

# IMPACTS DU COVID SUR L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE FRANÇAIS

## PLAN

### 1 . France : 2005/2020 > histoire d'un effritement

Quelques repères (repris dans « économie mondiale de la Santé ») :

- **Masques** : un lent désarmement nous laisse face à une pénurie dramatique
  - **Tests** : une communication illisible autour de : « tester, alerter, protéger »
  - **Vaccins** : carences et tergiversations face à un redoutable défi logistique
- Leçons de 2020

### 2 . Etranger : quels enseignements tirer ?

Des modèles très différents :

- **Asie** : Chine, Corée, Taiwan
  - **Europe** : Italie, France, Allemagne
  - **Quête de l'immunité** : Suède, Pays-Bas, UK & USA
- Idées à retenir

### 3 . Avenir : axes de réarmement face aux pandémies

Quelques réflexions préliminaires :

- **L'organisation des soins**, suradministration, ARS, cloisonnements, lits en réa
  - **La santé publique**, prévention, éducation, recherche, démocratie en santé
  - **La prise en charge des malades** chroniques et en établissements médico-sociaux
- Enfin, la question du financement

### En conclusion

Nous n'évoquerons ici que marginalement les aspects (pourtant essentiels) économiques, sociaux et éthiques de cette crise, pour nous concentrer sur ce qu'elle peut nous apprendre quant à la gestion de notre système de santé publique et à sa nécessaire évolution.

### Annexes :

1. « Repenser le système de santé le plus **démocratiquement** possible afin d'affronter les crises du XXI<sup>e</sup> siècle »
2. « Il faut donner un véritable cadre à la **prévention** dans notre système de soins »
3. « Notre système de santé publique a besoin d'un **nouveau souffle** »

## I. France : 2005/2020 > Histoire d'un effritement

### Quelques repères (repris dans « économie mondiale de la Santé »)

Après de nombreuses années de développement des dépenses de Santé nettement plus rapide que le PIB, la crise de 2008 marque un coup d'arrêt brutal, comme dans la plupart des pays de l'OCDE, mais sensiblement plus marqué et durable :

%PIB	1970	1980	1990	2000	2005	2009	2012	2015	2018
<b>France</b>	<b>5,7</b>	<b>7,0</b>	<b>8,4</b>	<b>10,1</b>	<b>11,2</b>	<b>12,0</b>	<b>11,6</b>	<b>11,5</b>	<b>11,2</b>
Assur.maladie	5,9	7,3	7,6	9,0	10,0	11,0	11,3	11,0	10,8
Syst.nationaux	5,8	7,1	7,6	8,0	9,0	10,0	9,9	9,9	10,0
<b>Monde</b>	<b>4,7</b>	<b>6,1</b>	<b>7,1</b>	<b>7,7</b>	<b>8,4</b>	<b>9,0</b>	<b>8,7</b>	<b>8,8</b>	<b>8,8</b>

La structure de la consommation médicale française de la décennie passée se démarque par plusieurs caractéristiques très spécifiques :

- Une **présence marquée de l'hôpital** (30% contre 20 à 27 ailleurs) ;
- Une **faiblesse de la prévention** (2% contre 3 à 4% ailleurs) ;
- Une **lourdeur administrative** (6,2% contre 2 à 5% ailleurs).

La densité en personnel soignant et en lits d'hôpital était en 2018 assez proche des moyennes européennes exprimées pour 1000 habitants :

- Médecins : 3,4 (2,9 en UK contre 4 en Europe), résultat de 40 ans de numerus clausus ;
- Infirmiers : 10,8 (7,8 en UK contre 9,2 en Europe), en croissance régulière (3% l'an) ;
- Lits d'hôpital 6,2 (2,7 en UK contre 3 à 8 en Europe), en baisse constante (-1% l'an).

En résumé, les tableaux de l'OCDE dressaient en 2017 le tableau suivant de la situation du système de Santé français :

<i>Points forts</i>	<i>Points à améliorer</i>
Espérance de vie (notamment femmes)	Alcoolémie et Tabagisme
Mortalité par Cardiopathie ischémique	Prévention et Vaccination (rougeole...)
Reste à charge des ménages	Trop d'antibiotiques prescrits

Nous allons maintenant jeter un coup de projecteur sur trois domaines où les carences de la gestion française ont alimenté la chronique, nourri les critiques au fil des saisons de 2020 et alourdi fortement les bilans tant sociaux qu'économiques :

- La polémique sur la pénurie dramatique de **masques** au printemps ;
- Les péripéties des **tests** : le « tester, alerter, protéger » à l'automne ;
- Les débuts laborieux de la **vaccination** cet hiver ;

NB : nous n'évoquerons pas le relâchement de l'été, qui semble avoir été un phénomène commun à toutes les démocraties (voire ailleurs ?).

