Ethique et santé publique
De nouvelles collaborations partenariales en santé publique
Les limites, les possibles, l'acceptable

12 mars 2010
Montpellier

Séminaire organisé par la ***Société Régionale de Santé Publique du Languedoc Roussillon***

Avec le soutien de la ***CRS du LR et de Montpellier Université 1***

En partenariat avec la ***Société Française de Santé Publique***

2010

La Société Régionale de Santé Publique du Languedoc-Roussillon, en partenariat avec la Société Française de Santé Publique et avec le soutien de la Conférence Régionale de Santé du Languedoc-Roussillon et de Montpellier Université 1, a organisé à Montpellier, dans le cadre d'un cycle "Ethique et Santé Publique", un séminaire sur le thème «De nouvelles collaborations partenariales en santé publique - Les limites, les possibles, l'acceptable».

La santé publique ne se limite plus seulement au champ de la santé, il s'ouvre à d'autres champs comme celui du droit, de l'urbanisme, de l'environnement, du médico-social… mais aussi à d'autres acteurs issus de cultures différents : publiques, privées, mutualistes, industrielles ou d'horizons variés comme l'industrie agro-alimentaire, pharmaceutique, du développement durable, des transports….

Cette mosaïque d'acteurs amenés à travailler ensemble oblige à une réflexion sur la codification de ces nouvelles relations qui en se mettant en place, doivent définir et respecter une éthique commune.

Cette journée a été l'occasion d'échanger sur ces nouvelles pratiques où la santé publique se positionne dans une approche beaucoup plus transversale. Elle a permis d'aborder les différentes facettes indispensables aux nouvelles collaborations partenariales en santé publique qui vont se mettre en place dans le paysage recomposé de la santé. Ces nouvelles collaborations passeront souvent par la contractualisation, pour mieux définir leurs limites. Les stratégies utilisables pour prévenir les conflits ont été discutées et largement abordées.

Les expériences variées d'acteurs publics ou privés issus de cultures différentes, ont permis de mieux connaitre l'existant dans ce domaine.

Les leçons de l'expérience ouvrent des perspectives de travail en commun qui vont nécessiter c'est sûr, un changement de comportement dans les relations entre partenaires issus de disciplines différentes.

A travers de nouveaux besoins émergents en santé, il est fort à parier que l'éthique va devenir un enjeu majeur pour tous les acteurs impliqués en santé publique.

Catherine CECCHI
Présidente SRSP du Languedoc-Roussillon
Vice Présidente SFSP

SOMMAIRE

OUVERTURE 4

P. AUGE, Président de l'Université Montpellier 1,
H. PUJOL, Président Conférence Régionale de Santé du Languedoc-Roussillon
C. CECCHI, Présidente SRSP du Languedoc Roussillon - Vice Présidente SFSP

LES NOUVEAUX PARTENARIATS EN SANTE PUBLIQUE : QUELS ENJEUX ETHIQUES ? 7

Modérateurs : G DURAND GORRY (PH) J L BALMES (Professeur des Universités)
***M.-T. BRUGUIERE** (Sénateur),*
***L. VISIER** (Ecoles des Hautes Etudes en Sciences Sociales)*

LES LIMITES DES NOUVELLES COLLABORATIONS : LA CONTRACTUALISATION 12

Modérateurs : G MERCIER (MD) J VALCARCEL (Doyen Faculté Odontologie)
***F. VIALLA** (Professeur Droit de la Santé – Montpellier)*

A LA LUMIERE DES EXPERIENCES… 15

Sanofi-Aventis - *D. ACHALME* *(Directeur des Affaires Publiques Languedoc-Roussillon)*
GDF Suez - *J.-P. RICO* *(Responsable Grands Projets région Languedoc-Roussillon)*
Mutualité Française - *M. ZAMICHIEI* *(Conseiller auprès du Directeur Général)*
CHU de Montpellier-Nîmes-Clinique Kenval - *P. MARES* *(CHU Nîmes)*

DES CULTURES DIFFERENTES, COMMENT PREVENIR LES CONFLITS ? 21

***P. KAMMINGA** (Avocat -Juriste - Professeur Enseignant Chercheur Stanford)*
***P. KAMMINGA-DIMEGLIO** (Avocat-Juriste- Enseignant Chercheur Stanford)*

ECHANGES AVEC LA SALLE 25

LES LEÇONS DE L'EXPERIENCE A TRAVERS LES POINTS DE VUE DE. 29

Modérateurs : C CECCHI (Présidente SRSP LR), C PAILLARD (DG La Perle Cerdane)
***B. GARROS** (Président INPES)*
***D.-R. TABUTEAU** (Vice Président SFSP- Responsable Santé publique Sciences Politiques Paris)*
***R. DEMEULEMESTEER** (Médecin de Santé Publique -INPES)*
***V. LEVY-JURIN** (Présidente Réseau Français des Villes- santé de l'OMS)*

ECHANGES AVEC LA SALLE 36

SYNTHESE 39

***H. SANCHO-GARNIER** (Professeur Emérite)*
***P. DUJOLS** (Professeur des Universités)*

Ouverture du séminaire

Philippe AUGE
Président de l'Université Montpellier 1

C'est avec beaucoup de plaisir que j'ouvre ce séminaire consacré à l'éthique et à la santé publique. Le thème de cette journée et l'université partagent un certain nombre de problématiques communes. La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) est en train de faire évoluer les nouveaux partenariats ; de même, la loi relative aux libertés et responsabilités des universités (LRU), votée en août 2007, pose clairement aux universités la problématique des nouveaux partenariats, noués avec l'Etat et les acteurs publics, mais aussi les entreprises et les associations. Au niveau de l'université, les partenariats public-privé (PPP) concernent surtout la politique immobilière ; des PPP devront aussi être conclus dans d'autres domaines, en veillant à leur équilibre financier et en prenant en compte des tierces parties (ex : usagers, associations, etc.) directement intéressées par ces contrats. Ainsi les préoccupations de santé publique – qui doivent s'inscrire dans une approche globale – sont aussi celles des acteurs universitaires.

Henri PUJOL
Président de la Conférence Régionale de Santé du Languedoc-Roussillon

En tant que Président de la CRS du Languedoc-Roussillon, j'ai vécu une aventure extraordinaire. Il nous a été demandé de préparer le plan régional de santé publique. Nous avons travaillé avec conviction la méthodologie sur cinq grands thèmes. Notre travail a ensuite été transmis au Groupement de Santé Publique, qui a mis à plat le plan pour en dégager quatre parties : bien naître, bien grandir, bien vivre et bien vieillir. Dans ce plan, les notions de santé, de bien-être et de bonheur me paraissent essentielles.

Le bien-être – social, psychologique, etc. – a été inclus dans la définition de la santé adoptée par l'OMS, et constitue ainsi un cœur de cible de la santé publique. C'est pourquoi les élus, les collectivités et les fabricants de médicaments doivent nouer des partenariats efficaces.

En Europe de l'Ouest, l'OMS a identifié les cinq facteurs de risques principaux suivants : le tabagisme ; l'abus d'alcool ; l'hypertension artérielle ; l'hypercholestérolémie ; le surpoids.

Ces facteurs sont essentiellement déterminés par les comportements individuels, mais ils dépendent aussi de la qualité de l'information des citoyens et de la qualité de la prévention sur ces facteurs de risque. Dans ce cadre, les élus, les partenaires associatifs et les partenaires industriels ont une volonté légitime que les citoyens soient en bonne santé.

D'ici quelques mois, sera mise en place la nouvelle gouvernance de la santé et de la prévention. Les cartes seront redistribuées par les « préfigurateurs ». Dans ce contexte, il me paraît essentiel de tenir compte de l'extraordinaire interaction actuelle entre les actes politiques, économiques, sanitaires et sociaux, qui constituent le cœur de cible de la santé publique.

Catherine CECCHI
Présidente SRSP du Languedoc Roussillon, Vice présidente SFSP

Je remercie l'équipe de la Société Régionale de Santé Publique (SRSP) et l'équipe de la Société Française de Santé Publique qui ont rendu possible l'organisation de ce séminaire. Je remercie aussi l'université de Montpellier 1 qui est prête à s'investir avec nous dans la continuité de cette réflexion. Le champ de la santé publique et de l'éthique est vaste, il touche de nombreuses spécialités et disciplines.

L'éthique peut être entendue sous deux formes, comme un concept philosophique lié à la morale ou comme un ensemble de conceptions morales qui dictent ses actes à quelqu'un. Dans le domaine de la santé, le serment d'Hippocrate est le type même d'un texte proposant un cadre éthique. En fonction des époques, les termes du serment ont beaucoup évolué. A l'époque helléniste, le serment commençait par « *Je jure par Apollon, médecin, par Esculape, par Hygée et Panacée, par tous les dieux et toutes les déesses….* » ; à l'heure actuelle, les premiers mots en sont « *En présence des maîtres de cette école et de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate…* ». L'environnement professionnel et sociétal n'est plus le même, il a lui aussi beaucoup évolué ; il ne peut pas ne pas être pris en considération lorsqu'on parle d'éthique qui constitue pour le poète Pierre Reverdy « l'esthétique du dedans ».

