



Etat des lieux

L'état des lieux de notre Dossier Ressources s'appuie sur les propos introductifs de Michel Laforcade, ex-directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Aquitaine.

Michel Laforcade, ex-directeur général de l'agence régionale de santé d'Aquitaine : Bonjour à vous tous. Je vous propose quelques éléments autour de cette coordination en santé publique, dont vous êtes l'image vivante et quotidienne, et pour commencer, quelques remarques introductives.

Cette coordination fait véritablement partie, à l'heure actuelle, des thématiques dont on parle tous les jours. Même si tous ces concepts ne sont pas absolument les mêmes, on entend parler tous les jours, dans les politiques publiques, de coordination, de transversalité, de partenariat, de réseaux depuis les années 1980. Lorsque l'on est devant un mouvement de cette ampleur, il y a au moins deux explications possibles. La première est ce que l'on appelle le psittacisme. Ce sont les perroquets qui se répètent à eux-mêmes les mêmes choses. Il y a un certain nombre de domaines où l'on entend les effets de mode qui font que chacun répète ce que dit le voisin et pense avoir trouvé la pierre philosophale. La deuxième explication possible, c'est que nous serions devant un vrai tournant des politiques publiques. Et très franchement, je pense que c'est cette deuxième explication qui est la plus valable et qui correspond le plus aux réalités. Ce n'est pas le hasard si tous les jours, nous parlons de cela, nous tentons de le développer, et si tous les jours, les politiques publiques en font une priorité.

La deuxième remarque introductive que je voudrais faire, c'est que cette notion est d'une particulière richesse : richesse intellectuelle, richesse personnelle et j'ai presque même envie de dire richesse psychologique. Parce que se coordonner avec l'autre renvoie finalement à son autonomie, voire à son indépendance, parfois, et en tout cas, presque toujours à son identité. C'est l'une des difficultés de la coordination : fondamentalement, je me demande si je ne vais pas perdre une partie de mon identité, voire de mon autonomie, en participant à ce mouvement de coordination. Bien sûr, vous imaginez que je vais vous dire l'inverse, que précisément, le partenariat est une condition de son autonomie, est une condition de la capacité à atteindre les objectifs qui font nos valeurs, qui fondent nos valeurs et qui fondent notre identité. Il n'en demeure pas moins qu'il faut être lucide : cette question, voire cette angoisse, est au cœur de nos réflexions, conscientes ou inconscientes.

Troisième et dernier point : il me semble que cette coordination est la vraie valeur ajoutée des politiques publiques dans notre secteur pour l'actualité contemporaine et pour les prochaines années. Il n'est pas sûr que dans tous les domaines, nous ayons besoin de professionnels supplémentaires, de types de spécialité supplémentaires. Cela peut être le cas. Je pense en particulier au secteur des personnes âgées. Mais enfin, ce n'est pas une certitude dans tous les domaines. Par contre, ce qui est une certitude, c'est qu'il faut en finir avec ces interventions juxtaposées.

Pensons précisément aux personnes âgées à domicile, pour ne parler que d'elles. C'est souvent une noria de personnes qui sont à leur domicile : le médecin traitant, le kiné une fois ou deux dans la semaine, l'infirmière du Ssiad, le matin et le soir, les auxiliaires de vie sociale... Cette noria est permanente. J'ai presque envie de dire que parfois, la personne à domicile voit beaucoup plus de personnes dans son

domicile que la même personne se trouvant en Ehpad. Il n'en demeure pas moins que par contre, la valeur ajoutée, c'est bien la coordination de tout cela. Qui va être capable de coordonner toutes ces interventions, de demander à Pierre de s'enquérir de ce que fait Paul, de demander à Paul de rendre compte de ce qu'il fait à Pierre ? Je parle de rendre compte non pas au sens infamant du terme mais au sens de l'informer de ce qu'il a fait. La vraie valeur ajoutée, me semble-t-il, est là.

Je vous propose une intervention en trois temps.

Premier temps : la coordination est difficile. Vous voyez si je vous apprends quelque chose que vous ne savez pas... La coordination est difficile : elle présente plusieurs contraintes. Nous essaierons de les voir pour ensuite, nous donner le plaisir d'essayer de les lever. Ensuite, la coordination est indispensable. Il n'y a pas d'autres solutions pour les politiques publiques à l'heure actuelle. Enfin, la coordination est possible à certaines conditions, que nous essaierons de voir ensemble.

La coordination, d'abord, est difficile. Quelles sont toutes les contraintes pour la coordination ? Nous allons voir trois contraintes principales.

