

Cycle "Éthique et santé publique"
La Société Régionale de Santé Publique
du Languedoc-Roussillon organise

**"La santé publique
s'ouvre à de nouvelles
compétences :
quelle légitimité pour
quels métiers ?"**

Vendredi 23 mars 2012

Amphithéâtre de la Faculté d'AES

en partenariat avec la SRSP Poitou-Charentes et



Sommaire

OUVERTURE

l'éthique, un besoin individuel et/ou collectif dans les pratiques professionnelles des métiers en sp 4

Catherine CECCHI - Présidente SRSP LR, Vice Présidente SFSP

UN VOYAGE DANS LE TEMPS ET L'ESPACE DES MÉTIERS DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Un regard historique 5

Christine BONNET-CADILHAC, Gynécologue obstétricien, docteur en histoire de la médecine

Un regard de sociologue 8

Laurent VISIER, Professeur de sociologie, Université Montpellier I

QUELLES (DOUBLES) COMPÉTENCES DANS LE CHAMP DE LA SANTÉ PUBLIQUE SONT LÉGITIMES ET OBLIGATOIRES ET POUR QUELS MÉTIERS ?

L'apport des neurosciences et de la psychologie cognitive 10

Olivier OULLIER, Professeur au Laboratoire de psychologie cognitive, Université d'Aix-en-Provence Marseille

L'éthique face à la diversité et à l'inégalité 11

William SHERLAW, Enseignant chercheur à l'EHESP

TABLE RONDE: QUELLES SONT LES ATTENTES CONCRÈTES DE LA SOCIÉTÉ CIVILE EN TERMES DE MÉTIERS ET DE COMPÉTENCES DANS LE CHAMP DE LA SANTÉ PUBLIQUE ? LA PRISE EN COMPTE DES NOUVEAUX ENJEUX DE SANTÉ PUBLIQUE PEUT-ELLE FAIRE ÉMERGER DE NOUVEAUX MÉTIERS ?

Modérateurs : Catherine CECCHI et Jean-Louis BALMES, administrateur SRSP-LR

Intervenants : Patricia SARRAUX, Médecin, Directeur Pôle Santé publique, Nantes

Alain CORVEZ, Directeur Stratégie de l'ARS Languedoc Roussillon

Emmanuelle HAMEL, Responsable du Département Formation et Ressources de l'INPES

Patrice N'DIAYE, Doyen Faculté AES – Université Montpellier 1

Echange avec la sal .

QUEL EST LE CORPUS ÉTHIQUE COMMUN À CES NOUVEAUX MÉTIERS ?

Jean VALCARCEL - Doyen UFR Odontologie – Montpellier 1 - vice-président SRSP

Ouverture

Catherine CECCHI, Présidente SRSP LR, Vice Présidente SFSP

Je vous remercie pour votre participation au quatrième colloque que La société Régionale de Santé Publique du Languedoc Roussillon organise en partenariat avec la SRSP de Poitou-Charentes avec qui nous sommes en visioconférence, la Société Française de Santé Publique, l'Université de Montpellier 1 qui nous soutient depuis 3 ans dans cette démarche, la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie du Languedoc-Roussillon, le CHRU de Montpellier, le CRLC du Languedoc-Roussillon, j'en profite pour excuser son Directeur Général Jacques Domergue pour son absence mais qui est de tout cœur avec nous. Je remercie l'Université d'avoir mis ces magnifiques locaux à notre disposition pour cette manifestation, ainsi tous ceux qui ont œuvré à son organisation.

Philippe DOMY, Directeur Général CHRU de Montpellier

Je suis ici pour manifester le soutien à la Société Régionale de Santé Publique et souligner notre intérêt pour ses thèmes de travail, qui concernent au premier chef l'entreprise de service public que j'ai l'honneur de diriger.

La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) a institué la possibilité de créer des pratiques avancées et de se livrer à des expérimentations concernant des activités actuellement exercées sous forme de monopole médical, afin de concentrer la ressource médicale sur leur cœur de métier. Ce débat pose la question du positionnement professionnel et de l'émergence de nouveaux métiers. Ainsi, les consultations relatives aux lunettes pourraient être réalisées par des optométristes, alors que les ophtalmologistes sont en nombre insuffisant.

Bien évidemment, l'éthique fait pleinement partie des éléments à prendre en compte dans un tel contexte. Au sein du CHU de Montpellier, nous mettons en œuvre un vrai système d'information clinique. Cependant, ce dispositif, qui correspond à une véritable révolution culturelle en termes d'organisation, impose une remise en cause des manières de travailler des informaticiens, dont la culture professionnelle est très éloignée des objectifs portés par le projet, et des personnels de soins qui ne se sont pas encore approprié ce système. Le progrès technologique, susceptible de faire émerger de nouveaux métiers, doit donc s'accompagner d'une préoccupation éthique.

Directeur d'hôpital, je suis donc très concerné par vos travaux, alors que mes responsabilités couvrent des problèmes de gouvernance et de dynamisation, de mobilisation des ressources humaines. L'éthique n'est pas un obstacle à l'audace.

Jean Valcarcel, Doyen Faculté Odontologie - Université Montpellier 1 - Représentant Philippe Augé –Président Montpellier1

Le succès de ce colloque dépend de votre participation. Je tiens tout d'abord à excuser Philippe Augé, Présent de l'UM1, retenu par des responsabilités de dernières heures.

Nous évoluons dans un système de fonctionnement « tubulaire », dans lequel la prise de décision est verticale. Dans ce contexte, nous éprouvons souvent des difficultés pour intégrer les mouvements transversaux caractérisant la réalité de notre environnement. Les professions

qui s'enrichissent de nouvelles compétences sont peu nombreuses. La difficulté est que nous n'avons parfois pas assez d'imagination, ni la vision claire de ce que nous pouvons faire.

Le cadre éthique peut nous aider à mieux positionner les métiers et leur permettre d'évoluer. L'imagination, qui vient souvent de l'extérieur, peut nous aider à avancer. Nous devons donc mettre en place des processus avancés, ainsi que des comportements avancés.

Patrice NDIAYE, Doyen Faculté AES – Université Montpellier 1

La santé est une chose trop sérieuse pour la laisser aux seuls soignants. En tant que Président de la faculté AES, la seule université pluridisciplinaire droit/économie/gestion, je suis sensible à une approche multidisciplinaire des questions de santé. Par ailleurs, alors que les hôpitaux et les cliniques rencontrent des problèmes de gouvernance et de gestion des ressources humaines, nos formations et nos réflexions peuvent être utiles aux professionnels de la santé. Enfin, je tiens à dire mon plaisir d'accueillir la SRSP de Languedoc Roussillon.

Henri PUJOL, Président CRSA – LR

Le sujet qui nous réunit d'aujourd'hui est très difficile. Cependant, je vous incite à vous engager fortement, car si la santé publique est un objectif partagé, dans les faits cet objectif n'est pas atteint.

Je vous engage à trouver des pistes pour qu'apparaissent des « producteurs de santé » aux côtés des « producteurs de soins ». L'Etat pourrait donner l'exemple en désignant un conseiller santé auprès de chaque ministre et des structures déconcentrées de l'Etat. Cependant, ces conseillers devront être attentifs aux messages délivrés. Ainsi, un sondage a démontré que 30 % des personnes interrogées pensaient que le message « manger des fruits et légumes » figurant sur des barres chocolatées voulait dire que ces produits étaient présents dans les barres.