## 1. La polémique sur la pénurie dramatique de masques

### 2005-2007 : le temps de l'« armement sanitaire »

La première alerte épidémique du XXI<sup>e</sup> siècle remonte à 2003, avec le SRAS, favorisant l'émergence d'interrogations sur nos dispositifs de prévention et de précaution dans le domaine sanitaire. Début 2004 la grippe aviaire H1N1 en Chine renforce la prise de conscience.

Dès Octobre 2004, le plan de lutte Douste-Blazy prévoit une batterie de mesures drastiques : frontières, déplacements, rassemblements, gestes barrières, masques (FFP2 pour les soignants, chirurgicaux pour les autres).

En Avril 2005, à la demande de D.de Villepin, ministre de l'Intérieur, l'Inspection Générale de l'Administration (IGA) établit un **rapport sur l'organisation et le fonctionnement des pouvoirs publics en cas de crise majeure notamment sanitaire**. Visionnaire, ce rapport évoquant l'apparition d'un nouveau virus humain très virulent, pronostiquait la crise très grave qu'elle engendrerait par sa vitesse de propagation, et l'ampleur des perturbations engendrées. Il préconisait de constituer sans tarder des stocks de masques et d'antiviraux, et de préfinancer la création en France d'une filière de production de masques FFP2 (pour les soignants).

En Juin 2005, X.Bertrand ministre de la Santé passe avec Bacou-Dalloz un accord pluriannuel pour le développement de l'usine de Plaintel, portant la capacité de production à 180 M/an de masques FFP2 ; en Mars 2007, il crée l'EPRUS (Établissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires) pour gérer l'ensemble des aspects logistiques. Des stocks considérables sont constitués, dont 1 milliard de masques chirurgicaux et 285 M de FFP2, **faisant de la France l'un des pays les mieux préparés au Monde, selon l'OMS**.

### 2007-2009 : l'apogée du principe de précaution

En Mai 2007, N.Sarkozy est élu président, puis F.Fillon nommé premier ministre et R.Bachelot ministre de la Santé. La politique demeure, à ceci près que la main passe du ministère de la Santé à celui de l'Intérieur, d'une approche de santé publique à une culture de l'autorité.

En Avril 2009, nouvelle alerte émise par l'OMS : un redoutable virus de grippe A-H1N1 déferle du Mexique. **Fin 2009, on dispose de 2,2 milliards de masques et 92 M de vaccins !**

A l'été 2009, est votée la loi HPST avec la création des ARS et le développement de la Tarification A l'Acte, avec une logique d'hôpital-entreprise plus que de qualité des soins. Puis la menace de pandémie s'éloigne, le débat sur l'excès de précaution « on en fait trop » s'ouvre, conduisant à décrédibiliser la parole politique, ouvrant la voie au « désarmement ».

### 2010-2011 : le changement de doctrine

Confrontés aux investigations des médias et des parlementaires, les dirigeants s'interrogent : continuer à anticiper, ou en finir avec le principe de précaution ? Fin Avril 2010, la DGS saisit le Haut Conseil de la Santé Publique d'une demande précise : « l'acceptation du FFP2 par les soignants restant faible, et 25% des masques et antiviraux arrivant à péremption, la question de la reconstitution d'un stock se pose ». Les commandes à Plaintel ne sont pas renouvelées.

L'année 2010 est marquée par d'âpres débats politiques autour du coût des dépenses engagées dans le cadre de la grippe A/H1N1 : on parle de 1 milliard d'€, il y aura 342 décès.

Le 1<sup>er</sup> Juillet 2011 tombe enfin la réponse du HCSP: « l'Etat doit continuer d'abonder son stock, les études suggérant une efficacité préventive élevée des masques de soins et des appareils de protection respiratoires, indispensables lors d'une épidémie ». Les masques chirurgicaux sont destinés aux populations exposées et aux usagers des transports publics, les FFP2 plus performants étant réservés aux soignants. Fort de ces recommandations, J.Y.Grall, DGS, alerte le ministre X.Bertrand : le coût de renouvellement est conséquent ; il propose d'engager « un renouvellement lissé... et partiel » des 800 M de chirurgicaux et 600 M de FFP2.

Le 2 Novembre 2011, X.Bertrand confirme le rôle de l'EPRUS qui doit coordonner les stocks des plates-formes régionales des ARS. Une annexe évoque les **équipements tactiques dont doivent disposer les établissements de santé, et qu'ils doivent désormais financer dans le cadre de leur mission d'intérêt général** ; L'état maintiendra une capacité d'intervention en renfort faisant partie des stocks stratégiques gérés par l'EPRUS.

## 2013 : l'arrêt du renouvellement des réserves est acté

En mai 2012, M.Touraine devient ministre de la Santé ; elle nomme J.Salomon DGS.