La première contrainte est le rôle actuel de l'État. Je suis fonctionnaire – en tout cas, je l'étais jusqu'à il y a deux ans et demi – et je l'ai toujours été. J'ai donc pu voir, en 45 ans de carrière, la décroissance systématique de la force de l'État. Je dis bien : la décroissance de la force de l'État. Des propos péremptores, répétés, là aussi, sur la méthode du perroquet, parlent tous les jours de l'univers jacobin d'un État envahissant. La réalité est inverse. Qu'il y ait de plus en plus de bureaucratie, c'est évident. Il y a de plus en plus de bureaucratie mais de moins en moins d'État. Les deux peuvent aller de pair. La capacité de l'État d'arbitrer en faveur de l'intérêt général n'a pas cessé, ces dernières décennies, de diminuer. Ceci ne fait pas vos affaires. Que vous soyez élu, que vous soyez associatif, que vous soyez professionnel, je pense vraiment que ceci ne fait pas vos affaires. À l'heure actuelle, il y a une terrible crise de l'État. Il n'est pas politiquement correct d'en parler, puisque l'on a l'impression de se mettre en travers de ceux qui émettent les mêmes jérémiades du matin au soir : l'État jacobin, l'État centralisateur... Tu parles ! La réalité est complètement différente, à l'heure actuelle. Il y a donc une crise de l'État et, ce dont il est encore moins habituel de parler, une terrible crise de l'autorité. Quitte à jouer les « vieux cons » – je commence à avoir l'âge de ce personnage-là –, je peux vous dire que sur ce plan-là, j'ai été un « jeune con », ce qui me donne une forme d'absolution, au moins partielle. Nous sommes dans une situation de délitement de l'autorité. Je dis bien « de l'autorité », pas de l'autoritarisme.

Je vous livre juste une anecdote. Je ne vais pas vous raconter ma vie mais lorsque j'étais directeur général d'ARS, nous nous répartissions les jurys où nous devions aller parce que les textes prévoient que dans ces jurys, il fallait qu'il y ait un DG de l'ARS. On m'avait donc affecté, puisque j'étais un ancien de l'EHESP, les jurys d'entrée et de sortie à l'école de la santé publique de Rennes. Lorsque je m'endormais un peu – vous savez, après la pause postprandiale, j'en avais un peu assez, cela ronronnait... –, qu'il y avait un candidat sympathique, mais qui était un peu ennuyeux, je lui posais toujours la même question : « est-ce que vous serez un fonctionnaire d'autorité ? » Vous me croirez si vous voulez, j'ai les statistiques : neuf fois sur dix, j'avais la même réponse : « ah non, Monsieur, je ne serai pas un fonctionnaire autoritaire ». Je laissais un silence, volontairement, et je reposais la même question : « est-ce que vous serez un fonctionnaire d'autorité ? » Ce n'était pas l'objectif mais là, le candidat commençait un peu à pâlir en se disant : il me pose deux fois la même question, cela veut dire qu'il doit y avoir un problème. Comment, dans une société, avec des gens qui ont fait 25 ans d'études, qui sont dans une école qui ma foi, est assez sympathique, peut-on mettre dans la tête des gens, depuis la maternelle jusqu'à l'EHESP ou d'autres écoles, qu'un fonctionnaire ne doit pas avoir une posture d'autorité, c'est-à-dire avoir une capacité d'arbitrer en faveur de l'intérêt général ? D'où cela sort-il ? Nous sommes au cœur de la question de la coordination, de la capacité de résister à tous les lobbys de France, de Navarre et d'ailleurs. C'est important, en toile de fond. Une fois que j'ai dit cela, nous allons voir quelles sont les solutions possibles mais en tout cas, il faut qu'il y ait un sursaut, de ce point de vue : il n'est pas insultant, il n'est pas autocratique de rêver d'un État qui ait une posture d'autorité.

Notamment, allons jusqu'au bout : pas de coordination sans coordonnateur. Vous vous dites : il est venu pour enfile les truismes. Cela paraît évident à tout le monde. Sauf que des hypothèses de coordination sans coordonnateur, j'en ai vu un certain nombre dans ma carrière. Oui, on se coordonne, mais je ne comprends pas ce que vous dites par « on se coordonne ». J'ai envie de dire : qui est responsable de cette coordination ? Je ne vous demande pas un chef à qui vous présentez les armes tous les matins. Je vous demande qui est responsable, dans tous les sens du terme, de cette coordination. Oui, on se coordonne, mais je ne comprends pas ce que cela veut dire, « on se coordonne... »

Deuxième point : le rôle surévalué du sanitaire et du curatif. Vous êtes bien placés pour savoir que notre système de santé est fondé sur une équation simple mais fautive : santé = soins. C'est ce que tout le monde a en tête, peu ou prou. Certes, il y a les gens éclairés comme nous qui disent qu'il y a tout de même la prévention, mais fondamentalement, c'est le cœur de l'équation de notre système, ce qui explique que nous avons l'un des meilleurs systèmes de soins au monde et que nous avons un piètre système de santé. Il faut distinguer les deux. Un seul chiffre : à la naissance, l'espérance de vie, en France, est loin d'être la meilleure du monde. Par contre, à 65 ans, et j'ai le plaisir d'avoir dépassé cet âge-là, l'espérance de vie en France est la meilleure au monde, parce que 65 ans, et j'en suis le témoignage vivant, c'est le moment où l'on commence à avoir des maladies. Bien sûr, on peut commencer avant : on n'est pas obligé de commencer le jour de ses 65 ans mais enfin, tendanciellement, vous comprenez bien ce que je veux dire. Là, les déterminants de santé vont considérablement augmenter du côté du soin. Eh bien nous avons un si bon système de soins que si l'on arrive à 65 ans, on a la meilleure espérance de vie au monde.