Le concept de santé quand à lui, est souvent entendu dans le sens de « non-maladie ». L'OMS qui définit la santé comme un état de bien-être, ne doit nous faire oublier qu'elle doit être comprise dans une approche globale, incluant soin et prévention et dont nous sommes tous acteurs.

La santé publique s'est longtemps confondue avec l'épidémiologie.

Elle se définit comme ayant pour but, « de protéger et d'améliorer le bien-être des individus, par le moyen d'une action concertée visant à assainir le milieu, lutter contre les fléaux sociaux, enseigner les règles d'hygiène, organiser les services sanitaires au titre de la prévention, du dépistage, du traitement et de la réadaptation, mettre en œuvre les mesures propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec la conservation et la promotion de la santé ». Cette définition est à la fois complexe et floue.

A l'heure actuelle, la santé publique dans sa nouvelle conception, repose sur une meilleure compréhension des déterminants de santé où styles et conditions de vie sont pris en considération. Les concepts de santé publique et d'éthique se croisent au niveau des champs économiques, environnementaux, organisationnels et éducatifs. La santé publique se positionne de façon beaucoup plus transversale. Elle conduit tous les acteurs de terrain, décideurs et responsables politiques à se connaître, se parler, se rencontrer, réfléchir ensemble pour faire ensemble des propositions d'action. Les conventions entre les acteurs apparaissent comme de plus en plus nécessaires et obligatoires. L'éthique est un de leur fondement et constituera probablement un garde-fou indispensable en particulier dans le domaine de la santé publique.

Les nouveaux partenariats en santé publique quels enjeux éthiques ?

Les débats étaient modérés par Ginette DURAND GORRY (PH) et Jean Louis BALMES (Professeur des Universités).

Jean Louis BALMES

Les enjeux de l'éthique se posent dans la définition des objectifs, mais aussi dans les moyens pour les atteindre, et dans la politique de communication et d'information. Ces enjeux sont chaque fois remis en cause par les progrès techniques, les encadrements législatifs, ainsi que l'évolution de la valeur des valeurs. Comme nous n'avons pas tous une culture sanitaire, il est nécessaire que les parties, avant d'établir des contrats, se mettent d'accord sur ce qui ne fait pas partie de l'éthique (ex : certains critères économiques et juridiques), et sur les valeurs éthiques qu'ils vont retenir et qui seront opposables au cadre du contrat.

Le principe de précaution – un avatar du principe de responsabilité – s'est décliné en principe de présomption. L'heuristique de la peur, développée à travers l'application du principe de précaution, nous conduit à prendre une certaine gestion des risques, qui devrait être revisitée à l'occasion des contrats.

Ginette DURAND GORRY

Marie Thérèse Bruguière est sénateur, maire de Saint Aunes, commune de 2850 habitants, membre au Sénat de différentes commissions et délégations dont celle de la culture, de l'éducation et de la communication, de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes, membre de la délégation sénatoriale aux collectivités territoriales et à la décentralisation

Quels sont les enjeux éthiques dans les nouveaux partenariats en santé publique ?

Marie Thérèse BRUGUIERE

Valeur essentielle de nos sociétés, la santé est devenue une priorité sociale fondamentale. La politique de santé qui tend à mettre en

œuvre cette priorité exige et exigera encore plus de nouvelles ressources, que les autorités publiques auront de plus en plus de difficultés à dégager. Dans ce contexte, les PPP sont devenus indispensables, sous réserve que nous soyons capables de les encadrer par un ensemble de règles éthiques.

La nécessité de PPP répond surtout à des impératifs économiques de base, mais elle est aussi gage d'efficacité. Face aux besoins de santé croissants, les finances publiques de nos collectivités et de nos grands organismes institutionnels peinent à suivre depuis plus de dix ans. Au-delà de leur intérêt purement financier, les PPP sont un gage d'efficacité, car ils permettent d'accélérer la réalisation des projets, de garantir leurs performances dans le temps, de favoriser l'innovation et sa diffusion à l'ensemble de la collectivité, et de mieux répartir les risques.

Dans le domaine des établissements pénitentiaires, ces partenariats sont vitaux pour concilier les difficultés financières et l'objectif de qualité du service public. Ils se limitent le plus souvent à des services de soutien (ex : jardinage, restauration, etc.), et non à une amélioration qualitative de la qualité de soins. Lors d'une récente visite à la prison de Villeneuve-lès-Maguelone, j'ai pu constater que des entreprises extérieures intervenaient pour assurer l'ensemble des services.

La récente décision de Sanofi-Aventis de s'allier aux principaux organismes de recherche académique en France est de bon augure pour la recherche médicale. Les avantages des PPP ne seraient d'aucune valeur s'il n'était pas pris en compte le respect des règles éthiques. Celui-ci résulte de l'examen des risques à éviter, des principes à respecter et du consensus à élaborer.

S'agissant des risques, il faut se demander en quoi le financement par l'industrie influe sur l'éthique médicale. L'introduction de valeurs marchandes dans ce domaine ne risque-t-elle pas de remettre en cause les principes mêmes du fonctionnement de notre système et de ses valeurs de base ?

Selon l'OMS, les trois principes suivants doivent être respectés dans le cadre des partenariats :

- l'intention bénéfique en termes de santé ;
- l'autonomie de tous les partenaires, qui cherchent à concilier les difficultés financières et l'objectif de qualité ;
- l'équité, qui doit conduire tous les partenaires à porter leurs bienfaits sur les personnes qui en ont le plus besoin.

L'ensemble des acteurs de santé obéissent à des règles déontologiques. Il convient néanmoins de s'assurer que les acteurs publics et privés agissent de la façon la plus responsable, en privilégiant les besoins du plus grand nombre, et non des intérêts uniquement marchands ou sectoriels. Dans ce contexte, un consensus devrait être élaboré sur la base du bon sens (ex : travailler sur des objectifs communs, définir les rôles et responsabilités de chaque partenaire, faire en sorte que chaque partie tire des avantages distincts du projet commun). Le consensus appelle à la transparence et impose de proscrire les partenariats passifs. Pour intensifier et pérenniser les PPP dans le domaine de la santé, il faut veiller au respect d'un minimum de règles éthiques.

Ginette DURAND GORRY

Laurent Visier, vos travaux récents portent sur les handicapés au travail et les professionnels dans les quartiers sensibles. Quel est le point de vue du sociologue sur les nouveaux partenariats en santé publique et sur leurs enjeux éthiques ?

Laurent VISIER

Il est sociologue, chercheur et enseignant à l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.

Il y a quelques décennies, la santé individuelle dominait les perspectives de santé publique. Il était d'usage de regretter la faiblesse de la culture de la santé publique. Aujourd'hui, la situation a changé. La force de la santé publique contemporaine est due à l'avènement d'« affaires de santé publique », comme celle du sang contaminé.

L'éthique ne se limite au bon sens, car elle doit être formulée comme un questionnement complexe. En outre, force est de constater – en étant très bref – que l'éthique et la politique sont très comparables, puisque toutes deux consistent à faire des choix et à organiser une délibération en fonction d'un bien recherché. La santé publique revêt une dimension éthique puisqu'il n'existe pas une voie univoque qui permettrait de passer des savoirs scientifiques aux décisions politiques. Il n'y a éthique que parce que l'on considère que plusieurs choix sont possibles.

Les deux préalables que je viens de mentionner vont me permettre d'appréhender les trois questions suivantes :

- **la normativité de la santé publique**
  La santé publique doit être définie comme une entreprise normative – voire moralisatrice, car elle porte en elle une définition du bien. En ce sens, elle porte une nouvelle forme de morale – aussi forte que les morales passées. Michel Foucault a ainsi développé le concept de biopolitique. De son côté, Norbert Elias considère que les questions de norme nouvelle s'inscrivent dans un processus de civilisation, c'est-à-dire une forme de régulation de la violence sociale.

  Vers les années 60-70, la thématique de la « médicalisation » de la société était d'actualité, alors qu'aujourd'hui, on parle plutôt de « sanitarisation » de la société.

  Cette emprise de la santé est d'autant plus forte que l'idéal de santé est partagé par tous. Dans ce contexte, la santé individuelle est devenue un moyen pour atteindre une fin. Ce glissement s'observe dans le serment d'Hippocrate, puisque la version antique appelait à agir pour le bien du malade, alors qu'un dévouement à la santé est mis en avant dans la version de 1995, utilisée par le Conseil de l'Ordre des Médecins.

- **la justice sociale**
  L'histoire récente de l'éthique en santé peut être décomposée en trois phases. La phase 1950-1970 se caractérisait par le respect de l'humain et l'humanisation des milieux de santé. La phase 1970-1980 était, quant à elle, fondée sur les droits individuels et la remise en cause du paternalisme médical, au nom du principe kantien de l'autonomie de chaque individu. Depuis les années 90, les dimensions socio-économiques et politiques sont devenues déterminantes et valorisent un impératif de justice et d'équité. La question de l'équité est récente et problématique, car le mode de pensée des régulations et de la distribution des biens est utilitariste, c'est-à-dire que l'on considère que le bien commun est la somme des biens des individus. En procédant ainsi, on peut augmenter la santé globale d'une population, tout en diminuant l'espérance de vie d'une partie de la population.