En tant que maire de commune rurale, j'ai fait une entorse grave à la santé publique en mettant en place un ramassage scolaire pour les enfants des hameaux voisins de l'école de la ville centre. Un Conseiller Santé du Préfet m'aurait demandé d'instaurer une demi-heure d'exercice supplémentaire à l'école pour compenser la mise en place de ce transport collectif. L'objectif de cette démarche serait donc d'instaurer des contre-pouvoirs au bénéfice de la santé. En effet, ne pas fumer, boire modérément de l'alcool, consommer régulièrement des fruits et légumes, et faire de l'exercice physique permettraient de réduire de 40 % les cancers et de diminuer les accidents vasculaires.

L'éthique, un besoin individuel et/ou collectif dans les pratiques professionnelles des métiers en SP

Catherine CECCHI, Présidente SRSP LR, Vice Présidente SFSP

L'éthique est un adjectif ou un nom faisant appel aux valeurs personnelles ou professionnelles. C'est aussi un nom féminin renvoyant à un concept philosophique ou à des conceptions morales qui dicte ses actes à une personne. L'éthique ne peut pas se concevoir sans la transparence.

André Compte Sponville distingue l'ordre moral de l'ordre éthique : la morale est ce qui est fait par devoir ; l'éthique est ce qui est fait par amour.

L'éthique admet la discussion et les paradoxes. Elle concerne particulièrement les raisons d'agir et la finalité de l'action. Elle n'est pas unique. Elle peut être individuelle, associative (autour de valeurs communes) ou professionnelle (structurée autour de métiers).

Il est possible de se demander si l'éthique répond à un besoin individuel ou à un besoin collectif. Cette question est centrale en matière d'éducation, notamment d'éducation à /pour/de la santé.

L'interrogation éthique se pose sous plusieurs formes : le devoir, la loi, la liberté...

Pour sa part, la formation se fait tout au long de la vie. Elle se fait souvent dans la perspective de développement des compétences. La compétence est, elle, indissociable de la formation et correspond à une combinaison de savoirs. En outre elle n'est pas possible sans le savoir, le vouloir et le pouvoir agir.

La réflexion éthique se pose lorsque se pose la question : « **Quoi faire pour bien faire ?** », lorsque les lois ou les directives sont muettes ou sont contradictoires. Cette question s'est posée dans le domaine de la santé. Le Comité Consultatif National d'Éthique a été créé en 1983. Vingt ans plus tard, la loi relative à la bioéthique demandait que tout projet de réforme sur les problématiques et les questions de société soulevés par les progrès de la connaissance dans le domaine de la biologie, de la médecine et de la santé, soit précédé par un débat public sous forme d'états généraux. La société devient donc un régulateur éthique.

Il est donc nécessaire de planter le décor éthique pour éviter les guerres de territoire et de compétence. Actuellement, nous entrons dans une notion de tuilage, qui conduit à un chevauchement des métiers.

L'éthique doit être intégrée dans les pratiques professionnelles du fait de différents facteurs : le croisement des champs de compétence, la pluridisciplinarité, les nouvelles organisations professionnelles, la nécessité de respecter le domaine de compétence de l'autre. Ainsi, la délégation de compétence pose un vrai problème en matière de santé publique.

L'éthique est un comportement face à une situation qui engage soi-même ou un groupe. Dans le domaine des pratiques professionnelles, il s'agit du besoin du « bien faire », qui s'acquiert par les formations, mais aussi par la pratique, dans le cadre d'un objectif de santé publique.

Un voyage dans le temps et l'espace des métiers de la santé publique

Un regard historique

Christine BONNET-CADILHAC, Gynécologue obstétricien, docteur en histoire de la médecine

En matière de santé publique, on reconnaît trois acteurs en présence, en interaction permanente qu'il faut, en matière d'histoire, toujours replacer dans le contexte de l'époque, dans son environnement social, démographique, sanitaire, économique, mais aussi religieux ou psychologique.

Que survienne un déséquilibre ou un événement sanitaire nouveau, il va agir sur ces trois composants et entraîner une réponse.

La population demande aux pouvoirs et à la médecine une solution. Soit que celle-ci tarde à venir, soit qu'elle soit inefficace ou mal perçue, la société va en quelque sorte sécréter ses propres réponses (pèlerinages, recherche de boucs émissaires, de médications protectrices....)

Au niveau de cette vacance, certaines individualités, le plus souvent issues de cette communauté, vont développer des compétences, le plus souvent pour aider leurs compatriotes ou pour en tirer profit. Tant que ces pratiques restent marginales ou non dangereuses, les autorités leur laissent place. Qu'elles prennent de l'importance ou pire, qu'elles soient efficaces, vont les rendre intolérables au corps médical.

Nous assistons alors chaque fois au même cycle : première phase de dénigrement des professionnels empiriques puis appropriation de la technique les médecins se disant spécialisés, enfin création par le pouvoir d'écoles de personnels sous la dépendance des médecins.

Nous aurions pu prendre d'autres exemples, mais nous avons choisi d'étudier le passage du rebouteux au kinésithérapeute, à travers l'exemple d'un rhabilleur qui eut son heure de gloire, Pierrounet de Nasbinals.

Pierre Brioude est né en décembre 1832 à Nasbinals, d'une famille modeste. Sachant juste lire et écrire, il commence tôt son apprentissage de berger, dont il gravit rapidement les échelons pour devenir à 17 ans « cantales » responsable d'un troupeau, grâce à son travail et sa patience.

La nature l'avait doté d'une faculté d'observation et de mains très grandes et puissantes aux pouces démesurés. Il commença à se « faire la main » sur des veaux qui s'étaient demis un membre en gambadant, puis il s'enhardit sur des bœufs, et enfin les poulains et les chevaux, beaucoup plus difficiles. Ses compétences étaient devenues si reconnues qu'il put en 1858 quitter le métier de berger pour celui de cantonnier qui lui laissait suffisamment de temps pour se consacrer à secourir son prochain. Car il se mit à soigner les hommes aussi, et sa notoriété dépassa rapidement les hauts plateaux de l'Aubrac. Il lui venait des estropiés, jusqu'à 30 par jour, même de Paris ou d'Amérique, ce qui fut une aubaine pour la petite ville qui l'éluait maire deux fois. Car, en 1880, il y avait un service de transport, 6 cafés auberges et 4 hôtels !

Ce qui excita la jalousie des médecins. Plusieurs actions furent intentées pendant 20 ans en vain, jusqu'en 1905, (il avait 72 ans) où il fut convoqué par le Tribunal correctionnel de Marvejols pour exercice illégal de la médecine, ce qui suscita l'indignation générale. Il y fut mené dans la voiture du maire, escorté de tous les notables du canton et d'une foule de sympathisants. Bien qu'il ne se fût pas payer et qu'il renvoyât aux médecins les cas qui dépassaient sa compétence, il fut condamné à 100 francs d'amende.

La légende raconte aussi qu'il fut un jour convoqué par la Faculté de Montpellier. Dans l'amphithéâtre où il se présente habillé de sa grande blouse de paysan, après avoir écouté les accusations de la docte assemblée, il sort un petit agneau apeuré. Il le cajole puis on entend quelques craquements et la pauvre bête toute luxée ne peut plus bouger. Il s'adresse en patois à l'assemblée pour la défier de le remettre en état. Mais personne n'ose relever le défi ; Alors en quelques manipulations, il laisse s'échapper tout gambadant l'agnelet.

Malgré l'interdiction qui lui avait été faite, il continua de soigner jusqu'à son dernier jour en septembre 1909.

Une souscription, lancée dans « l'Auvergnat de Paris », permis d'élever une statue à Nasbinals à son bienfaiteur, l'unique rebouteux à avoir été statufié.