Il y avait un épidémiologiste du nom de Dever qui, dans les années 1970, avait fait une première étude sur les déterminants de santé. Elle a été suivie par dix ou quinze épidémiologistes, le dernier s'appelant Wilkinson, il y a à peine quelques années, qui aboutissent aux mêmes conclusions. Que nous dit Dever ? Seulement 11 % – dans les années 1970 ! – des déterminants de notre santé dépendent des soins que nous recevons. C'est beaucoup, mais cela ne fait que 11 %.

Tout le reste, vous le connaissez comme moi. C'est le patrimoine génétique, qui nous favorise ou nous défavorise, tout en ayant en tête l'épigénétique, parce que l'environnement peut aussi modifier les conséquences de ce patrimoine génétique néfaste ou au contraire, l'amplifier.

Ce sont aussi les déterminants environnementaux, qui n'arrêtent pas d'exploser, soit parce que le thermomètre s'améliore et que l'on est capable de faire des liens de causalité entre l'environnement et la santé des gens, soit parce que l'environnement se dégrade, soit, me semble-t-il, pour les deux raisons.

Ce sont également les déterminants financiers, bien sûr, le fait d'avoir un travail ou non, et lorsque l'on a un travail, le fait d'avoir un travail stressant ou non.

Il y a également les déterminants sociaux, que vous connaissez si bien et qui sont absolument majeurs. De temps en temps, d'ailleurs, dans certaines études, même de gens a priori très fins connaisseurs de notre secteur, je suis effrayé que l'on confonde déterminants géographiques et déterminants sociaux. Une étude vient de sortir, qui nous dit que les déterminants géographiques sont majeurs. Le problème est que les déterminants géographiques sont très souvent des déterminants sociaux. Il ne s'agit pas de parler de la Creuse par rapport au centre de Bordeaux, d'Aubervilliers par rapport au 7^e ou au 8^e arrondissement. Il s'agit de parler, à mon avis, de déterminants sociaux, la plupart du temps. Ces déterminants sociaux, bien sûr, sont absolument majeurs.

C'est aussi le diplôme. Amartya Sen, le prix Nobel d'économie indien, avait démontré que le diplôme, le parchemin, était absolument majeur : plus on a de diplômes, plus on est en bonne santé, statistiquement. Il avait étudié l'État du Kérala, un petit État de l'Inde, qui, paraît-il, est absolument magnifique. Malheureusement, je ne suis jamais allé en Inde et encore moins au Kérala. Dans ce petit État du Kérala, d'inspiration marxiste, mais peu importe – parce que je vous rappelle que l'Inde est un État fédéral, avec des politiques différentes d'un État fédéré à un autre –, l'espérance de vie, à la naissance, est proche de l'espérance de vie européenne, supérieure à 70 ans. Il s'était dit : mais que se passe-t-il ? Ce qui se passe, ce n'était pas lié au système de santé. C'était lié au système éducatif, avec, depuis des décennies,

d'énormes investissements du service public de l'éducation et en particulier, beaucoup de femmes qui vont jusqu'à l'université, qui ont un diplôme universitaire, ce qui n'est tout de même pas la règle pour l'ensemble des États de l'Inde. C'est bien sûr par les femmes, heureusement ou malheureusement – malheureusement au sens où il faudrait aussi que les hommes participent un peu plus –, c'est vraiment par les femmes que se transmettent les bonnes pratiques en matière de maintien de son capital santé. Grâce à cela, ils ont une espérance de vie absolument magnifique. Vous voyez l'importance du parchemin lui-même, dans un pays dont je ne sais s'il faut l'appeler en voie de développement mais en tout cas, moins riche que le nôtre, à l'heure actuelle. C'est vrai aussi dans un pays comme le nôtre.

Le dernier point, vous le connaissez, là aussi, c'est la solidarité, et en particulier, les faibles écarts de revenus. Plus un pays est solidaire, c'est-à-dire plus les écarts de revenus y sont faibles, plus la santé est bonne. Là, ce sont Marmot et Smith, deux épidémiologistes, qui ont mené une étude comparant deux types de pays : les États-Unis, d'un côté, et de l'autre, la Suède et le Japon.

Les États-Unis sont le pays au monde qui investit le plus pour la santé : plus de 13 % du PIB. Les États-Unis investissent énormément pour la santé. Inutile de vous dire que c'est curatif et technique, pour l'essentiel – nous sommes dans ce registre-là –, avec des résultats calamiteux, globalement. Pour les femmes *wasp* – blanches, anglo-saxonnes, protestantes – de la côte Est, cela ne va pas mal, mais ce n'est pas à travers une petite communauté que l'on juge un système : au fin fond du Texas et de l'Arizona, ce n'est pas brillant. Et dans certains quartiers du Bronx, vous savez comme moi que les indicateurs sont ceux de pays très peu développés. Il y a donc de gros investissements mais des résultats calamiteux. Ce pays, qui donne des leçons d'investissement économique au monde entier, est un anti modèle sur le plan de l'investissement en santé. Pourquoi ? Marmot et Smith nous disent que c'est parce que les écarts de revenus y sont immenses.