- **la place de l'individu contemporain et démocratique**
  Depuis l'avènement de la protection sociale au XXe siècle, l'individu n'est pas tenu responsable de son état. Cette parenthèse dans l'histoire est peut-être en train de se refermer. Dans ce contexte, la santé publique va occuper une place essentielle des points de vue de l'éthique, de l'équité et de la

place de la personne. Le patient contemporain demandant de plus en plus à être responsable, une part de sa responsabilité pourrait lui être imputée. Au cours de la période à venir, les enjeux d'équité en santé publique seront donc beaucoup plus forts que durant le demi-siècle passé.

Les limites des nouvelles collaborations : la contractualisation

Ginette DURAND GORRY

François Vialla est maître de conférences à la faculté de droit de Montpellier. Juriste, vous êtes responsable du Centre européen d'études et de recherche droit et santé que vous avez créé.

Quelles sont les limites des nouvelles collaborations et des nouveaux aspects contractuels ?

François VIALLA

L'utilisation du mot « éthique » dans l'intitulé de ce séminaire traduit une mutation de la société au cours de ces dernières décennies, liée à la recherche d'un impératif entraînant un effritement de plus en plus marqué des carcans disciplinaires ; celui-ci s'appelle, dans la loi HPST, un décloisonnement disciplinaire, qui est désormais doublé d'un décloisonnement fonctionnel et structurel dans le champ de la santé. L'OMS définit la santé comme un état de complet bien-être, qui ne se limite pas à une absence de maladie. Le bien-être social fait donc partie de la santé ; il faut donc décloisonner pour parvenir à ce bien-être.

Dans le champ de la santé, il nous faut échanger et dialoguer ; l'avenir ne semble pu être à l'initiative du « moi, je », mais du « nous » ou du « nous-nous ». L'entreprise est louable, car réserver l'initiative et le contrôle à un unique point de vue peut être source de dérive. Ainsi la santé a connu de multiples « affaires ». En outre la crise économique que nous traversons tend à démontrer qu'il est dangereux de laisser une profession jouer avec les intérêts de la société. Il est donc nécessaire de moraliser les relations institutionnelles public-privé dans le champ de la santé. Cette moralisation n'est plus mystique – comme par le passé –, mais sécularisée. En outre la relation profane-initié entre le médecin et son patient est devenue une relation ignorant-savant. Dans les temps actuels, l'ignorant a tendance à être informé.

La moralisation sécularisée nécessite un consensus limité dans le temps et dans l'espace, qui reflète à la fois nos valeurs et nos désirs moraux. L'éthique traduit alors une rencontre équilibrée et éphémère de points de vue.

Un espace éthique peut être un lieu d'échanges louables, mais dans une société en manque de repères, il n'est pas étonnant de voir que l'éthique prend une place de plus en plus importante dans la prise de décisions collectives, notamment dans le champ de la santé. On peut alors regretter que l'éthique soit parfois affichée comme une vérité à suivre, alors qu'elle était initialement un outil d'aide à la prise de décision et à l'évolution de la règle. Didier Sicard parle à ce sujet de « normativité de bonne conscience ».

On assiste ainsi à une métamorphose de la pensée juridique. Les références à l'éthique se font toujours plus nombreuses (ex : code éthique des entreprises en franchise, éthique animale, etc.). Concernant la condition humaine, la juriste Martine Herzog-Evans estime qu'il n'appartient plus à l'analyse juridique de démontrer l'humanité de l'homme, celle-ci devant s'imposer par nature au droit – le changement de paradigme est total ! Nous apprenons alors que nous sommes dignes parce que nous sommes membres de la famille humaine, et non plus parce que nous sommes des personnes. Cette révolution peut être source de dérive, comme l'illustre Tristan Engelhardt, lorsqu'il écrit en 1986 que les enfants, les cérébro-lésés, les vieillards et les attardés mentaux ne sont pas des personnes. Il faut donc se méfier d'une dérive d'autonomie qui sacraliserait l'humanité, au détriment de la personne.

L'éthicisation de la société porte à la fois un risque d'euphémisation éthique et un risque d'instrumentalisation de l'éthique. En outre, force est de constater qu'un risque de fissuration des mécanismes juridiques classiques peut se poser dans la recherche de consensus ou de compromis équilibré (ex : règles bioéthiques).

L'autonomie de la volonté fait-elle naître du contrat partout dans la relation de soins ? Le contrat et la contractualisation sont-ils en santé publique l'outil qui traduit réellement la création d'obligations au sens juridique du terme ? Peut-on considérer aujourd'hui que dans l'organisation de l'offre de soins, la relation médecin-patient – s'apparentant, par le passé, à une relation d'obéissance entre un seigneur et son cerf – est devenue une relation multipartite, qui engage tous les acteurs dans un même effort de contractualisation, chacun ayant des obligations envers les autres.

L'outil juridique du contrat ou de la contractualisation est en passe de remplacer les mécanismes classiques du droit dans une approche structurelle de l'offre de soins. Classiquement, la planification de l'offre de soins réside dans la loi et dans l'acte administratif. Ainsi les

politiques publiques reposent traditionnellement sur des modes unilatéraux d'action pour le bien public.

Cependant l'acte administratif unilatéral semble passer de mode dans la gouvernance publique, en France et dans le reste de l'Europe. Ainsi le contrat s'impose de plus en plus au détriment de la loi, et devient omniprésent dans les politiques de santé. S'agit-il pour autant de véritables contrats ?

Si l'on peut répondre par l'affirmative pour certaines coopérations sanitaires public-privé, il en va tout autrement pour le Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), qui est entendu comme un mode de gouvernance négociée, mais non équilibrée entre les parties.

Depuis la loi de 2002, le patient est devenu majeur, car apte à consentir. Toutefois on peut aujourd'hui douter de l'utilité du versant contractualiste dans la relation de soin entre le médecin et son patient. Par ailleurs force est d'admettre que l'autonomie de la volonté permet de responsabiliser les relations. Enfin il convient de constater qu'en santé publique, le droit est généralement incapable de mettre en place les droits qu'il affirme (ex : *quid* du droit du malade au respect de la vie privée en établissement de santé ; *quid* du droit à l'oubli dans l'accès à l'assurance et aux prêts bancaires).

A la lumière des expériences …

Les débats étaient modérés par Jean VALCARCEL (Doyen faculté d'odontologie) et Grégoire MERCIER (Médecin de santé publique).

Didier ACHALME,

Directeur des Affaires Publiques Languedoc-Roussillon de Sanofi-Aventis *dont la profession de foi est « Au-delà de son cœur de métier, sanofi-aventis accompagne dans leurs actions de santé publique, les professionnels de santé, les acteurs sociaux et économiques dans les régions de France, nous travaillons en toute transparence et garantissons l'indépendance de nos partenaires »*

En quelques années, les problématiques de santé publique se sont multipliées et sont devenues une priorité pour de nombreux acteurs, qui ne relèvent pas exclusivement du domaine de la santé. Sanofi-Aventis a souhaité se comporter de manière responsable en mettant à disposition ses compétences multiples. Nous sommes convaincus de l'intérêt d'une démarche partenariale, visant à mettre en réseau différents acteurs locaux et régionaux et à faciliter leur coopération autour des enjeux de santé.

En Languedoc-Roussillon, j'ai pour mission d'être votre partenaire en santé publique. J'exerce cette mission avec éthique et transparence, en essayant de travailler à l'émergence et au développement d'actions de proximité, et dans le cadre de partenariats développés par projet et garantissant la transparence et l'indépendance de tous les acteurs. Pour illustrer l'engagement de Sanofi-Aventis aux côtés des acteurs de santé, je vous parlerai du projet « Bien vivre en Languedoc-Roussillon » qui vise à sensibiliser les élus en matière de santé et de prévention. Initié en 2008, ce projet novateur a été cofinancé aux deux tiers par Sanofi-Aventis et un tiers par le GRSP. Trois réunions ont eu lieu dans chacun des cinq départements de la Région ; une réunion finale a été organisée pour présenter les initiatives nées de cet appel à projet et de la sensibilisation des élus. Ce projet a réuni 280 élus et cadres territoriaux.

Au niveau national, Sanofi-Aventis a été partenaire de la Cité des Sciences et de l'Industrie pour l'exposition Epidémik qui a permis, entre octobre 2008 et janvier 2010, de sensibiliser le grand public aux enjeux sanitaires et sociaux, économiques et politiques des

épidémies, et de lui permettre d'acquérir les bons comportements pour prévenir et lutter contre les maladies infectieuses.

Par ailleurs nous sommes partenaires de l'Association Française des Diabétiques et de l'AFEDIAM depuis 2003, dans la mise en place de la campagne d'information « sous le7 » qui incite les malades à maintenir leur Hb1Ac sous le 7.