En mai 2013, le Secrétariat Général de la Défense et de la Sécurité Nationale (SGDSN), qui dépend de Matignon, acte le changement de doctrine et donc le non-renouvellement des stocks restants (**616 M de chirurgicaux et 114 M de FFP2**). L'idée est alors de s'appuyer sur les importations chinoises, mais aussi sur les capacités françaises de production.

L'EPRUS est délesté en partie de la responsabilité de constituer des stocks. Les ministères doivent disposer de leurs propres réserves de précaution. Les employeurs (publics et privés) doivent alors *"déterminer l'opportunité de constituer des stocks de masques pour protéger leur personnel"*, en particulier FFP2 ; mais cette doctrine n'est pas assez relayée et pas contrôlée.

## 2014-2016 : la réserve est divisée par deux, le délitement se poursuit

En mars 2015, un rapport du sénateur Delattre témoigne de la baisse des stocks stratégiques détenus par l'EPRUS dont la valeur *"est passée d'un maximum de 992 M€ fin 2010 à 416 M€ "* (cette baisse résultant en partie du transfert aux employeurs de la responsabilité des FFP2).

Il met aussi en garde : *"L'emploi de capacités de production ne peut constituer une solution unique pour prévenir les situations sanitaires exceptionnelles"*. En clair, l'Etat doit conserver des stocks stratégiques « suffisants » (?!!!) face à une épidémie : 100 M de chirurgicaux (à 0,032 € l'un).

**En Mai 2016, l'EPRUS intègre officiellement Santé Publique France**, ses 30 emplois sont dilués dans une technostructure de 500 personnes ; les responsabilités sont dispersées, les moyens (42 M€ de budget, divisés par 2 en 5 ans) sont réduits, les activités non contrôlées.

## 2017-2020 : l'heure des comptes ; l'inventaire impossible

**Dès fin 2016, J.Salomon se rapproche d' E.Macron et l'alerte : « la France n'est pas prête ; le pays doit adapter ses organisations face aux spécificités des crises majeures à venir ».**

En Avril 2017, le DGS B.Vallet demande un contrôle de la qualité et de l'efficacité des 616 M de masques chirurgicaux ; les tests auraient conclu à la non-conformité de la plupart (par rapport à une nouvelle norme...de 2014): fin 2018, ils seront détruits, alors qu'une partie restait utilisable. En septembre 2019, il est décidé de n'en acheter que 50 M, sur les 100 que la DGS avait préconisé en octobre 2018 et d'évaluer les capacités françaises de production et d'appro. **Fin 2018, Honeywell ferme l'usine de Plaintel** et on détruit 2 lignes, la 3<sup>ème</sup> part en Tunisie).

L'exécutif aurait ainsi triplement fauté : en détruisant des masques dont une partie, même non conforme, restait aptes à l'emploi, en omettant de renouveler le stock, et en laissant fermer fin 2018 l'usine française de Plaintel et détruire 2 lignes de production.

Début 2020, alors que l'épidémie de coronavirus se propage, les stocks ont fondu. L'Etat ne dispose d'aucune réserve en masques FFP2, de 117 M de masques chirurgicaux adultes et 40 M enfants. Le volume de masques détenu par les employeurs est impossible à déterminer.

Un décret de réquisition de la production française est pris le 3 mars. Dans le même temps, le gouvernement finalise l'importation de 250 M de masques (à grand prix) et assure également avoir commencé, dès le mois de janvier, en importer de nouveaux.

Ces mesures n'ont pas éteint pas les interrogations autour de l'anticipation de la crise. Mi-mars 2020, l'exécutif ne souhaitait pas débattre. "Il sera temps au moment voulu de tirer toutes les conséquences en matière de préparation", a affirmé O. Véran.

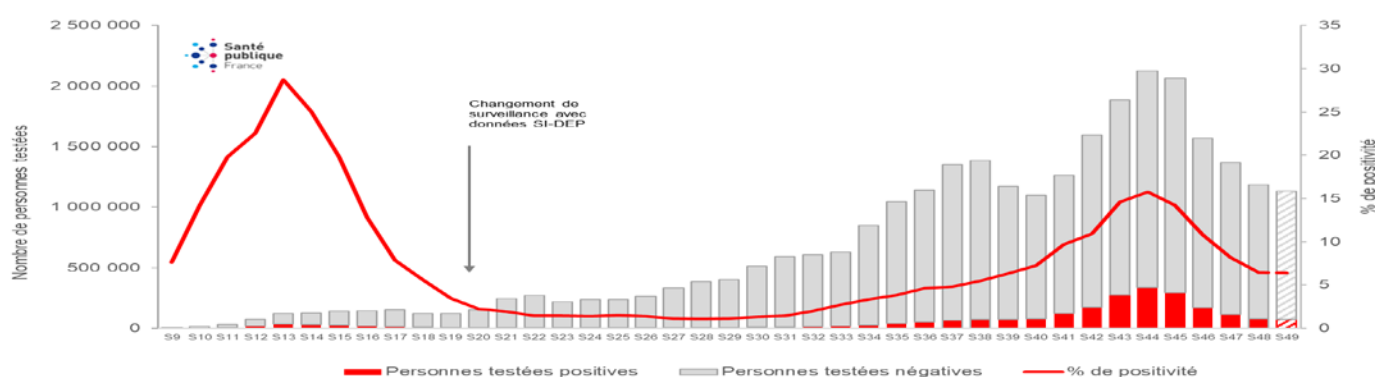
## 2. Les péripéties de la stratégie « tester, alerter, protéger »

« Testez, testez, testez ». Depuis le 16 mars 2020, c'est le message très clair martelé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans le cadre de la lutte contre le Covid-19.