Nous sommes au début du XIX^e siècle : l'application du microscope à la biologie par Leeuwenhoek et ses successeurs avait démontré que le corps était formé de cellules et de fibres, tandis que Lavoisier découvrait que la respiration était une combustion, mettant à mal les anciennes conceptions héritées d'Hippocrate et de Galien d'un corps régi par l'équilibre de ses quatre humeurs qu'on tentait de rétablir à grand renfort de purges et de saignées. Ainsi apparaissait l'idée d'un « corps machine » qu'on pouvait renforcer, corriger, améliorer, en accord avec cette civilisation industrielle en pleine expansion.

Première période des pratiques populaires

Dès 1820, naissent de façon indépendante divers métiers qui occupent ce nouveau champs.

Les masseurs qui renforcent les fibres, soulagent les douleurs, héritiers des rebouteux

Le tonus peut être renforcé par le froid : c'est la vogue des bains de mer, où l'on vient prendre le « choc de la lame », sous la protection du maître-baigneur. Les bienfaits de l'hydrothérapie sont appliqués alors en ville, dans les rivières ou dans les hôpitaux, remplaçant économiquement les cures thermales.

La gymnastique, d'abord militaire, pour faire de meilleurs soldats, s'étend dans les écoles, pour renforcer les corps, ouvrir les poitrines dans la lutte contre la tuberculose, redresser les bossus. Cette pratique ne cesse de trouver de nouveaux adeptes dans de nombreuses sociétés, sous la direction de maître de gymnastique

Mais dès 1850, une campagne de dénigrement au nom des bonnes mœurs de ces praticiens empiriques les font tomber sous la dépendance des médecins.

On assiste donc au transfert de ces connaissances au corps médical qui se les approprie. On mesure, expérimente sur l'animal, sur les malades, on établit des classifications des techniques, des néologismes sont créés : vers 1895 apparaît le terme de cinesithérapie ou

kinési. Les médecins ayant appris des masseurs le métier deviennent à leur tour des médecins-masseurs.

La modernité entraîne de nouvelles techniques : la faradisation, la mécanothérapie...

Mais l'arrivée de la grande guerre avec son lot d'éclopés, fait exploser la demande à laquelle le corps médical ne peut répondre. La récupération est beaucoup plus rapide (de l'ordre de 70%) avec l'aide du masseur pour renvoyer le blessé au front. Il va donc falloir former des élèves en 3 jours recrutés parmi les instituteurs, les professeurs de gymnastique et les sculpteurs...cette thérapeutique est même obligatoire sous peine de suspension de la pension d'invalidité.

Après la guerre, on crée même un diplôme de masseur-aveugle pour les soldats revenus aveugles du front, tandis que d'autres écoles sous la dépendance du corps médical voient le jour, mais le masseur médical très populaire, n'est toujours pas reconnu. Sous la pression des syndicats et des associations de ces praticiens, le diplôme est enfin reconnu en 1943.

Mais la gymnastique médicale ne peut résister longtemps au contrôle médical. Bien qu'en 1938 la « Société de culture physique médicale » régisse la profession, elle est très vite assimilée à celle des masseurs sous le nom de « masseurs - kinésithérapeutes » sous la dépendance de l'ordre médical.

Il y aurait bien d'autres exemples de cette « normalisation » par le passage forcé de la compétence au diplôme.

Un regard de sociologue

Laurent VISIER, Professeur de sociologie, Université Montpellier I

Selon le philosophe de la médecine Georges Canguilhem, la santé appartient à tous ceux qui la vivent.

1) *Le grand moment de la SP*

Un Pavillon de l'Hygiène trône parmi les exposants à l'Exposition universelle de 1878 à Paris, preuve que la question de l'hygiène est un sujet central depuis la moitié du 19^{ème} siècle. A ce moment, la ville, qui précédemment était un lieu pathogène, devient un moteur de santé. Au même moment, la santé publique vise à étendre le sujet de la santé à l'ensemble de la population. La santé publique va passer également du conseil au domaine de la loi et du règlement. Enfin, cette démarche d'origine scientifique cherche non seulement à comprendre les éléments permettant de garantir la santé, mais aussi de changer le monde. Gérard Jorland considère que ces évolutions sont portées par des pouvoirs locaux forts, alors que l'Etat français est, contrairement à une idée reçue, relativement faible.

La santé au XIXe siècle s'appuie sur plusieurs outils scientifiques. Le premier correspond aux mathématiques et aux quantifications (espérance de vie...), permettant de dépasser le simple cadre de la santé individuelle. Ainsi, Louis-René Villermé démontre dans *Les causes de la mortalité* les éléments sociaux déterminant la santé d'une population. Le second outil est la cartographie, illustré par les travaux de John Snow en Angleterre concernant la diffusion du choléra.

2) *Des racines plus anciennes*

Dès l'Antiquité, la référence incontournable est le Traité d'Hippocrate *Airs, eaux, lieux*, que chaque responsable de santé publique devrait lire tant il est d'actualité. Sa thèse est que la santé trouve ses sources dans l'environnement.

L'Antiquité porte aussi l'idée du « souci de soi » que l'on retrouve dans les derniers travaux de Michel Foucault, renvoyant à l'idée que le travail sur sa santé personnelle est ce qui nous constitue comme sujet moral. Etre acteur de sa santé est donc considéré comme une question éthique. Cette notion renvoie à un modèle reposant sur le conseil et l'incitation, qui existe parallèlement au modèle reposant sur l'interdiction et la réglementation. Elle se retrouve dans la parénétiq, c'est-à-dire l'éthique du conseil, décrite dans le traité *Du régime* d'Hippocrate.

Or la thématique du conseil est fortement réactivée à l'heure actuelle, à travers des appels à la responsabilité individuelle. En effet, il n'est pas possible d'agir uniquement de manière collective concernant le tabac, l'alimentation ou encore les exercices sportifs.

Au 19^{ème} et au 20^{ème} siècle, la question du « sujet autonome » a largement été laissée de côté. Avant la loi de 2002, la médecine curative renvoie au paternalisme médical : le médecin sait ce qui est bon et le patient n'a qu'à s'exécuter. En santé publique, des éléments de surplomb doivent veiller à ce que les individus se comportent comme il faut. Au 20^{ème} siècle, la question de la responsabilité du patient est délaissée au profit des notions de protection et de sécurité. Ainsi, la loi sur les accidents du travail de 1898 met en place une protection globale, à travers une assurance mutuelle, et conduit à déresponsabiliser le patron et le salarié afin d'éviter les conflits. Le système de protection sociale né après la Seconde Guerre Mondiale

s'inscrit également dans cette tendance. Le malade est protégé contre une maladie qui n'est pas de son fait. La maladie est considérée comme un fait de la nature, une fatalité.

3) *La fin d'une ère ?*

Mon hypothèse est que nous assistons à la fin du modèle de la maladie fatalité. Certes, l'épidémie de sida a été prise en charge dans le cadre du modèle en cours au 20^{ème} siècle. En effet, l'action publique a clairement différencié la figure du malade de la figure du fautif et a lutté contre la stigmatisation. Cependant, je ne sais pas si nous demeurons dans ce modèle.

En effet, dans le nouveau régime de responsabilisation, l'individu n'est pas responsable de la maladie, mais est comptable de sa santé. Il conduit à réintroduire la question des stigmates et de la culpabilisation. De manière provocatrice, il convient de se demander si ces éléments ne deviennent pas des nouveaux outils de la santé publique. Ainsi, une plaquette relative à la prévention du diabète indique : « Tu n'as pas choisi d'avoir le diabète, tu as le choix d'éviter ses complications ». Les dernières campagnes anti-tabac aux Etats-Unis s'inscrivent également dans une tendance à la stigmatisation afin d'obtenir une modification des comportements.