Avec l'Institut Gustave Roussy et la ligue contre le cancer, Sanofi-Aventis a créé des Espaces de Parole et d'Information (ERI) au Centre régional anticancéreux Val d'Aurelle et au CHU Saint Eloi à Montpellier. Nous allons en créer un troisième au CHU de Nîmes.

L'expérience de Sanofi-Aventis en matière de partenariats en santé publique a permis de fédérer les énergies et les idées, de faire travailler ensemble des acteurs qui ne travaillaient pas toujours ensemble, et d'établir une réflexion commune pour répondre à des enjeux spécifiques et ce pour le plus grand bénéfice des publics visés. La longévité de ces partenariats me permets de dire qu'aujourd'hui, les PPP sont du domaine du possible.

Jean Pierre RICO

Il est responsable Grands Projets région Languedoc-Roussillon de GDF Suez qui est un des leaders mondiaux de l'énergie. Son Conseil d'Administration comprend 5 comités dont un Comité d'éthique, d'environnement et du développement durable.

En janvier 2010, le Centre Hospitalier de Périgueux a confié à la filiale de GDF Cofely la conception, la réalisation et l'exploitation de sa nouvelle centrale de production thermique à partir de la biomasse. Ce partenariat de 22 ans permettra au Centre Hospitalier de diminuer ses dépenses énergétiques de 40 %, et de réduire de 8 000 tonnes sa production de CO_2 par rapport à sa précédente installation.

Ce PPP, qui présente à la fois une dimension environnementale, sociétale et économique, s'inscrit totalement dans une vision d'entreprise industrielle qui contribue à des domaines d'action ne relevant pas directement de son cœur d'activité.

La santé constitue un axe majeur de la gouvernance du Groupe. Ainsi GDF a signé, le 2 mars 2010, un accord européen relatif à la santé et à la sécurité, qui repose sur huit principes fondamentaux.

Marc ZAMICHIEI

Conseiller auprès du Directeur Général de la Mutualité Française et ancien Président de la Commission Santé-Prévention du conseil de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salaries.

La démarche partenariale est naturelle au sein de la Mutualité Française. Personnes morales de droit privé à but non lucratif, les mutuelles sont indépendantes des pouvoirs publics et des intérêts privés. Elles interviennent dans le domaine de la protection sociale complémentaire, dans un marché concurrentiel. Nous pensons qu'au cœur même de la protection sociale en santé figure la solidarité. C'est pourquoi nous souhaitons que la politique partenariale avec l'assurance-maladie obligatoire se développe en respectant la place et le rôle de chaque acteur.

La croissance des dépenses de santé – liée quasi exclusivement à l'évolution des dépenses de maladie chronique – pourrait conduire l'assurance-maladie obligatoire à n'intervenir que pour les risques lourds. C'est aussi pour préserver le caractère universel de la Sécurité Sociale que nous nous efforçons d'agir sur les facteurs de risque liés à l'environnement et aux modes de vie afin d'éviter l'apparition des maladies chroniques et de diminuer les complications.

S'agissant de la couverture du 5e risque (risque dépendance ou risque de perte d'autonomie), nous ne voulons pas entrer dans un PPP visant à répartir les risques entre le secteur public et le secteur privé, car nous considérons que l'Etat doit assumer ses responsabilités en mettant en place une prestation légale, universelle et financée par la solidarité nationale. En revanche, nous sommes prêts à nous engager dans un partenariat d'intérêt général, c'est-à-dire à mettre en place une prestation additionnelle ; nous proposons en outre que des règles communes s'imposent à tous les opérateurs concernant les garanties, les référentiels d'évaluation et les services.

Outre notre intervention dans le champ de la protection sociale complémentaire, nous sommes gestionnaires d'un réseau de 2 400 établissements et services. Expérimenté en Languedoc-Roussillon en 2008, le programme Priorité Santé Mutualiste a été généralisé en 2009 sur le territoire national. Nous intervenons ainsi pour offrir à nos adhérents une gamme complète de services innovants en matière d'information, de prévention, d'aide à l'orientation et d'accompagnement. Dans ce cadre, nous avons conclu de nombreux partenariats nationaux. Sur le plan régional, la

Mutualité Française souhaite contribuer au rassemblement des acteurs de santé publique. En outre, la Mutualité Française refuse, tant au niveau national que régional d'être considérée, de manière réductrice, comme un simple financeur.

A travers les différents partenariats, qui ont pour objectif de permettre à tous d'accéder à la prévention et à des soins de qualité, nous nous efforçons de défendre les valeurs éthiques suivantes, qui sont au cœur de notre projet :

- combattre l'individualisme ;
- avoir le souci de l'autre ;
- respecter sa singularité ;
- permettre son développement ;
- dépasser l'esprit de chapelle ;
- contribuer à relier les personnes, groupes et organismes qui œuvrent dans le domaine de la santé.

Il ne faut pas cacher le fait que les mutuelles rencontrent parfois des difficultés dans leurs coopérations. En outre, les politiques partenariales présentent un certain nombre de limites. Dans le domaine de la politique du médicament, nous participons au collectif Europe et Médicament, créé en 2002 pour réunir des associations de malades, des associations familiales et de consommateurs, des organismes d'assurance-maladie et des professionnels de santé. Ce regroupement original s'inscrit dans une stratégie d'influence qui vise à faire respecter les quatre principes fondamentaux suivants dans une logique de santé publique :

- la réévaluation périodique des médicaments ;
- le développement des médicaments génériques ;
- l'interdiction de la publicité grand public pour les produits soumis à prescription ;
- la transparence des informations sur les médicaments et les décisions de l'Agence européenne du médicament.

Nous n'accepterons jamais que des enjeux économiques prévalent sur ceux de la santé publique. Nous réfléchissons cependant aux conditions dans lesquelles, au-delà de la nécessaire transparence, des partenariats pourraient se nouer avec des industriels du médicament. A compter de 2010, le législateur a décidé d'organiser la transparence des liens financiers entre l'industrie et les associations ; cette mission a été confiée à la Haute Autorité de Santé (HAS). Mais la loi HPST maintient de fortes ambigüités concernant la participation des entreprises pharmaceutiques à l'ETP ou aux actions d'accompagnement des patients.

Force donc est de constater la complexité de la question du partenariat. Si la Mutualité Française n'entend pas s'enfermer dans une position dogmatique, elle ne saurait cependant remettre en cause ni son indépendance, ni le fondement éthique de son action, ni les intérêts de la santé publique. Ce sont là les limites nécessaires de toute la politique partenariale de la Mutualité Française.

Pierre MARES

Il est professeur de gynécologie-obstétrique et président de la CME du CHU de Nîmes

Le réseau que nous avons mis en place a été initié à partir des observations suivantes :

- aucun médecin ne maîtrise l'ensemble des savoirs médicaux ;
- le nombre de médecins diminue ;
- l'éclatement de la population sur notre territoire rend difficile la mise à disposition de l'ensemble des moyens sur celui-ci ;
- le progrès en médecine ne peut plus s'envisager qu'à travers les notions de transfert et de communication des informations ;
- la complexité des problèmes appelle à fédérer les médecins autour d'un projet ;
- la notion de réseau permet de passer de la logique de pathologie d'organe à une prise en charge globale.

A partir d'une enquête menée auprès des professionnels, le CHU a pu définir un programme résultant d'un consensus entre les différents acteurs (CHU, cliniques, hôpitaux) impliqués dans le réseau. Dans le cadre de cette démarche, qui réunit des financeurs, des administratifs et des industriels, les patientes choisissent leur médecin référent pour une période donnée, dans le groupe qui paraît le plus pertinent.

Depuis 8 ans, 800 dossiers par an sont examinés. Aucune patiente n'a refusé que son dossier soit présenté en réunion pluridisciplinaire. Le rôle actif des patientes a totalement modifié le mode de fonctionnement des médecins entre eux, car tous se sentent parties intégrantes de l'équipe du CHU. Le réseau améliore la fluidité des

relations et contribue à l'efficacité de l'équipe médicale qui entoure les patients.

Initialement, les industriels ont imposé de constituer un réseau pyramidal ou un réseau « maître-esclave » ; après une longue bataille, nous avons mis en place un réseau Maternet – inspiré du réseau Internet. Une autre difficulté rencontrée portait sur la non-acceptation du rôle décisionnel des patients par les médecins. Pour bâtir la nouvelle collaboration, l'outil a été conseillé par les industriels et choisi par les professionnels de terrain.

Par ailleurs il faut veiller à ne pas transformer le réseau en outil totalitaire. Enfin la complexité technique ne doit pas nous effrayer si la place de la personne – professionnel ou patient – est judicieusement définie et respectée.

Des cultures différentes, comment prévenir les conflits ?

Peter KAMMINGA,

Professeur Université Amsterdam, avocat, juriste et enseignant chercheur à l'Université de Stanford, codirecteur du Comité international pour l'innovation et les futurs développements des modes alternatifs de résolution des conflits (American Bar Association). Comme intervenant il a présenté en particulier les contrats comme outils de gestion des conflits lors du séminaire interdisciplinaire de recherche et d'échange sur la négociation (sirène) 10 décembre 2009, organisé par l'institut de recherche et d'enseignement sur la négociation en Europe.