Dans ce domaine aussi, la technostructure prend le temps de la réflexion ; puis quelques tests sont réalisés fin février, mais seuls les cas sévères sont testés, et seuls les établissements de santé de référence ou les labos médicaux de sécurité biologique de niveau 2 sont habilités à pratiquer ces tests (arrêté du 7 mars). Faute d'une production suffisante de machines et de réactifs en France, les laboratoires d'analyse sont dépendants de l'étranger.

Alors que la cadence plafonne autour de 150 000 tests hebdomadaires, E. Philippe annonce aux députés le 28 avril un **objectif de 700 000 tests « dès le 11 mai »... qui ne sera atteint que fin juillet**, les autorisations ayant été peu à peu élargies aux ressources disponibles.

### Tests hebdomadaires et résultats :



Fin juin, on plafonne encore à moins de 250 000 tests hebdomadaires, tandis que l'application « stop-Covid » lancée le 2 juin reste en échec.

Pour accélérer le processus, diverses mesures sont prises fin juillet :

- Possibilité de faire le test sans ordonnance ; puis remboursement des tests PCR ;
- Recours à d'autres méthodes de test (antigéniques, salivaires, sanguins) ;
- Introduction (laborieuse) des 20 robots achetés à la Chine ;
- Communication active en faveur des tests...

L'ensemble de ces mesures permet de doubler la cadence, qui atteindra 600 000 mi-août.

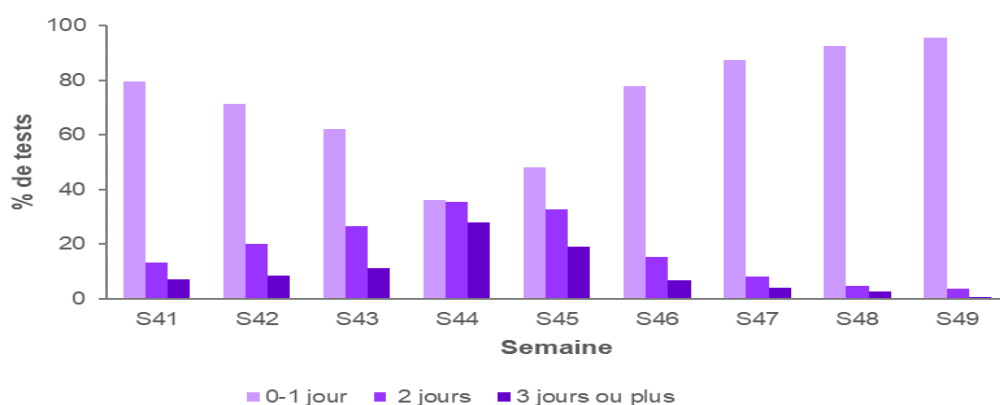
Pour autant, la France reste très en retard sur ses voisins européens, avec 33,2 tests de dépistage réalisés pour chaque nouveau cas confirmé, contre 151,5 au Royaume-Uni, 115,1 en Allemagne et 51,0 en Italie (source Statista, 25,08,2020).

**Cette enquête montre que mi-août, la France est très en retard sur ses voisins dans le dépistage ; pourtant, dès début juillet, le gouvernement a décidé d'accélérer le rythme de dépistage : il faudra un trimestre entier pour passer de 300 à 1200k tests/semaine.**

Avec le développement de l'épidémie depuis la rentrée, le gouvernement relance sa stratégie « tester, alerter, protéger », mais l'efficacité de cette approche se heurte très vite à un mur : les laboratoires sont engorgés par l'afflux de la demande, les files d'attente s'allongent, et le délai de réponse sous 24h s'effondre en octobre de 80% à 33% (et 30% obtenus sous 3j et plus !).

En rapprochant ces délais d'accès et rendu des résultats des délais propres à l'épidémie (soit 4 jours d'incubation et 6 jours de contagion), il est évident qu'ils nuisent gravement à l'efficacité.

### **Délai entre prélèvement et intégration du résultat dans la base de données :**



Le retour à 1 500 00 tests/semaine permettra un redressement en 2 à 3 semaines, pour atteindre 97% début décembre, tout en faisant face à une demande passée à 2 millions de tests/semaine. Quelques campagnes de tests massives sont menées fin décembre.