À l'inverse, au Japon et en Suède, il y a de faibles écarts de revenus et une grosse solidarité, pour des raisons complètement différentes. Société confucéenne, au Japon, c'est-à-dire solidarité familiale, solidarité de voisinage, solidarité dans l'entreprise... Avant de licencier, au Japon, on y réfléchit beaucoup. Et rappelez-vous l'épisode de Carlos Ghosn : pourquoi les Japonais ont-ils laminé Carlos Ghosn, quand ils ont appris le salaire de ce monsieur ? Pour eux, c'était hallucinant. Ce n'est pas du tout dans les habitudes du Japon. Et il a été étonné, finalement, d'une forme de répulsion qu'il a suscitée à son égard.

Pour terminer sur ce point, Wilkinson, dont je vous parlais – j'espère qu'il n'y a que des amoureux de rugby, dans cette salle : je ne vais pas vous épeler « Wilkinson »... –, reprend l'étude de Marmot et Smith et finalement, dit qu'il la valide complètement. Et il ajoute cette chose intéressante, qui est contre-intuitive, en tout cas pour moi : les plus riches sont en meilleure santé dans un pays à faible écart de revenus que dans un pays à gros écart de revenus. C'est tout à fait contre-intuitif. Moi, je pensais : au moins, la famille de l'émir du Koweït et du Qatar est en bonne santé. Eh bien, elle est en moins bonne santé que la famille de gens riches mais dans un pays à faible écart de revenus. Comme quoi, la solidarité, le « prendre soin » profite à tout le monde.

Tout ceci m'amène à dire que finalement, l'important, pour la santé, si l'on va jusqu'au bout du raisonnement, ce sont beaucoup des dépenses qui ne sont pas des dépenses de soins, mais des dépenses de lutte contre le chômage, des dépenses d'action sociale, des dépenses éducatives. Allons jusqu'au bout de ce raisonnement, non pas que nous ayons la capacité de le mener jusqu'au bout, concrètement : tout ce que vous faites en termes d'« aller vers », cette proximité avec les citoyens, d'aller au-devant des citoyens eux-mêmes, voilà bien sûr ce qu'il faut faire pour essayer de jouer sur ces déterminants sociaux. Bien évidemment, c'est plus important que de mettre 5 millions de plus dans un hôpital.

Lorsque j'étais directeur de la Ddass des Landes – à l'époque où les ARS n'existaient pas, il y avait encore des Ddass –, mon collègue directeur de l'équipement, qui m'entendait toujours parler d'argent aux hôpitaux, me dit : « écoute, il y en a assez de t'entendre parler de cela. Tu dépenses des sous, tu ne sais pas comment ils sont utilisés. Quand même, moi, je vais te dire quelque chose... » Pour ceux qui connaissent un peu les Landes, qui ont traversé les Landes en partant vers l'Espagne, cette quatre voies – c'était dans les années 1990 – n'était pas sécurisée. Il n'y avait pas de barrières de sécurité. Il m'a dit : « tu détournes 3 millions

des hôpitaux landais et tu me paies 10 kilomètres de barrières sécurisées. Je te signe un papier disant que tu vas économiser 15 morts et 25 blessés graves. » C'était le tarif, grosso modo. Eh bien je n'étais pas capable de dire que les 3 millions supplémentaires pour l'hôpital allaient forcément faire diminuer la mortalité de 15 et la morbidité de 25. C'est une caricature. Je n'étais pas candidat à aller diriger la Ddass de Mayotte. Je n'ai donc pas détourné l'argent de la sécurité sociale pour payer les barrières de sécurité. Mais au fond de moi, je me dis que j'aurais peut-être dû. En termes de raisonnement, pour aller jusqu'au bout, comment passer du *cure au care* ? Comment passer du soin au « prendre soin », sans abandonner le soin, bien évidemment ? Cela me semble quelque chose d'important.

Troisième et dernier point : les acteurs ont des rationalités différentes. Cela aussi, cela joue sur les contraintes qui s'exercent sur la transversalité. On est obligé, si l'on veut travailler avec ses petits camarades, de faire l'effort de comprendre la rationalité tendancielle de chacun. Parce que nos petits camarades sont forcément moins intelligents que nous, par définition. Mais si l'on répète à satiété que l'on ne comprend pas pourquoi ils ne veulent pas travailler avec nous, pourquoi ils ne veulent pas faire comme ceci, pourquoi ils ne veulent pas faire comme cela, c'est que l'on n'a pas fait l'effort de comprendre leur rationalité. Il y en a quelques-uns qui, quand même, ne sont pas plus bêtes que nous. Il faut faire l'effort de comprendre la rationalité de l'autre.