Depuis dix ans, les Partenariats Public-Privé (PPP) connaissent une forte expansion. Ces coopérations visent notamment à financer, construire, rénover et exploiter des infrastructures ou à fournir des services. Les PPP sont présents dans divers domaines tels que la santé publique, l'éducation. Au niveau mondial et européen, ils contribuent et ont pour but d'accroitre la croissance et l'innovation.

Les éléments clés de réussite des PPP sont liés à la dynamique issue de relations contractuelles. Phénomènes normaux, les conflits sont liés aux différences de besoins et de valeurs entre les acteurs et font partie intégrante de la relation de travail. Les partenaires cherchent souvent à les éviter, faute de savoir les gérer. La question essentielle est donc de savoir comment les manager de façon optimale.

Au sein des PPP, les acteurs publics – qui cherchent à agir dans l'intérêt général – et privés – qui gèrent leurs actions dans un but de rentabilité financière – doivent réconcilier leurs différences d'intérêts afin d'assurer la viabilité de leur projet, et ainsi d'optimiser leurs ressources.

La Banque Européenne d'Investissement a défini trois critères clés d'évaluation des PPP (efficacité, rentabilité et durabilité). En appliquant ces critères de façon professionnelle, la qualité et l'efficacité du PPP s'en trouveront améliorées.

La dynamique des relations entre les acteurs au sein d'un PPP est soumise à différents facteurs d'ordre culturel, économique et

juridique. L'outil contractuel se doit de les prendre en compte de façon égalitaire pour éviter de devoir gérer des situations incontrôlées.

Le management des risques des situations entre acteurs directs et indirects doit être envisagé et résolu de façon optimale. Dans un PPP, les sources de conflits sont multiples et permanentes. L'origine des conflits peut être économique (ex : investissement non profitable, coût de rentabilité trop élevé), culturelle (ex : gestion des complaintes des utilisateurs, communication insuffisante ou maladroite entre les acteurs du PPP) ou légale (complexité contractuelle, gestion inappropriée des risques, manque de contrat ou contrôle excessif). Ladite origine étant généralement difficile à identifier, le système de gestion des conflits doit être adapté aux différents types de problèmes.

Paola KAMMINGA-DIMEGLIO,

Avocate, juriste et enseignant chercheur à l'Université de Stanford codirecteur du Comité international pour l'innovation et les futurs développements des modes alternatifs de résolution des conflits (American Bar Association). Intervenante à plusieurs conférences et séminaires, elle traitera de « médiation et société civile en Europe, vers un nouvel état d'esprit » Le 27 et 28 mai 2010 à Paris lors de la Elle mène des travaux avec l'institut de recherche et d'enseignement sur la négociation en Europe.

Lors de la négociation contractuelle, la prévention et la gestion des conflits n'est généralement pas discutée entre les acteurs. Il est pourtant essentiel qu'un tel système de gestion des conflits soit mis en place dans le contrat de Partenariat Public-Privé.

Le cadre dans lequel ce système doit s'organiser constitue une notion encore nouvelle en Europe, alors que les Dispute Systems Design sont courants aux Etats-Unis, en particulier dans le monde de la santé.

Le Système de Gestion des Conflits Optimale (SGCO) est conceptualisé en 5 étapes : Analyse de la situation et détermination des objectifs, conception du SGCO, mise en œuvre, évaluation, adaptation.

Lors de l'analyse de la situation et de la détermination des objectifs, il est indispensable de prendre en considération des critères de qualité, d'efficacité et de stabilité comme points de référence vis à vis de ces quatre facteurs : la nature du différend que l'on souhaite prévenir ou gérer efficacement ; la relation qui lie les deux partenaires concernés et la relation qui lie les partenaires et les usagers ; la sensibilité des questions qui font l'objet du conflit et l'issue probable et le coût de la procédure judiciaire si aucun système de gestion des conflits n'est mis en place.

Lors de la détermination des objectifs du SGCO, il est nécessaire de répondre à ces deux questions : Quelle est la technicité du système que l'on souhaite établir ? Quels sont les modes alternatifs de résolution des conflits que le système peut inclure et qui sont adaptées aux problèmes que l'on cherche à prévenir ou à résoudre ?

La conception d'un SCGO, doit être basée sur une méthode coopérative et intégrative de résolution des problèmes qui permet d'identifier les enjeux sous-jacents du ou des différends potentiels.

À ce titre, le SCGO doit fournir des aides afin de comprendre le « possible » principal objet du conflit ; de fixer des limites ; de parvenir à une solution qui satisfait, dans la mesure du possible, chaque individu ou chaque groupe ; des mécanismes qui instaurent la confiance et des mécanismes qui renforcent la coopération entre les groupes. Lors de la conception d'un SGCO, il est important d'observer ces lignes directives :

- un système de gestion constitué de différents processus de saisine ;
- la possibilité pour les utilisateurs du système d'accéder à des mécanismes basés sur leurs intérêts et non simplement basés sur la notion de droit. Ces mécanismes doivent être accessibles à moindre coût ;
- l'implication significative des potentiels utilisateurs du système. C'est à dire que le SGCO doit être conçu dans un esprit participatif plutôt qu'exclusif afin que celui soit utilisé *a posteriori*.
- l'implication de tiers neutre et impartiale dans la conception du système ;

- l'implication de tiers neutres et impartiaux dans la gestion des conflits (surtout s'il y a un recours au processus de médiation) ;
- L'inclusion d'outils informatifs pour permettre l'utilisation de ce système. Par exemple, utilisation d'outils électroniques afin de faciliter la création et le développement à travers le temps et l'espace de ce SGCO.

Les clés de réussite d'un Système de Gestion des Conflits Optimale nécessitent de définir et de prendre en compte 7 points lors des négociations :

- les objectifs (ex : prévenir les conflits, trouver des moyens d'action, donner des solutions) ;
- la structure, c'est-à-dire les procédures à adopter en cas de conflits (ex : médiation, arbitrage, consultation de pairs, etc.) ;
- les acteurs (directs et indirects) et les utilisateurs du système ;
- les ressources financières et humaines supportant le SGCO ;
- les tiers intervenants (ex : qui interviendra pour aider les parties à gérer les conflits ?) Système interne ou système externe de gestion des conflits ? ;
- la transparence du SGCO ;
- l'évaluation et l'adaptation du SGCO.

Enfin, en tant que professionnelle des Dispute Systems Design, je noterai qu'il est indispensable que le SGCO soit adapté à la culture des utilisateurs de ce système. En effet, les conflits dans le monde de la santé ont un caractère unique et les outils utilisés ne peuvent pas être une simple juxtaposition de mécanismes, il doit y avoir une compréhension globale de la situation pour laquelle le système est créé. Il n'existe aucun modèle de gestion des conflits transposable. Chaque système doit être adapté en fonction de la situation et des problèmes que l'on souhaite résoudre.

Echanges avec la salle

J. VALCARCEL

Pour quelles raisons vous êtes-vous engagés dans un PPP ?

J-P RICO

Les PPP permettent à un industriel comme GDF de pouvoir apporter ses savoir-faire et connaissances, et sortir du carcan des marchés publics – et leurs obligations de moyens – pour mieux nous positionner sur des marchés avec obligations de résultats.

D. ACHALME

A travers les PPP, Sanofi-Aventis a la volonté d'élargir ses activités à d'autres domaines relevant de l'amélioration de la santé, et ainsi de faire bénéficier de ses compétences à d'autres acteurs.

J. VALCARCEL

La prudence que l'on observe dans les politiques partenariales n'est-elle pas liée à un manque de connaissance des modes de fonctionnement des uns avec les autres ?

M. ZAMICHIEI

La santé publique a besoin des compétences et de l'expertise de tous les acteurs. Pour autant, les politiques partenariales doivent pouvoir se développer sans conflit d'intérêt majeur, afin que les patients soient les bénéficiaires exclusifs de ces politiques.

J. VALCARCEL

Dans ces partenariats, la représentation équilibrée des différents acteurs est donc essentielle.

De la salle

Dans le cadre des PPP, il ne faut pas oublier les pharmaciens.

D. ACHALME

Nous ne les avons pas oubliés. Dans le cadre de projets à venir, ils seront également impliqués.

V. LEVY-JURIN, Adjointe au maire de Nancy, Présidente de la Fédération hospitalière de Lorraine

Le projet de réseau que vous nous avez présenté a été très bénéfique aux patientes. Pour autant, n'a-t-il pas révélé des enjeux territoriaux et une concurrence entre établissements ?

M. ZAMICHIEI

Notre stratégie visait à équilibrer les territoires, et non pas à les dresser les uns contre les autres. Ainsi, nous avons développé une collaboration dans le respect des identités. Le réflexe identitaire initial a vite été dépassé par la nécessité de mailler le territoire. Pour impliquer les industriels dans un projet, il est important de définir un bon environnement de santé. Enfin je vous annonce que nous sommes en train de constituer un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) radiothérapie privé-public.