En aval du test, d'autres difficultés s'ajoutent, notamment :

- L'enquête de traçage des cas contacts (avec visite à domicile) débute trop tard ;
- Les chaînes de transmissions (cas contacts) ne sont guère identifiées ;
- Les refus de suivi (cas et contacts à risque, isolement) augmentent ;
- Les gens s'isolent peu ou pas bien ; le contrôle est inexistant.

L'ensemble de ces causes ont évidemment fragilisé la capacité à maîtriser les chaînes de transmission, et aggravé l'ampleur de la seconde vague. L'application « tous anti-Covid » lancée le 22 octobre se heurte à des réticences (10,7 M d'inscrits à Pâques).

**Le grand absent du dispositif français est le « traçage rétroactif »**, qui a pourtant fait ses preuves dès le printemps dans de nombreux pays asiatiques (Corée, Taïwan, Chine...) ; l'Assurance-maladie y réfléchit depuis quelques mois ! Remonter à la source, c'est un concept vieux comme l'investigation d'épidémies. Si cette stratégie est plus pertinente pour le Covid-19, c'est dû à l'hétérogénéité des cas secondaires, avec certains qui en infectent beaucoup (les super-contamineurs), et la plupart zéro ou un.

En pratique, **s'il est difficile d'identifier l'individu contamineur, il est en revanche plutôt facile d'avoir une bonne suspicion de l'événement à l'origine de la contamination.**



### 3. Vaccination : carences face à un redoutable conflit logistique

A l'heure où tous déplorent le manque de vaccins, il faut d'abord souligner **le succès des laboratoires, qui ont réussi à mettre sur le marché en un temps record** (moins d'un an) plusieurs produits qui s'avèrent présenter des risques limités au regard de ceux du Covid-19. On notera l'échec de Sanofi/Pasteur, dont les causes restent mal identifiées.

Cette percée scientifique majeure incombe à des partenariats de recherche et de financement noués entre les poids lourds du secteur et des petites sociétés innovantes de biotechnologie, conjugués aux aides d'Etat (USA, UK...) et aux commandes massives des gouvernements, l'Europe ayant pris du retard à l'été faute de confiance dans la technologie ARN.

On la doit aux biotechs américaine Moderna et allemandes BioNTech et Curevac, qui travaillaient depuis des années sur la piste de l'ARN messenger et ont élaboré des vaccins qui se jouent des mutations du virus. Et aussi à **l'urgence sanitaire qui a transformé le vaccin anti-Covid-19 en un bien commun qui doit échapper en partie aux lois du marché.**

:

Hésitant sur la communication, craignant la mobilisation des anti-vaccins (encore une spécificité française), voire la comparaison polémique avec d'autres pays, **le gouvernement a changé à plusieurs reprises de stratégie** ; ainsi début janvier :

- Le 29 décembre, il « assume » que la campagne démarre lentement en France ;
- Le 31, la vaccination est étendue aux soignants de plus de 50 ans ;
- Le 5 janvier, celle des plus de 75 ans, puis des personnes à risque, est avancée au 18, en déployant des centres de vaccination dédiés en ville (et plus par médecins traitants) ;
- Le 4, un « comité vaccinal » est annoncé, constitué de 35 citoyens tirés au sort.

La vaccination contre le Covid en Europe (0,68% au 12 janvier) est très hétérogène, certains pays étant plus avancés que d'autres. C'est le cas du Royaume-Uni (3,3%) et du Danemark (2%), voire de l'Italie (1,2%). À l'inverse, nombreux sont ceux à la traîne, dont Pays-Bas et **France, critiquée pour son démarrage très poussif** (0,2%) et sélectif (âge et double dose); en cause, un excès de précaution et la lourdeur administrative (visite, consentement écrit...).

Le vaccin Pfizer/BioNTech impose à tous les pays **un immense défi logistique** : il impose un équipement en super-congélateurs (-70/80°C), et reste stable 5j en frigo et 6h à température ambiante. Les contraintes du Moderna sont moins sévères (-20°C, stable 30j au frigo). Les vaccins classiques, stables au frigo, ont pris du retard (Astra-Zeneca), voire échoué (Pasteur).

Le réseau français repose sur une centaine de super-congélateurs, 6 plateformes et une centaine d'établissements pivots, engageant une multitude d'opérateurs privés voire militaires.

Après les masques, les tests, **ce sont bientôt les doses de vaccin disponibles qui alertent** ; les livraisons ralentissent, les priorités de répartition sont opaques, on observe des pénuries de réactifs et de seringues.

De plus, la communication tant des autorités que des médias accentue les réticences de la population vis-à-vis de la vaccination (Astra-Zeneca notamment) ; la situation internationale alimente il est vrai les polémiques.