Autre enjeu, les inégalités socio-culturelles pourraient s'accroître dans un contexte épidémiologique et médical permettant de plus en plus d'anticiper et de maîtriser les questions de santé.

Enfin, dans le cadre d'une démarche axée sur la responsabilité, les comportements sont au cœur de l'action. La santé publique peut ainsi être considérée comme une politique des mœurs, c'est-à-dire des habitudes, des manières de vivre de chacun. Cette action a donc bien une dimension morale. La question de l'identité de ses spécialistes de cette morale devra être posée.

Quelles (doubles) compétences dans le champ de la santé publique sont légitimes et obligatoires et pour quels métiers ?

L'apport des neurosciences et de la psychologie cognitive

Olivier OULLIER, Professeur au Laboratoire de psychologie cognitive, Université d'Aix-en-Provence Marseille

Je précise en premier lieu que je ne suis pas médecin et que les propos que je vais tenir n'engagent pas les institutions pour lesquelles je travaille.

Notre espère « intelligente » fait la démonstration au quotidien que, malgré une connaissance étendue et diverse, une information sans cesse plus grande, elle va à l'encontre de ce qui est bien pour elle. Ainsi, il semble que le pourcentage de fumeurs est identique chez les médecins et dans la population globale. Cependant, ce taux semble en forte diminution chez les oncologues. Cet élément démontrerait que, si l'information en soi ne suffit pas, l'expérience pourrait participer à la modulation de ces comportements.

Nous pouvons donc nous demander si l'information est suffisante. Ainsi, dans quelle mesure une personne souffrant d'un trouble mental peut donner un consentement éclairé ? Par ailleurs, comment un patient peut faire un choix entre deux traitements proposés par un médecin ? En parallèle, un patient se plaindra de ne pas se voir offrir un choix.

Dans le même temps, les orientations en matière de politique publique sont déterminées en fonction de considérations économiques, un secteur qui envisage des êtres rationnels réalisant de bons choix. Cette démarche conduit à considérer comme une anomalie le fait que les êtres humains sont influençables et peuvent avoir des sautes d'humeur.

Mes travaux de recherche relative à l'imagerie cérébrale portent sur la façon dont les humains prennent leurs décisions. En effet, il n'existe à l'heure actuelle aucun modèle permettant de comprendre comment les humains fonctionnent. Or mes travaux me conduisent à penser qu'il est difficile d'utiliser ces nouvelles technologies sans s'intéresser à la psychologie, dans le cadre d'une approche écologique de la perception et de l'action, prenant en compte l'humain dans ses environnements.

Cette approche va à l'encontre de politiques publiques décidées au sommet sur la base d'outils obsolètes permettant de connaître les comportements des gens. Ainsi, les questionnaires et les sondages sont biaisés, même lorsqu'ils sont bien faits.

Dans le cadre des études de psychologie sociale, l'adhésion spontanée d'une norme sociale a été notée. Les individus ont une tendance spontanée à adopter un comportement perçu comme majoritaire. C'est pourquoi la promotion d'un comportement vertueux ne doit pas communiquer sur l'absence de comportement vertueux, comme le prouve l'échec patent d'une récente campagne anglaise destinée à lutter contre le *binge drinking*, qui soulignait que la majorité des adolescents boit.

Il convient désormais de savoir comment intégrer les nouvelles découvertes des neurosciences afin d'aider les gens, de considérer l'humain, sans conflit et sans lutte de

chapelles entre spécialistes. Je n'ai pas de formation initiale en médecine ou en santé publique, mais les travaux que nous menons depuis quinze sur la manière dont les gens prennent des décisions doivent avoir une place dans la prévention en santé publique. Cependant, une telle démarche implique de repenser un système fondé sur un modèle « *top down* ».

Ainsi, le courant du « paternalisme bienveillant » vise à développer des stratégies comportementales d'ergonomie permettant d'orienter les gens vers des comportements considérés comme meilleurs. Sur les campus américains, la simple suppression des plateaux dans les cafétérias permet de diminuer de moitié le gaspillage de la nourriture et de faire baisser le poids des étudiants. Cependant, la première fois que j'ai cité cette mesure, elle a été qualifiée de liberticide, sans que personne ne s'interroge sur les stratégies des industriels agro-alimentaires.

Les sciences cognitives nous permettent d'utiliser de nouveaux instruments de mesure, qui ont aussi leurs biais, mais qui permettent d'améliorer la connaissance des comportements humains. Il convient désormais de savoir comment intégrer ces formations dans les formations à la santé publique. Cette démarche, par exemple des tests sur la trajectoire du regard, permettrait de constater que la mention www.mangerbouger.fr sur les produits sucrés. Il serait également nécessaire de communiquer positivement concernant le goût des fruits et légumes, dans la mesure où le cerveau enregistre plus de satisfaction lorsque l'on consomme un produit valorisé. L'industrie agro-alimentaire maîtrise parfaitement ces éléments. Dans ces conditions, il convient de se demander pourquoi la démarche de santé publique n'en fait pas de même, en s'appuyant sur les laboratoires de santé publique.

L'éthique face à la diversité et à l'inégalité

William SHERLAW, Enseignant chercheur à l'Ecole des Hautes Etudes en santé publique

Dans un monde incertain, complexe et globalisé, l'hypothèse de notre travail est que l'éthique concerne les choix d'actions et la justification de ces choix, que ce soient les choix pour soi-même et/ou les choix influençant les décisions des autres. Ces derniers, par ailleurs, ne devraient pas, en santé publique, être traités de manière désincarnées et décontextualisées. En outre, notons que nos choix d'actions, sur le plan individuel et collectif, dépendent d'éléments présents dans l'environnement, mais aussi de notre capacité à exploiter ces ressources, ainsi que de la volonté politique de les mettre en œuvre.

Mon hypothèse est que l'éthique en santé publique est liée à notre conception de la santé publique, en particulier à la manière dont nous appréhendons la santé et la relation entre l'individu, les autres et l'environnement socioculturel et physique. La justification des choix d'action est en partie fondée sur les preuves apportées par la recherche concernant le risque, la santé, le bien-être, et la manière dont ces données sont pondérées par d'autres valeurs. De façon très schématique, on peut distinguer, d'un côté, les approches qui mettent en exergue l'individu et sa responsabilité concernant sa propre santé et, de l'autre, les approches soulignant l'importance déterminante du contexte socio-économique et culturel sur la santé. Dans le premier cas, on met en relief une causalité proximale, dans le second une causalité plus distale. Ainsi, s'il est évident qu'une personne peut décider de ne pas fumer ou de fumer, ce qui augmenterait le risque d'une mauvaise santé, il est également nécessaire de prendre en considération le fait que les personnes issues de milieux socio-économiques bas sont plus

susceptibles de fumer davantage et de montrer plus de résistance aux campagnes antitabac que les personnes des milieux socio-économiques plus favorisés. Par ailleurs, les recherches semblent, paradoxalement, suggérer que, pour prendre conscience des avantages qu'il y a à arrêter le tabac, les personnes doivent se trouver dans la perspective de jouir d'une vie dans laquelle faire attention à leur santé prend tout son sens, plutôt que de considérer qu'arrêter le tabac est la clé à une vie et une santé meilleures, optique souvent constatée dans les situations précaires. On peut dire que la santé fait sens une fois qu'un certain confort, qu'une sécurité socio-économique sont atteints.