J-M BRUGERON, Centre Val d'Aurelle, Montpellier

Le passage actuel de la personne à l'humain entraîne un passage du personnel au collectif. A l'hôpital, ce passage s'opère du médecin à l'institution. Nul n'étant aujourd'hui capable de détenir l'ensemble des savoirs médicaux, il faut communiquer. La responsabilité éthique, auparavant détenue par le médecin, est peut-être désormais confiée à ceux qui ont la responsabilité d'organiser l'institution.

En matière hospitalière, j'apprécie modérément les PPP. Pour réaliser un investissement, les hôpitaux ont accès aux marchés financiers dans des conditions meilleures que celles des industriels. En outre le management des institutions publiques hospitalières fait que celles-ci ont de réelles difficultés à établir un programme intangible. Or ce dernier est indispensable pour limiter les risques de conflit. Ainsi je considère que le PPP n'est pas un outil adapté pour bâtir un hôpital.

M. ZAMICHIEI

Il existe effectivement des transferts de responsabilité éthique, mais celle du médecin reste entière. Ainsi, ce dernier devrait avoir le pouvoir d'interférer sur les moyens qu'on lui accorde pour exercer son métier.

De la salle

Les PPP sont très différents les uns des autres. Les problèmes éthiques doivent donc être pensés en tenant compte de leurs spécificités.

J-C AZORIN, enseignant

Il y a quelques temps, le Comité d'Hygiène et de Santé Bucco-Dentaire intervenait dans les écoles avec un partenaire privé. Certains directeurs d'école et professeurs se sont émus de la présence de cette entreprise dans l'enceinte de l'école. Cette action a donc pris fin. Depuis aucun plan B n'a pris le relais.

J. VALCARCEL

Cet exemple montre que l'éthique ne doit pas être figée. Par ailleurs, je souhaiterais savoir pourquoi la culture française se prête si peu à la médiation.

F. VIALLA

A la rentrée prochaine, l'université Montpellier 1 mettra en place une formation sur la médiation en santé, avec nos collègues québécois. Il y a quelques mois, la médiation de la République a mis en place un pôle santé. 8 000 dossiers de conflits en santé sont en attente, faute de médiateurs.

P. KAMMINGA-DIMEGLIO

La population française a une mauvaise image de la médiation. Si une utilisation des modes alternatifs de résolution des conflits n'est pas comprise au sein de la population, les utilisateurs ne les emploieront jamais. Ce matin, le terme « consensus » a été prononcé ; pour ma part, je parlerai plutôt de collaboration, car dans une relation de consensus, chaque partie laisse quelque chose sur la

table. Dans un esprit de collaboration, les parties créent de nouvelles valeurs qui seront profitables à l'action.

M. ZAMICHIEI

Nos tutelles doivent cesser de penser que les acteurs privés ne sont mus que par l'argent. L'éthique est commune à l'ensemble de la population française. Nous devons inventer des formes de travail permettant de respecter cette éthique.

Une intervenante, représentante des usagers

Dans chaque établissement privé ou public, il existe une Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Il faudrait que les usagers soient mieux informés de l'existence de cette structure qui reçoit les plaintes.

Les leçons de l'expérience à travers les points de vue de….

Les débats étaient modérés par C. CECCHI, (Présidente de la SRSP LR, vice présidente de la SFSP) et Christophe PAILLARD (Directeur La Perle Cerdane)

Catherine CECCHI

Bertrand GARROS, Président du conseil d'administration de l'INPES

Il tire son expérience de trois vies professionnelles différentes.
- *chercheur a l'INSERM ;*
- *acteur de santé régional au sein d'observatoires régionaux de la santé ;*
- *acteur important de la protection sociale complémentaire. D'abord à la fédération nationale de la mutualité française et depuis le mars 2009 intègre le groupe mutualiste, prevadiès dont l'objet est la lutte contre toutes les formes d'exclusion.*

Quelques mots-clefs le caractérisent : santé publique, mutualiste, éclectique, intersectorialité, ouverture aux idées nouvelles, générosité

Bertrand GARROS

Les PPP posent question car notre regard sur le privé a beaucoup changé. Il y a quelques années, on considérait que les structures publiques ou privées non lucratives étaient forcément très bien ; à l'inverse, on pensait que les structures privées n'étaient pas bien. Divers scandales, comme l'affaire du sang contaminé ou celle de l'Arc, ont montré les limites de cette approchevision.

La compréhension des enjeux et des déterminants de santé est aujourd'hui plus large qu'elle n'a été. Ce « succès » de la santé publique multiplie les désirs d'un nombre croissant d'acteurs d'entrer dans le champ de la santé. Ainsi est-il désormais fait référence à un « marché de la prévention ».

Doit-on parler de partenariat, de collaboration ou de contractualisation ? D'aucuns estiment que la notion de partenariat s'inscrit dans un principe d'égalité entre les acteurs impliqués. Un autre terme devrait donc être utilisé pour décrire la relation entre

des parties, dont l'une est prestataire – puisqu'elle reçoit des financements.

De même, il serait sans doute plus pertinent de parler de « PPP lucratifs », pour décrire les nouveaux partenariats, dans la mesure où les acteurs de l'économie sociale privés et non lucratifs interviennent depuis longtemps dans les champs de la prévention et de la promotion de la santé.

Dans le domaine de la recherche, il était bien vu, par le passé, de ne pas se compromettre en collaborant avec la sphère de la décision publique. Cette attitude a pu être perçue, initialement, par les collectivités lors de la phase d'élaboration de schémas et de mise en œuvre de dynamique. Mais très vite au fil des années, dans le droit fil de la Charte d'Ottawa, a prévalu le fait que la santé publique constituait une démarche qui s'inscrivait au cœur de la cité et appelait donc à une implication des acteurs dans le processus d'élaboration de la décision. Les partenariats doivent reposer sur les principes suivants :

- éthique et respect de la personne (patients et professionnels), afin d'équilibrer les relations entre les parties ;
- éthique et démocratie, qui impliquent transparence, partage d'informations, concertation et gestion des conflits ;
- éthique et solidarité / universalité.

Catherine CECCHI

René DEMEULEMESTEER, Médecin inspecteur de santé publique, chargé jusqu'à 2009 de la coordination des programmes à l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) date à la quelle il a arrêté son activité. Il est en 1995 précurseur avec Bertrand Garros dans la mise en place de l'expérimentation et la mise en œuvre des conférences de Santé et des programmes régionaux. Il est ensuite animateur d'un projet régional de santé en partenariat avec les collectivités territoriales en Nord Pas de Calais.

Quelques mots-clefs le caractérisent : santé publique, prévention, promotion de la santé, éducation pour la santé, transversalité de l'expérience, convictions, amitié, respect des autres.

René DEMEULEMEESTER

En tant que praticien de la santé publique au service de l'Etat, j'ai été confronté à des problèmes éthiques. Ces problèmes n'étaient pas liés à des questions de partenariat.

Réciproquement, les difficultés que j'ai pu connaître dans le cadre de partenariats étaient moins liées à des questions éthiques qu'à des conflits de compétence. Jusqu'à une période récente, en effet, ces partenariats dans le champ de la santé publique liaient quasi exclusivement des acteurs publics.

La situation évolue actuellement avec le développement, dans le champ de la santé publique des partenariats publics-privés. Ces derniers sont certainement amenés à prendre de l'ampleur, d'une part parce que la raréfaction des fonds publics entraîne un besoin de faire appel aux ressources privées pour mettre en œuvre des projets, d'autre part parce que des entreprises privées se montrent désireuses d'investir dans ce champ. Enfin, parce qu'on ne peut pas créer un environnement favorable à la santé et offrir des produits favorables à la santé sans une implication du secteur privé.

Ces partenariats publics-privés sont susceptibles de générer des conflits d'intérêt : protection de la santé d'un coté, intérêts économiques de l'autre. Ils peuvent également en raison de conflits de valeurs être à l'origine de messages contradictoires auxquels sera soumise la population. En raison de la mission de protection de la santé dont sont investis les pouvoirs publics et singulièrement l'Etat, les partenariats publics privés dans le champ de la santé publique ne peuvent donc pas être symétriques. La participation du secteur privé à but lucratif à des actions de santé publique doit tenir compte de la nécessité de cohérence entre les messages formulés par les différentes parties et de respect des valeurs de service public. Pour le citoyen, la participation du secteur privé à une action de santé publique, l'importance de cette participation, les raisons qui la motive et bien entendu, les éventuels conflits d'intérêt et/ou de valeurs devraient, au minimum, être transparents.

Dans ce contexte, un praticien de la promotion de la santé confronté à la nécessité ou l'opportunité d'un partenariat public privé pourrait se poser les questions suivantes :

- les valeurs de l'acteur privé avec lequel j'envisage de travailler sont-elles compatibles avec les miennes ? ;
- quelle est la problématique commune aux différentes parties que nous entendons résoudre ensemble ? ;
- comment va être organisé l'intervention des citoyens et des usagers dans ce partenariat ? ;
- et enfin, dans quelle mesure l'acteur privé se préoccupe-t-il de la santé de ses salariés ?