Il semblerait donc que **la logistique n'ait pas été associée à la conception de la stratégie**, et l'exécutif n'a pas bien anticipé les questions de transport et de réception des doses, ni les contraintes de stockage et de distribution,

## Les leçons de « Covid » de 2020 en France

Si le gouvernement ne peut porter la responsabilité d'une dérive qui, nous l'avons vu, s'étale sur une dizaine d'années, de 2009 à 2018, son action en 2018/2019 a clairement aggravé la situation ; de plus, tout au long de 2019, la crise hospitalière (dirigeants, médecins et soignants réunis, une première) ne lui a inspiré qu'attentisme, puis demi-mesures, laissant **début 2020 le monde hospitalier fort démuni face à l'inconnue Covid-19**.

La pandémie a montré cruellement combien la politique de réduction des coûts menée pendant cette même dizaine d'années dans le cadre de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires, et sous la férule du **T2A a débouché sur un amoncellement colossal de coûts** économiques (ceux-ci, bien supérieurs aux économies réalisées), sociaux et éthiques (choix des patients, situation dramatique dans les EHPAD), dont le pays mettra longtemps à se relever.

Pourtant, le personnel de santé, abandonné par la technostucture, va faire face, s'unir dans chaque centre de soins pour inventer en équipe des solutions adaptées au défi ! On voit ici toute l'importance jouée, par **l'autonomie décisionnelle**. Bien sûr, cela ne va pas sans un épuisement face à la durée. Au moins, tout au long de la première vague, le soutien de la population, spontané et durable, a fait chaud aux cœurs.

Trois constantes au moins reviennent, communes aux 3 études de cas menées ici, et caractéristiques de la gestion du système de santé français :

- Une très faible capacité d'**anticipation** et de réaction rapide face à l'imprévu ;
- Une **communication** hésitante, brouillonne, voire contradictoire et contre-productive ;
- Une incompétence marquée dans l'organisation **logistique**,

Les rapports des commissions d'enquête de l'Assemblée et du Sénat (voir annexes) dégagent trois messages importants, qu'il convient de garder en mémoire :

1. **La prévention des risques** relève de la responsabilité politique ; les moyens de la mettre en œuvre ne peuvent être laissés au bon vouloir des administrations ;
2. **Il faut remettre en question le fonctionnement des agences régionales de santé**, en lien avec les élus locaux et l'autorité préfectorale ;
3. **Le modèle des EHPAD doit être revu en profondeur**, dans le contexte de la réforme de la dépendance, au plan sanitaire et dans le respect de la dignité humaine.

**Les principes d'organisation face à une pandémie, tels qu'établis en 2004/05, pourraient constituer un socle sur lequel s'appuyer.**

**Les 3 cas exposés confirment que combattre efficacement dès les premiers jours et semaines des vagues exponentielles d'une pandémie est essentiel.**

**En synthèse, l'enjeu essentiel est de ne plus considérer la santé, et particulièrement l'hôpital, comme un ensemble d'entreprises centres de coûts basés sur l'offre de soins, pour axer leurs missions sur la demande de santé de la population.**



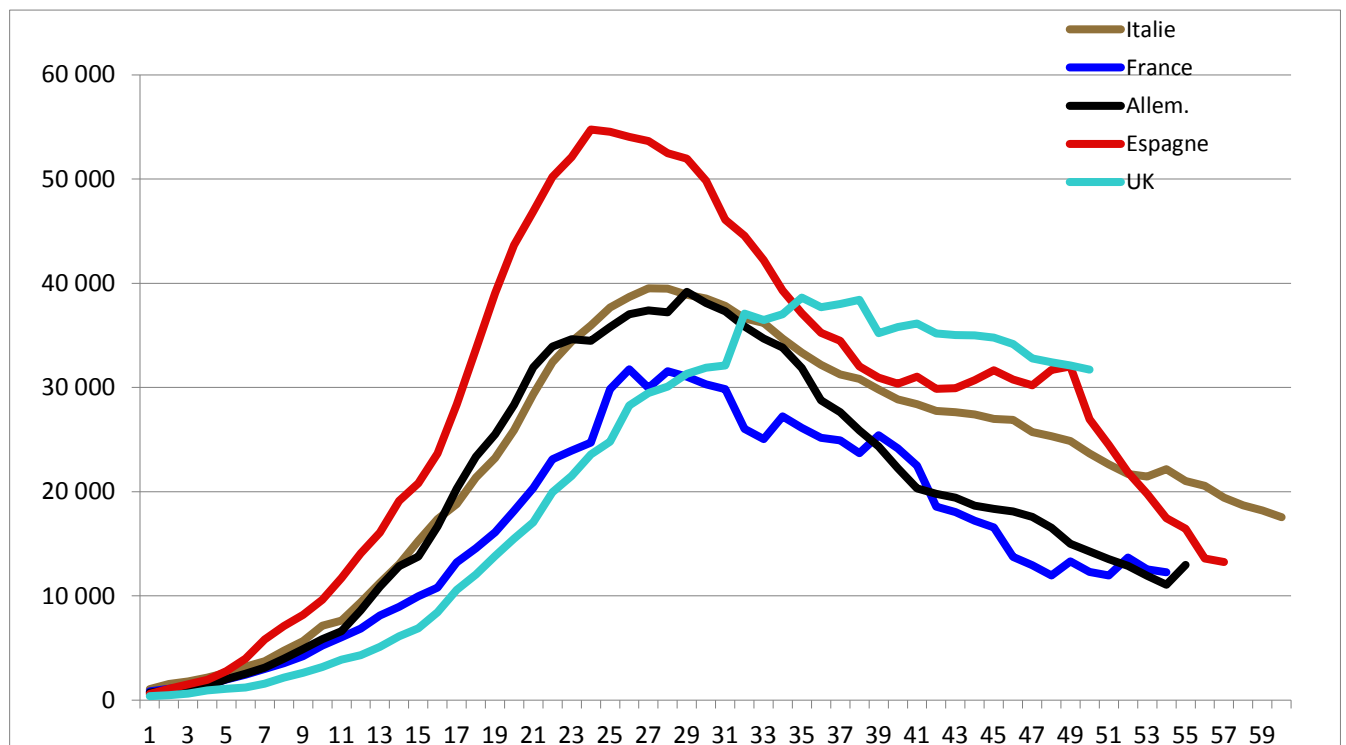
## II . Etranger : quels enseignements tirer ?