A partir de là, on peut considérer que toute personne peut développer la capacité d'effectuer des choix et de les justifier rationnellement. Ceci est également valable chez les professionnels de la santé publique. Cette capacité n'est pas une affaire de logique pure. Elle dépend notamment de la capacité des personnes d'être autonomes. Selon Dawson (1994) et Duncan (2010) on peut distinguer deux façons d'appréhender l'éthique : d'une part, selon les règles et les codes de déontologie professionnelle qui nous guident et règlementent nos actions (« outside-in »), d'autre part à partir d'un exercice de questionnement personnel et d'un débat collectif sur l'éthique (« inside-out »). ... Cette deuxième modalité peut être développée via des études de cas mais aussi et surtout à travers et à la suite des problèmes d'éthique qui surgissent de façon quotidienne dans notre exercice professionnel. Dans notre monde si incertain, il convient de développer une capacité de réflexion sur l'éthique à partir de laquelle on peut fonder nos actions, puisqu'il n'existe pas forcément de règles et/ou de protocoles pouvant s'appliquer à toutes les situations qui pourraient surgir. Ce laboratoire pourrait devenir un modèle pour guider la prise en compte de personnes plus vulnérables que nous. La santé publique doit en effet considérer ce que les sociologues anglo-saxons appellent « structure and agency », expression dans laquelle « agency » est la capacité qu'ont les êtres humains à impacter sur le monde par leur action ; et « structure » signifie les relations sociales qui construisent le contexte social. Au lieu de faire une opposition stérile entre les deux, il est nécessaire de considérer comment les professionnels de la santé peuvent faciliter l'« agency » des personnes vulnérables, telles que les femmes migrantes ou les personnes handicapées, en se faisant médiateur auprès d'autres services (comme le logement) qui ont la possibilité d'influer sur les projets de ces personnes.

C'est pourquoi il convient de percevoir les synergies et les tensions caractérisant une démarche de santé publique entre l'individu, le monde professionnel et la société. Il est important, surtout, de comprendre que chaque personne dispose de capacités différentes pour exploiter les ressources de son environnement (accès à la santé, à l'éducation, à la culture, etc.). Les personnes peuvent, par ailleurs, avoir des désirs contradictoires, à l'instar des politiques publiques. Aussi, si nous avons le but louable de réduire les inégalités entre pays –et entre personnes handicapées et personnes non-handicapées - pour l'accès aux soins, cet objectif égalitaire peut néanmoins entrer en conflit avec d'autres objectifs tels que le respect des cultures des individus. Un bon exemple est celui du traitement de la surdité : il existe un débat difficile entre, d'un côté, ceux qui visent une réduction du handicap en préconisant l'implant des cochléaires dès le plus jeune âge et, de l'autre, la communauté des sourds qui tend à célébrer sa différence en promouvant la langue des signes (politique de reconnaissance).

Sur le plan plus large de la promotion de la santé, si les démarches de marketing social liées à l'idée d'un paternalisme bienveillant comme « Nudge » - peuvent jouer un rôle dans le fait de favoriser certains choix favorables à la santé, il reste néanmoins crucial de comprendre que le plus grand déterminant de la santé est celui lié à l'inégalité sociale. Ainsi, dans la même

ville, en l'occurrence Glasgow, on peut trouver, au niveau de l'espérance de vie, entre deux quartiers proches, des écarts allant jusqu'à 17 ans. Et, en France, il existe, entre les classes ouvrières et les cadres, des écarts bien connus concernant l'espérance de vie sans incapacité. Ainsi, selon l'Observatoire des Inégalités, « l'espérance de vie, calculé à partir de l'âge de 35 ans, des cadres sans problèmes sensoriels et physiques est de 34 années, contre 24 chez les ouvriers, soit un écart de 10 ans. En clair : non seulement les cadres vivent plus longtemps, mais aussi en meilleure santé. » Le défi pour les professionnels de la santé publique est de développer des compétences pour s'assurer d'une bonne articulation entre, d'une part, la nécessité d'une justice sociale forte, informée par les données de l'épidémiologie sociale (causes distales), et d'autre part, les approches non-stigmatisantes d'éducation de la santé qui prennent en compte la diversité inhérente à l'humanité.



Table ronde

Quelles sont les attentes concrètes de la société civile en termes de métiers et de compétences dans le champ de la santé publique ? La prise en compte des nouveaux enjeux de santé publique peut-elle faire émerger de nouveaux métiers ?

Modérateurs : Catherine CECCHI et Jean-Louis BALMES, administrateur SRSP-LR

Intervenants :

Patricia SARRAUX, Médecin, Directeur Pôle Santé publique, Nantes

Alain CORVEZ, Directeur Stratégie de l'ARS Languedoc Roussillon

Emmanuelle HAMEL, Responsable du Département Formation et Ressources de l'INPES

Patrice N'DIAYE, Doyen Faculté AES – Université Montpellier 1

Catherine CECCHI

Avant de commencer cette table ronde, je vous prie d'excuser l'absence de Rémy Gagnaire et Bernadette Devictor l'un pour des raisons familiales et l'autre pour des raisons personnelles ne peuvent malheureusement pas être parmi nous aujourd'hui.

Jean-Louis BALMES

Je souhaite évoquer l'image d'une copropriété entre médecins, malades et citoyens. Par ailleurs, si l'on prend en compte la dimension européenne, le mot « santé » va devenir pluriel car ce secteur regroupe des législations différentes, des formations différentes, des compétences différentes et des équivalences à trouver. Par ailleurs, la crise économique et la financiarisation de la santé nous obligent à ne plus gaspiller. Enfin, alors que l'on évoque parfois la médecine personnalisée, je préfère parler de médecine de la personne, alors que le dossier personifié rompt parfois le lien entre le médecin et le malade. En effet, le médecin est conduit à dire l'anormalité, ce qui pose une question d'éthique.

Catherine CECCHI

Quels sont les besoins de santé émergents portés par les acteurs de santé et les collectivités territoriales ?

Alain CORVEZ

La santé publique oscille toujours entre l'observation et l'action. Nous avons hérité de la tradition hygiéniste, qui est encore très présente au niveau des collectivités territoriales, mais qui était également une tradition étatiste. Ainsi, La rénovation de Paris a été réalisée par un

Préfet, Haussmann, qui a imposé la construction d'immeubles dans des conditions permettant un ensoleillement permettant de lutter contre la tuberculose.

Par ailleurs, la santé publique a un volet « gentil », et un volet « catastrophique » à travers l'apparition récurrente de nouvelles menaces (SRAS, sang contaminé...). Cette dualité produit un dilemme entre la volonté de laisser les choses évoluer et la volonté d'intervenir.

Or à une époque caractérisée par des politiques de temps court, dans laquelle on demande une résolution rapide des problèmes, la santé publique s'inscrit dans le temps long : il s'agit d'une culture, voire d'une représentation sociétale. Elle vise à comprendre, coordonner, observer.

Didier Tabuteau considère que les décideurs en santé publique doivent prendre en compte trois éléments. Tout d'abord, l'action en santé publique doit prendre en compte l'héritage que l'on reçoit. Par ailleurs, les acteurs actuels ne percevront pas le bénéfice des actions qu'ils engagent. Enfin, les responsables doivent être conscients que l'on retiendra surtout les décisions qui n'auront pas été prises alors qu'ils étaient en capacité d'agir.