Prenons quelques exemples sur ces rationalités tendancielles. Premier exemple, la rationalité des pouvoirs publics : les élus, les services de l'État, l'ARS... La rationalité des décideurs, ce sera globalement de privilégier ce qui se voit. Si vous êtes élu, et je crois qu'il y a ici quelques élus, moi, je ne suis pas élu mais si je l'étais, la rationalité serait de me faire réélire, tout de même ; ou alors, il faut être un peu bizarre. Et l'on se fait plus facilement réélire, rationnellement, tendanciellement – je parle bien de rationalité tendancielle, que personne ne le prenne mal : chacun peut faire le pas de côté –, lorsque l'on privilégie ce qui se voit plutôt que ce qui ne se voit pas et qui peut rapporter gros. Vous me voyez venir avec mes gros sabots : la prévention sera souvent le parent pauvre parce que c'est plus difficile à expliquer. Les éducateurs en milieu ouvert – même si l'on ne dit plus « milieu ouvert » –, qui passent une partie de la journée à jouer au baby-foot avec les gamins au pied des tours, font leur métier. Mais il n'est pas facile d'expliquer qu'ils jouent au baby-foot toute la journée. N'ont-ils rien d'autre à faire ? Alors qu'un beau centre renforcé, cela a de l'allure ! Cela, au moins, cela vous pose une politique et cela vous rassure. Je caricature, mais tendanciellement, il y a bien quelque chose de cet ordre-là. C'est vrai pour toutes les politiques. La prévention, cela rapporte énormément. On entend tellement de bêtises, comme au sujet du tabac. Pourquoi n'a-t-on pas une politique un peu plus hardie en matière de tabac ? Parce qu'il y a la taxe sur le tabac. Mais ce que l'État récupère avec la taxe sur le tabac, c'est infinitésimal par rapport à ce que coûtent 50 % des fumeurs, dont je rappelle qu'ils vont faire un cancer du tabac. C'est infinitésimal. Ce ne sont donc même pas des raisons financières. Ce sont des raisons de projection et de représentation. Voilà pour les élus et pour les décideurs, les décideurs de l'ARS, si vous voulez.

Venons-en maintenant aux professionnels. De la même façon, le sujet est un peu tabou. Les professionnels ont deux moteurs principaux. Ici, il n'y a que des gens géniaux, moi y compris, qui n'ont pas que ces moteurs-là. Mais tendanciellement, ces moteurs, c'est de gagner un peu plus d'argent et d'avoir un peu plus de pouvoir. « Ah non, moi, dans le social, ce n'est pas comme cela... ! » Enfin, tout de même, tendanciellement... Cette rationalité, il faut l'entendre, il faut la comprendre. Ces rationalités ne sont pas gênantes. Il faudra simplement que ces rationalités se retrouvent dans une rationalité plus globale de santé publique, d'action collective et partenariale que l'on va mener.

Et pour les administrations, la mienne, l'administration générale, la rationalité est de deux ordres : le respect de la loi et le respect du budget. Si vous respectez la loi et que vous respectez le budget, tendanciellement, l'administration sera tranquille. Sauf que l'on peut respecter la loi et respecter le budget et faire à peu près n'importe quoi. Orpée respectait bien le budget... Pour le respecter, il le respectait ! C'était même parfaitement tenu, pour dégager des bénéfiques... Vous voyez à quel point on ne peut pas s'arrêter à ce type de rationalité.

Deuxième point, sur lequel je vais aller plus vite. La transversalité et la coopération sont absolument indispensables, pour deux raisons.

Premièrement, pour intégrer la complexité des politiques. Quelqu'un dont j'aime tout particulièrement la pensée, un jeune homme de 102 ans, Edgar Morin, qui réenchante le monde chaque fois qu'il nous parle, a développé ses théories de la complexité, nous disant que nous confondons complication et complexité. Sémantiquement, il est plus joli de dire « complexité ». Cela fait plus riche et plus chic que « complication » mais cela n'a rien à voir. Edgar Morin nous dit que la complexité est un état du monde, un état des relations entre acteurs, un état de l'usager, l'usager que vous croisez tous les jours : il est complexe, avec toutes ses dimensions, biologique, psychologique, sociale. La complexité, c'est un état du monde et un état des usagers. C'est nous qui rendons les choses compliquées en refusant cette complexité. Edgar Morin en veut beaucoup à Descartes et par contre, a une profonde amitié pour Pascal. Rappelez-vous ces deux contemporains, que l'on a forcément dû croiser pour passer le bac de première ou la philo, ces deux contemporains, notamment Pascal, qui nous disait : *« je tiens pour impossible de connaître le tout sans connaître les parties, de même que de connaître les parties sans connaître le tout »*. C'est une phrase magnifique. La prise en charge holistique est résumée une fois pour toutes par Pascal : je ne peux comprendre le tout sans comprendre les parties, je ne peux comprendre les parties sans comprendre le tout. Donc le fémur de la chambre 48, c'est terminé : on ne doit plus en entendre parler. L'alcoolisme de M. Dupont, SDF, que vous croisez, on ne doit plus en entendre parler. Sauf qu'il faut être capable de soigner le fémur de M. Durand tout en soignant M. Durant. Il faut être capable de soigner l'alcoolisme de M. Dupont tout en soignant, au sens de « prendre soin », M. Dupont. Descartes, lui, le Descartes très conceptuel et analytique, nous dit : chaque fois que nous sommes devant un problème compliqué, séparons-le en autant d'entités que possible. Edgar Morin nous dit que c'est la meilleure solution pour être sûr de ne jamais y arriver.