Il serait temps d'envisager d'une part un cadre général de bonnes pratiques des partenariats public privés en santé publique, et d'autre part d'outiller les agents publics et les organisations privées partenaires afin qu'ils soient en capacité de développer leur jugement et leurs réflexions éthiques.

Catherine CECCHI

Didier-Roland TABUTEAU, dont la fonction la plus importante est bien sûr d'être un des vice-présidents de la SFSP. Il est aussi Conseiller d'état, spécialiste des questions de santé et de sécurité sociale. Ancien directeur de cabinet de plusieurs ministres de la santé, il a exercé deux fois les fonctions de directeur adjoint du cabinet du ministre des affaires sociales. En 1993-1997 il est le premier directeur général de l'agence du médicament. En 2000 il est en charge de la préparation de la loi sur les droits des malades. Il dirige actuellement la fondation caisses d'épargne pour la solidarité et est rédacteur en chef de la revue "Sève, les tribunes de la santé". Il est également professeur-associé et codirecteur de l'institut droit et santé à l'Université Paris V - René Descartes.

Quelques mots-clefs le caractérisent : politique santé, santé publique, décision, politique santé internationale, régulation et planification sanitaire, norme, risques, garantie, indépendance, expertise, amitié, respect de la parole donnée.

Didier - Roland TABUTEAU

La tension entre le public et le privé est exacerbée dans le secteur de la santé, car le système de santé français est l'un des plus privatisés des pays comparables. Cette réalité s'observe dans les trois grands champs d'intervention sur la santé (prestataires, financeurs et experts), et complexifie considérablement les relations public-privé. Dans ce contexte, se pose la question de la neutralité de l'action des pouvoirs publics. En matière de santé, cette question revêt une triple dimension (efficacité, crédibilité et légitimité de la décision sanitaire). Cette prise de décision est d'autant plus délicate qu'elle est singulièrement partagée entre l'autorité politique et l'expertise. Ainsi un cadre déontologique doit être défini *a priori* pour assurer un juste équilibre entre les parties. La déontologie est importante, car je ne crois pas à l'indépendance absolue de l'expertise. En outre je suis convaincu que l'absence de monopole d'expertise est le meilleur système. Il faut organiser la contradiction les expertises.

Face aux risques de dépendance (financière, intellectuelle, politique) qui peuvent biaiser l'expertise, il existe plusieurs antidotes relevant de l'impartialité subjective (retrait des délibérations en cas de conflit d'intérêts, déclarations d'intérêt, transparence), et de l'impartialité objective (ex : respecter délais et procédures, éviter le recours aux procédures *ad hoc*, organiser la contradiction, sanctionner les manquements aux obligations, organiser une veille déontologique). Une nouvelle étape doit être franchie avec le vote d'un *sunshine act* à la française !

Il faut garantir l'indépendance de l'expertise, sans oublier que les pouvoirs publics conservent la responsabilité de la décision, en veillant à sa neutralité.

Catherine CECCHI

Valérie LEVY-JURIN, Adjointe au maire de Nancy. Présidente du Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS. Conseillère communautaire déléguée à la santé. Pour elle, la ville est le lieu privilégié pour mettre en œuvre les recommandations de la politique "La santé pour tous" de l'OMS. En France, une soixantaine de villes sont membres du réseau villes-sante et mènent des politiques favorables à la santé et à la qualité de vie urbaine.

Quelques mots-clefs la caractérisent : santé publique globale (préventif curatif), ville-cité, aménagement, écoute, partenariat,

participation, efficacité, dynamisme, professionnalisme, convictions, implication, sincérité.

Valérie LEVY-JURIN

Le réseau français des villes santé de l'OMS, né en 1988, rassemble aujourd'hui plus de 70 villes. Il s'appuie sur une définition globale et positive de la santé et sur l'idée que les territoires urbains, au vu de l'urbanisation grandissante à l'échelle mondiale, sont pertinents pour mener des actions de santé. Les atouts des villes et des élus sont la proximité avec les acteurs, la connaissance fine des modes de vie des populations et les leviers puissants dont ils disposent à travers leurs politiques publiques. Sur le terrain, ce réseau a donné lieu à de nombreuses réalisations concrètes, reposant sur des méthodologies exigeantes, développant des actions pérennes, partenariales et participatives, attentives aux fragilités sociales dans un constant souci d'équité.

Au niveau international, suite à la publication par l'OMS du rapport présidé par MARMOT, « Combler le fossé en une génération », force est de constater la réalité et même l'accroissement des inégalités sociales de santé dans nos pays occidentaux ; pays, où les systèmes de soin sont par ailleurs très performants.

Ce paradoxe, nous pousse à reconnaître une bonne fois, que le soin ne peut pas tout, que les déterminants de la santé sont très nombreux, que le programme à accomplir est si vaste qu'il n'y a pas de secteur, ni d'organisation qui puisse s'y atteler seul. Les problèmes de santé exigent un éventail de réponses qui va bien au-delà de la capacité du secteur public ou privé, pris isolément ; certaines menaces pour la santé sont si grandes qu'il y a peu de chances que des secteurs isolés disposent des ressources (politiques, techniques et scientifiques) nécessaires pour y faire face. Tout concourt donc à établir des passerelles sur les bases, évidemment, d'une éthique commune.

Au niveau national et local, là encore, le contexte est plus que jamais favorable aux partenariats publics-privés. D'un côté, la baisse des finances publiques poussent les collectivités à s'allier avec des partenaires privés pour mener ou poursuivre des actions. De l'autre, la demande sociétale se veut de plus en plus forte vis-à-vis des entreprises pour qu'elles s'engagent dans des démarches socialement responsables.

Choisir pour domaine d'engagement la santé, la prévention, dans une logique de développement durable est une belle opportunité en terme d'image. Plus que jamais, l'éthique doit être au cœur de la démarche de partenariat.

Notre réseau a été amené à s'interroger sérieusement sur le sujet au lancement du 1er Plan National Nutrition Santé (PNNS) en 2001. Interpellés par des acteurs privés de toutes sortes, nous avons construit notre propre outil de questionnement. Il se décompose en trois séries de questions :

- **Le partenaire**

Quels sont les objectifs qui fondent son engagement? Quelles retombées attend-il dans le cadre de ses activités commerciales ? Son activité est-elle cohérente avec des objectifs de santé ? Le partenaire assume-t-il sa responsabilité sociale et environnementale (conditions de travail, respect des droits de l'homme, …) ?

- **Les conditions du projet**

Favorise-t-il le renforcement de la maîtrise des individus sur leur environnement ? Implique-t-il d'autres partenaires que ceux du soin ? Peut-il atténuer les inégalités ? Agit-il sur d'autres leviers que les connaissances et les comportements individuels ? Quelle est la place du secteur public dans le projet, en a-t-il la maîtrise en tant que garant de l'intérêt général et de la recherche du bien public ? Quel est l'apport du partenaire privé ? Renforce-t-il le projet en apportant une diversification des interventions et des ressources ?

- **Les modalités de relations entre acteurs publics et privés**

Une convention – précisant objectifs, moyens, début et fin- a-t-elle été conclue entre les partenaires ? Quelles sont les modalités permettant un arrêt immédiat ? Quelles sont les clauses de résolution de conflit ? Quelles sont les règles de financement et d'où viennent les financements des promoteurs ? Le financement de l'ensemble des partenaires est-il lisible et transparent ?

Echanges avec la salle

De la salle

La question de l'éthique ne se limite pas aux rapports public-privé. Il ne faut pas confondre éthique et déontologie. Par ailleurs j'estime qu'il serait préférable de parler de santé citoyenne que de santé publique.

C. CLAIRE, radiothérapeute

A la différence de la déontologie, l'éthique n'a pas de règle.

D.-R. TABUTEAU

L'éthique ne doit pas masquer notre incapacité à gérer le quotidien, mais devrait plutôt nous amener à nous interroger, en conscience, sur la dimension acceptable – ou non – de telle décision ou action, en tenant compte de nos valeurs. Le respect de principes éthiques ne doit pas nous conduire à faire l'économie de règles, de déontologie, de *corpus* de vie en société, etc.

P. KAMMINGA-DIMEGLIO

Plutôt que de les diviser par leur définition, il serait sans doute préférable d'essayer de définir une vision commune de l'éthique et de la déontologie pour créer des valeurs de santé publique et citoyenne.

De la salle

L'éthique est un outil, alors que la déontologie fixe les règles. Dans les hôpitaux, des PPP sont mis en œuvre lors des essais cliniques. Dans ce cadre, l'asymétrie entre les acteurs impliqués doit être aussi réduite que possible.

De la salle

La loi bioéthique sur les essais thérapeutiques a formalisé les rapports entre patients, cliniciens et industries, et a notamment permis de réaliser de grands progrès pour les patients.

Un intervenant

Quels sont les éléments d'éthique à considérer par l'expert ? Comment devrait-il les appréhender ?