Selon les bons manuels, la santé publique intéresse les populations d'un territoire, ce qui revoie à la prévision, et non au hasard. Ainsi, les problèmes induits par le vieillissement de la population sont prévisibles. De plus, ces problématiques concernent des populations nombreuses. Il convient ensuite de vérifier l'existence de référentiels permettant de savoir que faire, puis de vérifier si l'on est en capacité d'agir. Or puisque la santé représente 11,7 % de notre PIB, nous disposons des moyens de mener une politique de santé digne de ce nom.

En Languedoc-Roussillon, quatre priorités ont été définies :

- les maladies chroniques, qui vont concerner une large population au cours des années à venir, et qui représentent un coût très important, alors que la cartographie génomique permettra une meilleure prévision et une meilleure action en la matière ;
- les personnes âgées (320 000 en Languedoc-Roussillon), dont les déterminants majeurs en termes de santé publique sont la fragilité et pauvreté ;
- les jeunes (300 000 adolescents en Languedoc-Roussillon, dont 100 000 posent problèmes et 60 000 requièrent une prise en charge, mais dont seuls 14 000 sont effectivement pris en charge) ; pour lesquels les solutions résident dans l'interaction entre les acteurs ;
- les addictions (450 000 buveurs excessifs en Languedoc-Roussillon ; 400 000 fumeurs atteints de pathologies induites).

Concernant les métiers, il convient de laisser les nouveaux métiers émerger librement, dans le cadre d'une dynamique de santé publique. Cependant, si les acteurs de la santé publique sont très motivés, nous devons savoir corriger les défauts de notre système, à savoir sa haute spécialisation, ses cloisonnements et sa faible coordination. Les métiers de la coordination devront être développés. En outre le système devra se concentrer sur la prévention. De nouveaux métiers seront issus de la société civile ou des acteurs. Les institutions devront pour leur part faire évoluer les mentalités des décideurs politiques, dont certains peuvent avoir une vision étriquée de la santé, en s'aidant des patients, qui constituent un allié de taille.

Patricia SARRAUX

Le monde de la santé doit s'adapter aux évolutions très rapides de la société. Ainsi, certaines pathologies ont explosé au cours des 25 dernières années : maladie du légionnaire, maladie d'Elzheimer... Dans ce contexte, la santé publique fait le lien entre la santé de l'individu, c'est-à-dire le volet curatif, le rôle croissant des associations, mais aussi le développement de la notion de santé urbaine, c'est-à-dire l'organisation permettant d'assurer le bien-être des habitants d'une ville, alors qu'existent d'importantes inégalités territoriales et sociales en matière de santé.

La manière dont les politiques publiques peuvent intégrer la santé constitue un enjeu nouveau. Les élus sont désormais plus à même de comprendre la notion de bien-être des habitants. Ainsi, avec le nouveau plan de santé mentale, les villes vont devoir accueillir dans de bonnes conditions ces malades chroniques particuliers. Ce chapitre couvre par ailleurs la santé environnementale (qualité de l'air, nuisances sonores...). Ceci implique d'intégrer la problématique de la santé dans l'ensemble des politiques d'une ville.

Ainsi, à Nantes, un travail a été initié autour de la légionellose, après le décès d'une personne de 40 ans. Cette démarche a imposé de mobiliser un grand nombre de services, et a notamment conduit à intervenir au niveau du bâti et à surveiller la qualité de l'eau. Un « Monsieur Légionelle » a été nommé. Cette problématique a conduit à impacter directement l'organisation des services et a permis de diffuser cette problématique dans plusieurs services.

Par ailleurs, dans le cadre du réseau français des Villes Santé de l'OMS, nous avons mis en place une sorte de *lobbying* afin que la santé soit intégrée au cœur des politiques. Ainsi, la rénovation des réseaux d'eau devra assurer un équilibre entre un objectif d'économie en eau et en énergie, et des contraintes de santé, alors que l'eau stagnante favorise le développement de la légionelle.

Emmanuelle HAMEL

L'INPES, créé en 2002, a pour objectif de promouvoir des comportements et des environnements favorables à la santé. Cette approche de promotion de la santé est large puisqu'elle couvre non seulement les comportements individuels, mais aussi les déterminants sociaux. En effet, des travaux du Haut Comité de Santé Publique font des inégalités sociales de santé un enjeu majeur.

Cette approche concerne l'ensemble des acteurs intervenant dans le champ de la santé, du social et de l'éducation, ce qui représente potentiellement 2,5 millions de professionnels en France. Par ailleurs, 250 000 étudiants sont chaque année formés dans ces métiers.

Sur la base des observations de l'INPES et des demandes qui lui sont formulées, trois fonctions se dessinent. La première correspond à une fonction de plaidoyer, afin de sensibiliser l'ensemble des acteurs concernés par ces questions de santé. Des argumentaires doivent notamment être rédigés afin d'inciter les décideurs à prendre en compte cette dimension.

La deuxième fonction correspond à la coordination, qui émerge à partir de trois points d'entrée (les usagers et les bénéficiaires des politiques publiques ; les professionnelles cherchant à améliorer leurs pratiques professionnelles et sortir des cloisonnements ; les décideurs à la recherche d'une plus grande efficacité des politiques publiques). La formalisation de cette coordination constitue un point important, alors que certains acteurs

peuvent exprimer un sentiment de dépossession. Il convient donc d'expliquer l'intérêt de la démarche et la manière de procéder. L'INPES a initié une démarche avec le Centre National de la Fonction Publique Territoriale et l'Agence pour la Cohésion et l'Égalité des Chances afin de développer la formation des coordinateurs santé des politiques de la ville.

La troisième fonction correspond à la participation des usagers. Initiée par la loi de 2002, cette fonction a été confortée par la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires votée en 2009. Il est désormais nécessaire de dépasser la question de l'association des usagers à la gouvernance pour s'intéresser à l'outillage et la formation des acteurs impliqués. Ainsi, la Conférence Nationale de Santé et de l'Autonomie s'est autosaisie du sujet de la démocratie sanitaire afin d'évaluer la manière dont les choses évoluent en région depuis le vote de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires.

Mon intervention ne permettra pas d'évoquer la place des différents intervenants (professionnels, associations...) dans cette démarche. Cependant, dans le modèle mixte qui existe en France, chacun devrait pouvoir trouver sa place. Il convient simplement de noter l'émergence de l'action des jeunes dans le cadre du service civique.

Catherine CECCHI

Quelles sont les demandes de formation exprimées par les étudiants en matière de santé publique ? Quelles sont les propositions de l'Université en la matière ?

Patrice N'DIAYE

Dans le domaine Droit-Economie-Gestion, plusieurs formations sont concernées : un Master 2 en droit de la santé, un Master 2 en droit de la protection sociale et un Master 2 de gestion des établissements de santé. Par ailleurs, la création d'une mention en droit et santé a été proposée, mais n'a pas été retenue.

Pour leur part, les étudiants de licence sont très peu acteurs de leurs formations. Nous n'avons pour l'instant pas été saisis sur la mise en place de formations correspondant aux différents champs de la santé publique.

Pour sa part, l'Université Paul Valéry propose une filière dans le domaine sanitaire et social, notamment une formation « Intermédiation et développement social ».

Patricia SARRAUX

Les villes veulent investir le champ de la santé communautaire. Cette démarche est difficile à concrétiser, car elle s'inscrit forcément dans la durée.

Emmanuelle HAMEL

Un certificat et un diplôme ont été mis en place par le CNAM en lien avec l'association AIDES et visent essentiellement à former des membres d'associations dans le cadre d'une démarche de validation des acquis de l'expérience. Cette initiative est intéressante car elle ouvre de nouveaux horizons et permet de répondre en partie à la demande de professionnalisation de certains acteurs.