Or dans notre secteur, nous avons tendance à séparer à peu près tout ce qui peut l'être : le sanitaire du social, du médico-social, le curatif du préventif... Toutes les disciplines non seulement médicales mais soignantes et sociales sont dans l'hyperspécialisation. Dans un CHRS, nous avons de temps en temps un spécialiste de l'insertion par la santé, de l'insertion par l'économique, de l'insertion par le logement et nous avons de temps en temps la stupidité de nous demander par quoi il faut commencer. C'est comme si l'on nous disait : « ce soir, est-ce que tu veux manger, est-ce que tu veux avoir un toit, est-ce que tu veux être en bonne santé ou est-ce que tu veux avoir un boulot ? Tu choisis, tu coches la première case, parce que nous allons commencer par celle-là. » Eh bien ce soir, je veux tout. Et si je n'ai pas tout, je n'aurai rien, finalement. Vous voyez à quel point tout cela nous a amenés à réfléchir à ces politiques telles que « un logement d'abord », « un emploi d'abord », qui démontraient que l'on était capable, presque pour tout le monde, de trouver un logement, de faire en sorte que deux ans après, la personne soit toujours, même si elle était SDF, parce que l'ensemble des professionnels se coordonnaient autour d'elle pour agir sur toutes les dimensions. Bel exemple de coordination réussie !

Nous avons donc séparé tout ce qui peut l'être. Edgar Morin nous dit : vous avez inventé des spécialistes ignares, c'est-à-dire qui savent tout sur presque rien. À force de spécialiser la chose, ils savent tout sur à peu près rien, finalement. Et savoir tout sur rien, c'est être un éminent professeur de médecine, de chirurgie viscérale, de traumatologie, et dire : « moi, je ne m'intéresse qu'à cela ». Parfait. Dans son service, on meurt d'infection nosocomiale dans des proportions calamiteuses. Par conséquent, pour le patient, ce professeur savait tout sur à peu près rien, parce qu'il en est mort, tout de même... Mesurons donc à quel point se focaliser sur sa discipline, c'est finalement, pour l'usager, savoir tout sur à peu près rien, d'une certaine façon. Edgar Morin nous dit : ne supprimez pas les spécialisations, dépassez-les, ce qui n'a rien à voir, parce que la spécialisation est intéressante. Elle permet de carotter en profondeur. C'est parce que mon petit périmètre était relativement réduit que je suis devenu un cador de la chirurgie de la main ou un cador de l'insertion par l'économique. Oui, il est utile d'avoir des cadors. Par contre, il faut dépasser sa spécialisation. Il faut que ce cador ne pense pas qu'il détient l'alpha et l'oméga de la prise en charge de la personne concernée.

Pourquoi faut-il une coordination indispensable ? Pour se recentrer sur l'usager sur ses besoins et notamment, sur les logiques de parcours. L'analyse des besoins est la clé du succès pour presque tout, en matière sanitaire et sociale. C'est la clé du succès avant de lancer une coordination, c'est la clé du succès avant de lancer une démarche évaluative de qualité. C'est la question la plus importante : est-ce que le

matin, quand j'arrive dans mon bureau ou dans mon institution, ce que je vais faire répond aux besoins des personnes concernées ? C'est la question des questions : est-ce que je réponds aux besoins des personnes concernées ? Il n'y a pas de question plus importante. Il n'y a pas de question plus difficile. Vous avez les besoins subjectifs, les besoins objectifs... Il n'en demeure pas moins que ce qui est assez troublant, c'est le peu de temps que nous passons tous à cette analyse des besoins.

La notion de besoin ne peut être que scientifique, tendancielle. Ne confondons pas le besoin et la demande, qui peuvent ne rien avoir en commun, et ne confondons pas le besoin et l'offre, qui, malheureusement, peuvent aussi ne rien avoir en commun. Ce n'est pas en écoutant M. Michu ou Mme Michu, ce n'est pas en regardant ce que je fais, forcément, que je vais analyser les besoins. Le besoin, c'est dans la grande littérature scientifique nationale, internationale, dans l'analyse expérimentale, parce que l'on est capable d'analyser les besoins à condition d'analyser les expériences. Mais je dis bien : de les analyser, pas simplement de dire : « ah, c'était bien, ce moment-là ». Pourquoi était-ce bien ? Comment était-ce bien ? Va-t-on pouvoir le reproduire ? Il n'y a donc pas que la littérature nationale et internationale. Le besoin, c'est du côté de l'analyse objective et scientifique, fondamentalement, raisonnablement. Si vous voulez, je peux vous répondre pour mon ARS, pour mes douze ans de DG d'ARS. La réponse sera accablante. Fondamentalement, dans notre institution, est-ce que l'on délègue une petite part de cette veille intellectuelle, scientifique, à quelqu'un qui est chargé de s'assurer de l'évolution de l'état de l'art et de la science ? Et combien de temps lui donne-t-on ? Il est dommage que ce ne soit pas l'alpha et l'oméga des politiques.