D.-R. TABUTEAU

Il faut avoir une vision assez optimiste de ce qui se passe. Nous avons changé de paradigme. Dans une société, il est normal que les composantes publiques et privées travaillent ensemble, sur la base de *modus operandi* précis. En revanche, je redoute le monopole. Dans une approche systémique, il faut veiller à ce que les imperfections des individus ne soient pas préjudiciables à l'intérêt général.

D. ACHALME

A titre personnel, j'estime que la santé publique doit devenir une grille d'analyse des politiques et projets urbains, et être partie intégrante d'un futur schéma de développement.

V. LEVY-JURIN

Il est effectivement essentiel d'instaurer des espaces de discussion entre architectes, urbanistes, sociétés de transport, élus, citoyens, etc. Les collectivités territoriales sont très sollicitées par les acteurs privés. Compte tenu de nos ressources, nous allons être obligés de construire des partenariats de plus en plus larges. L'éthique et d'autres valeurs vont donc jouer un rôle de passerelle entre les acteurs.

R. DEMEULEMESTEER

L'éthique invite à se poser des questions, alors que la déontologie apporte des débuts de réponse. Par ailleurs je ne pense pas qu'il soit nécessaire d'adopter une loi sur l'éthique et la santé publique.

B. GARROS

Je ne sais pas si la santé doit devenir l'alpha et l'oméga de tout, car les spécialistes de la santé risqueraient alors de jouer un rôle totalitaire. Notre société doit plutôt se construire dans la recherche

d'un équilibre de valeurs multiples. Par exemple, déterminer où placer le centre de gravité entre respect des aspirations individuelles et solidarité collective.

J. VALCAREL

Le progrès de nos sociétés a été dominé par la technique, au point de laisser les scientifiques exercent une sorte de « dictature ». Dans ce contexte, il faudrait définir des canevas clairs pour se poser des questions simples intégrant des champs divers.

De la salle

Aujourd'hui, nous avons beaucoup raisonné dans un cadre purement français. Lorsque vous travaillez avec des partenaires étrangers, une nouvelle forme de partenariat s'impose à vous. Il est donc important de libérer notre esprit pour ouvrir le champ des possibles.

De la salle

Au Québec, un débat d'actualité porte sur la responsabilité des médecins concernant la personnalisation des soins. Sur ce sujet, la notion d'éthique est très prégnante.

Synthèse

Hélène SANCHO-GARNIER (Professeur émérite)

Cette journée a permis de partager quelques réflexions importantes. En début de séminaire, a été rappelée la nécessité de replacer la problématique des nouvelles coopérations et de l'éthique dans une approche globale en impliquant les bénéficiaires des actions partenariales. Ensuite, les messages suivants ont été portés par les différents intervenants :

- Les problèmes éthiques évoluent avec la société et ses valeurs.
- Le développement de la santé publique se traduit par un transfert des valeurs de l'éthique individuelle vers l'éthique collective.
- La médicalisation de la société présente des risques dont il faut tenir compte.
- L'évolution de l'autonomie de décision du patient pourrait remettre en cause le statut de la responsabilisation des soignants contemporain quant à son état de santé.
- Le décloisonnement des divers éléments de la santé fait évoluer la pensée juridique.
- L'humanité doit s'imposer au droit, sans pour autant remettre en cause le droit de la personne.
- Compte tenu des ressources limitées des acteurs publics et des exigences croissantes en matière d'action de santé et d'innovation, les Partenariats Public-Privé (PPP) sont devenus incontournables.
- Les PPP doivent être encadrés par des règles précises pour que les valeurs marchandes ne supplantent pas les valeurs morales et humanistes.
- Le consensus entre partenaires n'est peut-être pas totalement souhaitable, car les actions résultantes peuvent y perdre quelque chose.
- La question des conflits et de leur gestion doit être posée dès la création d'un partenariat.

Enfin il convient d'observer que les actions menées ne sont pas toujours basées sur la science. Les méthodes alors utilisées ne permettent pas d'établir un jugement de qualité et une extrapolation des résultats. En outre il est important de rappeler que la mise en place d'actions dont l'efficacité n'a pas été prouvée n'est pas éthique.

Pierre DUJOLS (Professeur des Universités)

Des quatre intervenants de cette après-midi, je retiendrai un ensemble de mots que je vais vous livrer. Pour M. Garros, l'ouverture des marchés qui s'opère est valorisante pour le privé. Dans ce contexte, transparence, construction logique et éclairée des projets de santé, développement d'une culture de management des conflits, et éthique du financement sont essentiels.

Ensuite M. Demeulemesteer a expliqué que les conflits de valeurs et l'avalanche de messages contradictoires appelaient pour mener un projet commun à rechercher absolument une cohérence conjointe, en impliquant les citoyens et en accordant à la transparence et à l'évaluation toute leur importance.

De son côté, M. Tabuteau a insisté sur les risques liés à l'expertise, en proposant quelques antidotes. Enfin Mme Lévy-Jurin a présenté un outil de gestion.

De cet après-midi, je retiendrai un merveilleux plaidoyer pour la recherche clinique. Il y a de nombreuses années, elle était en effet confrontée à des problèmes d'éthique, de règles, de réseau, de respect des patients, d'évaluation, etc. La solution retenue a pris la forme de protocoles et de *Data Management*. A l'instar du livre de Spriet sur le *Data Management*, il faudrait peut-être écrire un ouvrage-référence sur le management du partenariat en santé.

Enfin, d'aucuns ayant peut-être la tentation de voir émerger une société dont serait banni le droit d'être malade – voire de mourir –, je propose que le prochain séminaire s'intitule ainsi : « Responsabilité sanitaire et principes d'éthique et de précaution » !

Catherine CECCHI

De nombreux sujets sur le thème d'« Ethique et Santé publique » sont possibles comme Ethique et démocratie sanitaire, Ethique et conflits d'intérêt, Ethique et politique publique, Ethique et valeurs, Ethique et responsabilité, Ethique et transparence de l'information, Ethique et respect des professionnels, Ethique et respect des

usagers. Nous allons nous employer à en retenir un pour un prochain séminaire.

Je remercie les intervenants pour la qualité de leurs interventions.

La Société Régionale de Santé Publique du Languedoc-Roussillon

Créée en 1992, à l'initiative de médecins de santé publique, la Société Régionale de Santé Publique du Languedoc Roussillon (SRSP du LR) a été très vite rejointe par d'autres professionnels de santé, des économistes, des sociologues, des psychologues, des ingénieurs sanitaires, et plus récemment des juristes. Elle comprend actuellement 50 membres adhérents (représentants d'institution et membres à titre individuel). La SRSP s'inscrit comme un acteur dans la promotion de la Santé Publique et plus précisément dans le développement de la prévention auprès du grand public.

Objectifs

- Affirmer, depuis la loi de Santé Publique de 2004, son rôle comme acteur régional référent de santé publique reconnu par les institutions régionales (Préfecture, ARH, Conseils Généraux, URCAM….),
- Renforcer les partenariats en région,
- Mener des réflexions communes avec la Société Française de Santé Publique (SFSP),
- Développer un rôle de relais entre les décisions nationales de Santé Publique et leurs applications sur le terrain en région,
- Relayer l'information en Santé Publique pour tous les acteurs de santé publique et pour les usagers du système de santé dans la région Languedoc Roussillon,
- Développer l'interrégionalité avec les Sociétés Régionales existantes.

Un Bureau : une équipe

Présidente : Catherine Cecchi
Vice-présidents : François Vialla, Jean Valcarcel
Secrétaire : Grégoire Mercier
Secrétaire adjointe : Marie-Christine Picot
Trésorier : Enguerrand de Rincquesen
Trésorier adjoint : Eric Barbotte

Le Conseil d'Administration

Il comprend 14 membres.

Pr Jean Louis Balmès, Dr F. Boutboul, Dr Michèle Causse-Haumesser, Mme Catherine Cecchi, Dr Christine Defez, Dr Ginette Durand-Gorry, Mme Dorine Neveu, M. Christophe Paillard, Dr Marie-Christine Picot, Mme Marie Françoise Ribo-Coimbra, M. Enguerrand de Rincquesen, Pr Hélène Sancho-Garnier, Pr Jean Valcarcel, Pr François Vialla.

Fonctionnement

Environ une réunion du Conseil d'Administration par mois où sont conviés de façon permanente tous les membres adhérents.

Une relation forte avec l'université de Montpellier 1 qui comprend les facultés de Droit, Médecine, Pharmacie, Sciences Economiques et Administration Gestion.

Une interactivité interrégionale avec la SRSP de Provence Alpes Côte d'Azur.

Une représentativité régionale

A la Conférence Régionale de Santé, la SRSP du LR est membre du collège 3 représentants les professionnels de santé

Elle est élue comme membre du Conseil d'Administration et au bureau où elle occupe la fonction vice présidence.

Elle représente le Languedoc-Roussillon à l'Assemblée Permanente des Conférences Régionales de Santé.

Une représentativité nationale

A la SFSP, la SRSP du LR est élue comme membre du Conseil d'Administration et au bureau où elle occupe une des trois vice-présidence.