Alain CORVEZ

40 % des professionnels du secteur sanitaire et social partiront en retraite au cours des cinq années à venir. Le besoin de formation est donc très important.

La notion de santé communautaire est intéressante, car elle rappelle que la santé correspond à une économie, et plus particulièrement une économie non-délocalisable. Nous devons simplement œuvrer à placer la santé publique au niveau d'un véritable mode de pensée, alors que de nombreuses nouvelles technologies vont impacter le domaine de la santé (télésanté, génétique...). Nous devons faire comprendre les enjeux et porter une vision collective de la santé publique. Enfin, il sera nécessaire de développer des démarches de mesure et d'évaluation des actions menées.

Échange avec la salle

Régine VELET, chirurgien-dentiste

Dans les pays scandinaves, la politique de santé publique est bien plus développée qu'en France. Comme l'a indiqué Monsieur Corvez, la prévention n'est pas suffisamment développée dans notre pays. Ne pensez-vous pas qu'il serait nécessaire de créer un véritable métier de « préventionniste » ?

Alain CORVEZ

La culture française de santé est peu orientée vers le volet collectif. De plus, elle est fortement caractérisée par le soin, voire l'hyper-technicité du soin. Cependant, les choses évoluent. La crise dans laquelle nous sommes pourrait nous amener à comprendre que nul ne détient seul la solution.

Jean-Pierre CARTON, représentant des usagers

J'ai cru que les représentants des usagers n'auraient pas la parole au cours de cette réunion. Les étudiants de la filière des métiers de la santé doivent savoir que des gens ont beaucoup travaillé pour faire évoluer les choses. Je suis à la disposition de tous ceux qui veulent poursuivre la réflexion en la matière.

Je tiens par ailleurs à souligner qu'à 1 500 mètres d'ici, un quartier devient un véritable désert médical. Des personnes se trouvent en détresse sanitaire.

Claudine TROADEC-ROBERT, conseillère municipale de la ville de Montpellier

Je participe au réseau français des villes de santé de l'OMS, qui se veut acteur du développement de la politique de santé publique. La France dispose d'atouts en la matière, notamment un réseau associatif dense dans ce secteur. Malheureusement, ces dernières sont impactées par la baisse des moyens des collectivités locales. Ainsi, la ville de Montpellier ne peut pas développer des ateliers santé ville dans le cadre du contrat urbain de cohésion sociale, faute d'aide. Dans ces conditions, nous constatons un problème d'accès aux soins pour les plus démunis. C'est pourquoi la Ville de Montpellier a créé un centre de premier secours. Par ailleurs, dans le cadre du réseau français des villes de santé de l'OMS, nous participons à un groupe de travail national consacré à l'adolescence.

Monique VIVIER, coordinateur SSR en Rhône-Alpes

La Région Rhône-Alpes a mis en place une coordination dans chaque territoire de santé, chargée de coordonner l'action des territoires. Au quotidien, le métier de coordinateur n'est

pas simple, car il se confronte parfois à des jeux de pouvoir figés. En outre, la mise en place de l'ARS a tendu les relations, notamment avec les conseils généraux.

Je constate par ailleurs une grande complexité administrative induite par la politique du guichet unique. De ce fait, alors que la loi de 2005 relative au handicap était très généreuse, sa mise en œuvre dans le cadre des MDPH est très compliquée. Je veux notamment soulever les problèmes que rencontrent les handicapés lourds à l'issue de leur soixante-cinquième anniversaire.

Enfin, au niveau éthique, je suis parfois interpellée par la vision d'un malade dépourvu de responsabilité. Je pense notamment au cas des artéritiques qui continuent de fumer.

Alain CORVEZ

Il convient de s'écouter et de comprendre que chacun dispose d'une partie de la solution. Alors que nos moyens sont plus limités que par le passé, nous devons comprendre que l'addition des moyens des différents acteurs représente un montant considérable. Une démarche de rationalisation permettra de faire profiter un plus grand nombre de patients de la solidarité. Nous devons donc éviter les redondances et sortir d'une logique de « propriétaire » parfois héritée des lois de décentralisation, se traduisant par des compétences exclusives. Nous devons être passionnés par une cause, celle du soin des populations, ce qui doit nous conduire à travailler en commun dans le cadre de projets.

En effet, de nombreux pays obtiennent de meilleurs résultats en matière de santé publique tout en disposant de moyens bien moins importants que ceux mobilisés en France. La démarche de rationalisation doit donc faire partie de nos responsabilités d'acteurs publics.

Patricia SARRAUX

Nous travaillons actuellement sur les contrats locaux de santé. Dans ce cadre, la ville de Nantes ne veut pas être prestataire de l'ARS, mais bien co-constructeur d'une politique de santé, en s'appuyant sur les compétences de chacun.

Catherine CECCHI

La problématique des nouveaux métiers émergents est beaucoup plus prégnante dans les petites communes que dans les grandes villes, qui disposent de moyens financiers importants. En effet, la France compte beaucoup de communes rurales, et l'intercommunalité ne résout pas tout.

Alain CORVEZ

Dans les villes, des personnes n'ont pas accès aux soins alors que l'offre de soins est proche. Au contraire, dans les zones rurales, les solidarités s'opèrent souvent mieux.

Une intervenante, infirmière dans un EHPAD

Les EPHAD sont confrontés à une fuite de compétences. Faut-il renforcer la transversalité pour faire face à ces pénuries de personnel ?

Jean VALCARCEL, Doyen UFR Odontologie – Montpellier 1 - vice-président SRSP

Le principal défi consiste à fixer des compétences dans un territoire et d'offrir des possibilités d'évolution. Pour les établissements, l'une des possibilités consiste à offrir à ces

personnels la possibilité de travailler dans différents établissements ou différents secteurs. Le principal problème auquel nous sommes confrontés est que nous ne savons pas comment identifier les niveaux de compétences adaptés à certaines fonctions.

Alain CORVEZ

Le problème posé est celui de la soutenabilité financière du dispositif. En effet, nous sommes dans une hypocrisie totale vis-à-vis des personnes âgées. Grâce aux démarches de santé publique, la durée de vie a été augmentée de trois mois par an depuis des décennies. De ce fait, les personnes âgées entrent à 85 ans dans les maisons de retraite. Elles ont donc besoin de soins et d'attention. La question de la médicalisation de ces espaces institutionnels se pose. Bien évidemment, cette évolution a un coût. En effet, à l'heure actuelle, 90 % des plus de 75 ans vivent à leur domicile. De plus, le niveau de revenu moyen des femmes de plus de 75 ans est souvent compris entre 700 et 1 000 euros, ce qui induit un reste à charge de 2 000 euros environ en cas de séjour en maison de retraite. Or la médicalisation de ces établissements induirait un surcoût. Il est donc nécessaire qu'une démarche politique forte intervienne afin de prendre en compte le cinquième risque, alors que nous allons être confrontés à l'arrivée au grand âge de la génération du *baby-boom*.

Patricia SARRAUX

La médecine génère des personnes en mauvaise santé. Mon intervention n'est pas politiquement correcte, mais les médecins devraient peut-être avoir en tête les conséquences de certains traitements et de certaines réanimations.

Jean-Louis BALMES

Le risque est partout. Il faudra le dépister et élaborer des stratégies en fonction de son intensité. Si nous ne le faisons pas, nous serons accusés d'incompétence.

Il convient notamment de réfléchir à l'impact des délégations de compétence sur la question de la responsabilité. Cette problématique impose une démarche de formation en déontologie.