### *Un démarrage universel, une réaction très différenciée*

Alors que le coronavirus se propage inexorablement à travers le monde, l'épidémie semble suivre une trajectoire similaire dans de nombreux pays pendant 2 à 4 semaines.

Selon les chiffres de John Hopkins compilés par Worldometers, le nombre de cas diagnostiqués en France, en Allemagne et aux États-Unis augmente à un rythme semblable depuis que le seuil des 100 cas a été atteint, ce qui a eu lieu le 17 Février en Corée, le 22 en Italie, le 29 en France, le 1er mars en Allemagne et en Espagne, et le 5 mars au Royaume-Uni, le 4 aux États-Unis. Le développement initial est partout brutal : de 30 cas/jour, on constatera en 7 jours plus de 200 cas (+42% par jour), et en 14 jours plus de 1000 (+28% par jour), tous ces pays enregistrant après ces 2 semaines entre 5 000 et 8 000 contaminations (on n'évoque pas ici la Chine, dont on ne sait rien).

#### Nouveaux cas hebdomadaires en Europe au 30 avril :



Dans tous les pays européens, ce démarrage foudroyant se maintient pendant encore 10 jours à +14% par jour, pour atteindre à 4 semaines environ 40 000 cas hebdomadaires, le pic intervenant autour du trentième jour : en effet, les autorités ont pris presque partout des mesures de confinement, vite radicales au 17<sup>ème</sup> jour, qui porteront leurs fruits en 14 +/- 2 jours.

A ce stade, apparaissent déjà des exceptions notables :

- **la Corée réagit beaucoup plus vite ( le pic y est atteint à J+12 ! ) et efficacement, ainsi que Taiwan ;**
- **l'Allemagne confine beaucoup plus tard que ses voisins européens ;**
- **Angleterre, Pays-Bas, Suède, USA (et Brésil) visent l'immunité collective.**

Nous reviendrons sur ces différences et ce qu'elles nous suggèrent.

## 1. L'Asie : Chine, Corée, Taiwan

De la **Chine**, origine de la pandémie, on sait peu de choses, tant la censure est vigilante, les informateurs (tels Li Wenliang et Ai Fen « on me dit lanceuse d'alerte, mais je n'ai fait que mon travail », dès la fin décembre 2019) sont sévèrement traqués et punis, et les faits (dossiers médicaux, rapports...) travestis.

**Le foyer initial officiel est à Wuhan**, mais les informations restent longtemps tues : pour le cas initial, on parlera d'abord du 11/01, du 8/12, puis du 17/11 (début janvier) ; en fait, le virus était là plus tôt, **assurément en octobre**, sans doute dès l'été.

**On sait que le virus vient de la chauve-souris**, l'animal assurant le transfert à l'homme n'est toujours pas identifié ; ce passage serait intervenu sur le marché aux poissons (et de nombreux autres animaux exotiques, dont le pangolin) de Wuhan, mais le reconnaître serait évoquer les conditions d'hygiène alimentaire régnant en Chine, sources de bien des pandémies... L'hypothèse d'un accident de laboratoire n'est pas totalement écartée à ce jour.

**La transmission interhumaine ne sera reconnue par Pékin que le 20 janvier**, alors que le virus est séquencé depuis le 5. L'attitude de l'OMS face à Pékin est ambiguë (tact ? budget ?) : début 2021, on attend toujours l'enquête officielle sur cette pandémie et son origine.