La nécessité de retrouver cette analyse des besoins va avec les logiques de parcours, pour les malades chroniques, en particulier. Vous le savez comme moi : il y a 16 ou 17 millions de malades chroniques qui sont, typiquement, des malades du parcours, des malades de la coordination. Ce n'est pas à vous que je vais l'expliquer. D'après la dernière étude de la Cnam, il y en aurait 24 millions. Je trouve que cela fait tout de même beaucoup. Nous serions bientôt un Français sur deux malade chronique. Mais que ce soient 16, 17 ou 24 millions, finalement, le nombre est incroyablement important. Ce sont des malades du parcours : le diabète, l'insuffisance cardiaque, certaines formes de cancer, le sida, ce sont des maladies chroniques, que ce soit d'ailleurs du social, du médico-social ou du sanitaire, parce qu'être SDF, c'est une maladie chronique. On peut s'en sortir mais l'expérience montre que cela peut durer des années. C'est donc une maladie sociale et sanitaire chronique. Il n'y a pas d'autres solutions : ce sont des patients du parcours des usagers. Que voulez-vous qu'ils aient comme ambition autre que celle, même si elle est inconsciente, de croiser des gens qui se coordonnent ? Ils ont besoin de cela. La personne handicapée psychique, avec une schizophrénie découverte à 20 ans, qui sort de chez elle, qui reste quelques semaines à la rue, arrive à l'hôpital psychiatrique en urgence. On va la garder une semaine ou quinze jours. Au bout de ce laps de temps, on peut lui dire : « écoutez, vous allez bien, repartez chez vous ». S'il n'y a pas un responsable du parcours, qui peut être l'infirmier du CMP, par exemple, qui va aller la voir tous les jours tant qu'il faudra y aller tous les jours, qui, s'il la perd de vue, va essayer de la retrouver pour savoir où elle est passée, qui s'assurera de sa compliance à l'égard des médicaments, qui l'aidera à trouver une assistante sociale pour rester dans son logement, eh bien le cercle infernal continuera. Au bout de quelques semaines dans son studio, la personne « mettra le souk », les voisins en auront assez, elle repartira la rue. Ce sera le retour à la case départ. C'est typiquement quelqu'un qui a besoin d'un parcours et donc, d'un coordonnateur de parcours. Mais je sais que je parle à des convaincus.

J'en arrive au troisième temps de mon intervention : la transversalité est possible à certaines conditions. Il s'agit de fédérer autour de la démarche de projet. La pire des choses, pour un usager, pour une politique destinée à un groupe de population, c'est de ne pas poser la santé en termes de projet, c'est-à-dire en termes d'objectifs, de problèmes à résoudre et de résultats à obtenir. La pire des violences, pour une structure, ce sont ces structures qui sont comme le navire qui tourne autour de l'axe de sa quille. Nous connaissons de telles structures. Elles n'ont pas de projet, ne savent pas où elles veulent aller, il n'y a pas de sens, dans les deux acceptions du terme : il n'y a pas de direction, il n'y a pas de valeurs. À partir du moment où l'on est capable de développer ce type de démarche de projet, on est aussi capable de galvaniser les troupes.

Il y a une autre condition : que les tutelles – c'est un terme impropre puisque vous n'avez pas de tutelle – , que les financeurs aient le courage d'imposer la coordination et de dire à tous les gens qu'ils financent qu'ils ne financeront plus si la coordination n'est pas au rendez-vous. Ce n'est pas un oukase, ce n'est pas un crime de lèse-majesté ; c'est ainsi que l'on mène des politiques efficaces en direction des usagers. Il faut donc que les financeurs prennent leur part.

Tout cela avec de multiples concrétisations, que vous connaissez aussi bien que moi et même mieux : le DAC, dispositif d'appui à la coordination, magnifique dispositif, ex-PTA [plateforme territoriale d'appui], que nous avons expérimenté dans cinq territoires, il y a de cela une dizaine d'années, dont je regrette qu'il ne soit pas tenu avec plus de vigueur et d'ambition parce qu'avec ce binôme, une infirmière et une assistante sociale, qui, autour d'un téléphone, prennent en charge quelqu'un, en termes de coordination, on a inventé quelque chose de magnifique. Avec les ateliers santé ville, depuis 2000, vous avez été capables d'inventer, parce que dans les années 2000, c'était une invention, cette logique d'« aller vers », et non seulement d'« aller vers », mais de « faire avec ». Tout cela fait beaucoup de choses, très localisées sur un territoire. Et l'on sait qu'il faut localiser : on ne parle pas de la mammographie de la même façon à Aubervilliers que dans le 16^e arrondissement. C'est comme cela. Moi, dans la Creuse, j'avais le seul département de France où l'on voyait encore des cancers du sein à la phase où ils étaient visibles. On les découvrait à la phase d'ulcération. C'était le seul département de France parce que dans la Creuse, on ne va pas consulter tant que l'on n'est pas à l'article de la mort. Il faut le savoir, quand on fait la promotion de la mammographie en Creuse. Vous voyez qu'il n'y a pas qu'Aubervilliers et le 16^e arrondissement. Il y a aussi la Creuse, il y a Bordeaux et le Pays basque. Ce sont des logiques très différentes.