Enfin, responsable d'une association d'anciens usagers dans le domaine de l'addiction, nous devons gérer des personnels dont les compétences sont strictement définies par des fiches de postes. Or toute démarche visant à ouvrir ces compétences pose des problèmes de responsabilité. Un travail doit donc être réalisé afin de réfléchir à la définition de ces postes.

Karine BRIOTT, Comité Départemental d'Education à la Santé

Je m'interroge sur la notion des nouveaux métiers. En effet, j'ai suivi il y a 15 ans une formation me permettant d'exercer un métier de « préventionniste », ou ingénieur en promotion de la santé. Cependant, ce métier n'est pas vraiment soutenu par l'Etat, alors qu'il concerne 600 personnes en France.

Un intervenant, directeur d'hôpital

Plutôt que de nouveaux métiers, il faudrait parler de nouveaux emplois. En effet, nous devrions nous appuyer sur des personnels bien formés capables d'exercer plusieurs emplois. Au contraire, multiplier les métiers conduit à créer des intervenants aux compétences limitées.

Par ailleurs, l'Université a oublié de citer l'UFR-STAPS.

Enfin, il convient de citer de nouveaux métiers qu'il convient de développer dans d'autres secteurs. Ainsi, dans dix ans, 30 % de la population ne saura pas lire.

François LARGUEZ, psychologue

Le CODES fédère des professionnels des soins et des représentants du Conseil Général dans le domaine du mal être des jeunes. Il est donc possible de réunir différents intervenants respectant les compétences des autres.

L'an prochain, le moratoire sur la gratification des étudiants sera levé. Tous les étudiants qui ne seront pas gratifiés ne pourront pas voir leur stage validé. Or les directeurs d'hôpitaux indiquent ne pas disposer de budget pour rémunérer ces stagiaires.



Quel est le corpus éthique commun à ces nouveaux métiers ?

Jean VALCARCEL

Doyen UFR Odontologie – Montpellier 1 - vice-président SRSP

1. Synthèse

Un métier est défini comme un ensemble cohérent d'activités professionnelles regroupant des emplois pour lesquels un certain nombre de compétences sont identifiées. Par ailleurs, un métier, c'est une profession, c'est-à-dire l'exercice de ce métier au quotidien. Il convient ensuite de citer les compétences, les acquis et l'ensemble des éléments de transformation de son activité.

La notion de poste renvoie pour sa part à une vision économique, puis à la notion de concurrence générale, aux besoins reconnus et à l'identification des besoins, qui parfois est déficiente.

Pour sa part, la notion de statut fait apparaître les blocages. En effet, les nouveaux métiers ne sont pas reconnus par un statut. Le système semble donc inamovible.

Dans ce contexte, l'éthique pourrait consister à reconnaître l'évolution et l'autonomie dans l'évolution dans les métiers. C'est pourquoi je préfère la notion de cadre diplômant à la notion de métier.

La responsabilité et l'autonomie sont deux éléments qu'il convient de valoriser.

Au niveau universitaire, la formation consiste à permettre à des gens d'acquérir des compétences. Cependant, aux côtés des formations universitaires existe la validation des acquis de l'expérience. Par ailleurs, le système LMD est conçu pour acquérir des compétences tout au long de sa vie. Ce système, relativement cadré, devrait permettre de répondre à des besoins exprimés par le terrain dans le cadre de schémas de compétences. L'Université tente de s'adapter à cet objectif. La démarche doit permettre d'offrir un corpus commun et de développer les compétences dans le cadre de stages.

Il convient donc de définir une somme de compétences pour les nouveaux métiers, plutôt que de définir un nouveau métier pour chaque nouvelle problématique.

2. Les bornes éthiques

Les approches métiers ou professionnalisantes sont mal comprises car elles sont élaborées par l'Etat. A l'heure actuelle, les personnes enrichissent leur pratique professionnelle au moyen de pratiques usuelles. En effet, savoir s'occuper de quelqu'un, savoir parler à quelqu'un, ne sont pas des compétences institutionnelles et ne peuvent être évaluées d'un point de vue méthodologique. Ceci explique que la réponse à de nouveaux besoins ne peut être évaluée et ne fait pas l'objet d'une reconnaissance et d'une rémunération spécifique. Or le développement d'un nouveau champ devrait s'accompagner d'une méthodologie permettant de la valoriser.

Il convient de faire preuve de réactivité, afin de permettre des délégations. Or ce secteur est cloisonné, puisqu'il s'attaque à des aspects politiques. En effet, la confiance et la

complémentarité s'opposent à la concentration et au corporatisme des métiers établis. Cette situation est la source de conflits qui sont à mon avis fictifs, dans la mesure où certains besoins ne sont pas couverts.

Or il existe un besoin éthique de reconnaître l'évolution professionnelle comme diplômante, un besoin éthique de réorganiser les tâches à travers des délégations, des coopérations ou des inter-formations. Enfin, il est nécessaire de considérer l'évolution professionnelle comme un cadre de compétence en mouvement.

3. *Les possibilités d'évolution*

Le médecin est le seul autorisé juridiquement à déroger au principe d'intangibilité du corps humain. Les autres métiers sont créés par défaut. Le cadre juridique doit donc être assoupli.

Par ailleurs, le transfert graduel de compétence, qui diffère de la délégation de compétence, doit conduire à reconnaître la connaissance de terrain. Il est donc nécessaire de développer des référentiels susceptibles d'évoluer.

A l'heure actuelle, pour la DHOS, le référentiel d'activité est attaché à un référentiel d'activité. Il renvoie à un diplôme, un référentiel de compétence qu'il sera possible de modifier grâce à la formation. Le problème est que les référentiels évoluent très lentement.

4. *Les pistes*

La première piste consisterait à imposer une démarche de reconnaissance des compétences de terrain, afin par exemple de modifier un statut.

La deuxième piste consiste à imposer la fluidité des relations interprofessionnelles, dans le cadre de la mobilité des compétences dans le cadre d'un temps inter-partagé.

Enfin, la troisième piste correspond à utiliser les contextes de besoins comme contexte de création.

Face aux besoins exprimés par la population, ce qui renvoie à une réflexion relative aux médias, un nouveau métier correspond à une action et à un acte permettant de répondre au besoin. La structuration correspond à la construction d'un réseau ou d'un service à l'échelle d'un territoire, avant de mener une démarche d'évaluation. Ce schéma repose sur des acteurs responsables, qui sont en réalité des professionnels dont les compétences progressent, sous la responsabilité d'une coordination relevant du pouvoir décisionnel. Mettre en œuvre ce schéma permet de résoudre les situations sur le terrain. Un dispositif ayant cette fluidité peut notamment fonctionner sans chef.

Ainsi, aux Etats-Unis, ce schéma a permis d'identifier des infirmières praticiennes, spécialisées dans des activités de soins, de consultation, voire de recherche. Par ailleurs, des assistants médicaux, sans diplômes, assurent des actes très simples sous la supervision d'un médecin.

Les différents métiers susceptibles d'être concernés par une telle démarche concernent des :

- professionnels de santé coordonnateurs de réseaux ;
- professionnels experts ;
- professionnels de pratiques avancées ;

- case managers ;
- conseillers en santé et en gestion des environnements ;
- promoteurs, coordonnateurs et organisateurs de réseaux de santé, d'information et d'éducation des systèmes et des comportements ;
- spécialistes des risques

L'éthique impose donc de revoir la vision du métier et l'organisation des rapports entre intervenants. Il existe par ailleurs une éthique financière.

