels. Il

aboutissait à 3 grands scénarios : celui d'une diminution des rendements, avec notamment l'érosion des sols, celui de l'augmentation considérable des pollutions, et celui de la raréfaction des ressources - on en voit un exemple actuel avec les métaux stratégiques dits « terres rares » en Chine. De possibles mesures d'adaptation étaient également proposées. Deux évaluations ont ensuite été réalisées, à partir d'observations continues durant les quatre dernières décennies ; elles ont été publiées en 2004 et 2008. Or le constat, plus de trente ans après, montre que le scénario le plus proche de la réalité était celui du « *business as usual* » accumulant tous les risques... Tout a été écrit, tout a été montré, mais 40 ans après aucune mesure préventive n'a pu aboutir : pas de décision internationale, pas de changement de cap. Copenhague, Londres, Cancun la semaine prochaine, sanctionne une énorme difficulté : celle de l'interaction des hommes et des sociétés, pour tenter de répondre à des questions dont le constat est pourtant établi depuis fort longtemps. Maintenant allons-nous pouvoir, compte tenu des contraintes qui ne cessent de croître, faire bouger ces leviers, enchaîner des décisions qui, face aux pertes - de biodiversité, de ressources hydriques – pourraient limiter les reculs déjà initiés sur certains de nos indicateurs ? Rien n'est sûr.

Ma dernière remarque reviendra sur le terme d'inégalité, sur ce constat d'une différence, que je précisais au début de mon propos. Ces différences sont génératrices de diversité, et dieu sait si la diversité culturelle est essentielle à la richesse d'une nation et d'un peuple. Mais cette diversité ne serait-elle pas aussi l'une des conditions de notre survie collective ? Si c'est le cas, la question de la réduction des inégalités se pose en d'autres termes quant à nos nécessaires adaptations.

Matthieu Méreau

Pour conclure, je vais demander à chaque intervenant de répondre en une phrase à une question. Sur le thème du congrès « santé, territoires et populations », chacun d'entre vous, qu'attendez-vous de l'avenir, qu'est-ce que vous espérez à court terme, quelles sont vos priorités ?

Emile Olaya

Si le législateur ne considère pas que ma réflexion est blasphématoire, je dirais que la loi HPST est une partition, que ce sont les hommes et les femmes qui vont la jouer et qui en feront quelque chose d'audible et d'agréable à entendre. Mon espoir est précisément que nous arrivions ensemble à jouer cette partition. A nom de l'URML que je représente, je renouvelle son offre de partenariat étroit avec vous. La médecine libérale n'a jamais été aussi prête à participer aux débats, aux changements, aux aménagements qui se font aujourd'hui dans la prise en charge des populations, sur le plan de la santé ou de la maladie. Il nous appartient de développer ces partenariats, mais dans un cadre qui soit lisible. Vous évoquiez le mouvement brownien : ce mouvement brownien est inquiétant pour tout le monde, il peut être inquiétant pour nous comme pour vous, et il rend la lisibilité aléatoire et la participation encore plus. Donc tâchons les uns et les autres de développer ces partenariats dans la plus grande lisibilité possible des outils qui nous sont offerts, en particulier par le législateur.

Cécile Courrèges

Je vais être très prosaïque : mon avenir est à quelques semaines... pour l'instant, il s'agit simplement d'avoir des conférences de territoires qui aident l'agence à porter des projets de santé sur les territoires et qui fassent définitivement éclater les frontières entre les différents champs de la santé. Ce sera aussi simple que cela.

Marie-Rose Gras

Einstein disait que l'utopie c'est ce qui n'a pas encore été réalisé. Moi je crois profondément dans l'action humaine, je pense qu'il faut saisir les opportunités quelles qu'elles soient, que ce soit la crise, que ce soit les inégalités de territoires, pour en faire un outil de mobilisation. Et à partir de là c'est l'engagement qui va compter, c'est vraiment ce que vont en faire les acteurs des territoires qui va faire en sorte que les réformes qu'on est en train de vivre actuellement vont être un échec ou une réussite.

Bernard Basset

Encore plus synthétique : j'espère que les territoires permettront la mise en œuvre d'une politique de santé globale, élaborée démocratiquement.

Emmanuel Rusch

Pour revenir à votre question précédente, effectivement je n'ai pas utilisé le mot performance, j'ai parlé d'efficacité et d'efficience. Je n'ai rien contre le terme de performance si ce n'est qu'il a un historique. Pour reprendre l'ouvrage d'Alain Ehrenberg sur ce point, derrière la notion de performance il y a un déplacement de la responsabilité du collectif vers l'individuel, c'est pour cela que je préfère les termes d'efficacité et d'efficience qui me semblent moins connotés par rapport à cette responsabilité individuelle ou collective.

Mon souhait serait plutôt que la promotion de la santé s'inscrive plus dans le paysage du système de santé, avec les valeurs éthiques qui sont derrière.

Jean-François Toussaint

Le partage de l'effort et une philosophie de l'acceptation (qui n'est pas celle du renoncement) : il faut tenter, ensemble, mais savoir aussi accepter sa limite. Enfin conserver notre lucidité pour discerner les facteurs modifiables et faire jouer ces leviers. Sur l'ensemble des conclusions exprimées, c'est ce qui nous permettra sans doute de conserver le plus de ressources pour faire face aux difficultés à venir.