Vous avez inventé cela : aller vers, faire avec... C'est une révolution, aller vers. C'est insupportable, cette idéologie de la libre adhésion : je n'interviens que si l'autre adhère, si l'autre le demande. C'est insupportable ! Vous savez très bien qu'il y a des milliers de personnes qui ne vous demanderont jamais rien. C'est ainsi. « C'est la liberté, mon cher Monsieur, vous comprenez bien, moi, je ne peux pas contrevenir à la liberté... » Vous pouvez surtout acheter votre propre tranquillité ! Le monde de la psy, pour lequel j'ai une affection sans borne... , avec lequel je suis donc très dur, a eu besoin de réfléchir à la libre adhésion, tout de même : je n'interviens que si l'autre le demande, c'est absurde ! Je vais vers lui pour susciter la demande. Cela, c'est du travail. C'est ce travail que vous faites tous les jours. Un psychiatre de mes amis, qui a le sens de l'humour – comme quoi... –, m'avait posé la question : savez-vous combien il faut de psychiatres pour changer une ampoule ? Il y a des gens de très mauvaise foi qui disaient : il en faut deux, un qui tient l'ampoule et l'autre qui tourne le tabouret. Vous voyez tout de suite l'image. Eh bien non : il n'en faut qu'un mais il faut que l'ampoule le demande. Je trouve que c'est une assez bonne synthèse de la libre adhésion et de la nécessité d'« aller vers », effectivement.

L'intérêt des CLS est magnifique. Avec eux, on tente la systémique. On tente, sur un territoire, de faire prendre conscience à plusieurs acteurs, pas seulement ceux du soin, qu'ils ont une responsabilité en matière de santé. C'est magnifique ! Il faut continuer cela. Les CLSM, pour lesquels j'ai, là aussi, beaucoup d'affection, et que j'ai beaucoup tenté de développer dans ma région, ont des logiques dans lesquelles on sait mettre autour d'une table la justice, la gendarmerie, le monde de la psychiatrie, le monde des commerçants, pour traiter concrètement d'affaires sur un petit territoire. Cela me semble remarquablement intéressant. Et enfin, il y a ce PTSM, ce projet territorial de santé mentale, créé par décret de 2017, pour lequel j'ai aussi beaucoup d'affection, qui nous permet de faire la liste de l'ensemble des problèmes que l'on doit traiter. En revanche, et s'il y a ici des représentants des CPTS, n'écoutez rien : je vous dis simplement que vous pouvez arriver à faire en sorte que ce soit très utile. Je n'ai aucun doute. Par contre, je peux vous garantir que cela n'a pas été fait pour être utile. Sachez-le. Cela ne vous empêchera pas de le rendre utile. Mais cela a été fait simplement pour occuper les médecins. Vous voyez bien que les textes sur les CPTS peuvent aller de la CPTS où l'on boit l'apéritif deux vendredi soir par mois, où l'on discute un peu, jusqu'à la CPTS qui va s'occuper la permanence des soins, de ce qui intéresse vraiment la population. Vous, cela ne nous empêchera pas de le rendre utile mais comme d'habitude, on a laissé une totale liberté aux médecins. Ce n'est donc pas fait pour être utile pour l'ensemble de la population.

Je termine par trois points : l'impulsion nationale, à l'heure actuelle, est insuffisante. Il n'y a pas de vraie politique nationale, de politiques locales coordonnées relativement homogènes et généralisées. C'est donc

très dépendant de votre bonne volonté, de la bonne volonté de l'ARS ou d'autres acteurs. Je ne rêve pas de politique standardisée mais je rêve tout de même de politiques un peu plus homogènes, qui fassent que tout le monde est un peu traité de la même façon. Localement, on peut « aller vers », prendre l'initiative, et vous le faites tous les jours. Continuez ! Il n'y a pas de politique nationale clairement et suffisamment affirmée. Par contre, vous pouvez tous les jours prendre des initiatives. C'est une bonne nouvelle. Mais enfin, il faudra que nous soyons capables de persuader les pouvoirs publics de faire en sorte que tout ceci devienne une politique plus homogène sur l'ensemble du territoire.

Pour conclure, je citerai Michaux, le poète, pour les soirs vous désespérez. Cela peut arriver de temps en temps. Il nous dit : « *ne désespérez jamais. Faites infuser davantage* ». Donc laissez l'infusion se faire...