**L'économie repart très fort, et réussit le tour de force d'une croissance de 1% en 2020.**

En **Corée du Sud**, nous avons vu que le démarrage se déroule comme en Europe : premier cas le 20 janvier > premier décès le 9 février > 100 cas le 17 > 1062 cas le 29. Pourtant, **tout est différent très vite**, au point que en 10 jours on passe de 686 à 110 cas quotidiens ; en France, cette division des cas par 6 prendra un bon mois.

**Le pays a déjà été confronté à des pandémies de grande ampleur** (SRAS en 2003, H1N1 en 2009 : un des atouts a été l'existence d'une véritable cellule d'état-major activée lors de la crise, avec un plan préétabli, un modèle militaire qui repose sur le renseignement, l'analyse, le commandement, les chefs d'exécution et 400 personnes.

Dès le 13 mars, l'exception coréenne est bien identifiée en Europe : Science titre « **face au coronavirus, la France doit elle s'inspirer de la Corée du Sud ?** », en développant les principales mesures prises :

- Tests tous azimuts, avec un nouveau test livrant un diagnostic complet en 6h
- Identification de la personne ou de l'évènement source de contamination (**rétro-tracing**)
- Approvisionnement en masques et campagne de désinfection
- Sensibilisation de la population et transparence des autorités
- Traçage GPS (effacé après utilisation) et isolement des personnes contaminées
- Surveillance stricte, plutôt que fermeture des frontières

**La première vague sera très bien maîtrisée** : au 30 juin, on compte 12 800 cas confirmés et 282 décès (pour 50 millions de coréens) ! La seconde posera plus de problèmes, avec 61 769 cas et 917 décès fin 2020 : relâchement, ou rançon de l'intense intégration coréenne dans l'économie mondiale ?

A **Taiwan**, le constat est analogue : **dès la fin décembre 2019, Taiwan alerte l'OMS** sur les risques de propagation désastreuse du Coronavirus ; dès le 2 janvier, l'équipe d'intervention a été mise en place, et le 20 les mesures d'urgence ont été réactivées ; le premier cas de contamination est diagnostiqué le 28 : bel exemple d'anticipation !

## Comment peut-on résumer en quelques mots la stratégie taiwanaise ?

- Commandement unifié
- Anticipation des risques
- Réactivité immédiate > application du protocole « pandémie »
- Fermeture des frontières, puis contrôle à l'entrée
- Transparence des autorités > confiance de la population > respect des directives
- Détection des sujets infectés repose sur quatre piliers : tester, isoler, tracer, traiter
- Obligation du port du masque dans les lieux publics, absence de pénurie de masques pendant la crise sanitaire (autonomie de production)
- Politique de traçage par géolocalisation des smartphones (6 mois de prison & 30 000€)
- Confinements individuels sanctionnés en cas de non-respect (quatorzaine d'isolement total)

**Enfin, il faut ne pas oublier plusieurs spécificités coréennes :** géographiques : quasi-insularité, la Corée du Nord faisant écran total face à la Chine ; régionales : confucianisme (appartenance au groupe), distance sociale (peu de contacts) ; et nationales : travail, vitesse, réactivité et discipline (respect des consignes), accès massif à internet.

**Au 29 janvier, pour 26 M de taiwanais, on compte 899 cas, et 7 décès, 0 depuis le 11 mai.**

## 2. En Europe : Italie, France, Allemagne

En Europe, le Covid-19 entre par l'**Italie**, officiellement en Lombardie dès fin janvier, introduit par des professionnels venant de Wuhan ; les écoles sont fermées dès le 4 mars, et le confinement intervient le 10, initialement (trop) restreint à une zone rouge de 11 communes.

Un responsable de la Croix Rouge en Chine s'étonnera « Les gens ne portent pas de masques, ils sont encore trop dehors, les transports publics fonctionnent toujours », témoignant de **mesures peu strictes au regard des standards sino-coréens**.

**Une des caractéristiques italiennes de la pandémie est la mortalité élevée** en première vague, soit 13%. On peut l'attribuer aux facteurs suivants :

- Démographie, avec 23% âgés de plus de 65 ans (contre 20% en Europe) ;
- Surcharge des infrastructures médicales, conduisant au choix des patients ;
- Déficit en soins intensifs : 5000 lits (5 954 en France et 25 000 en Allemagne) ;
- Biais par insuffisance des tests (inverse de la situation allemande) ;
- Distance sociale culturelle (confortée par la baisse en montant vers le nord de l'Europe).

La **France** est le pays du premier cas enregistré en Europe, le 24 janvier, un chinois. Pourtant le confinement général n'intervient que le 16 mars, pour cause d'élections municipales le 15 !

**Le confinement français se distingue par sa rigidité et le coût économique résultant :**

- Centralisation : tous les territoires sont traités uniformément depuis Paris ;
- Lourdeur administrative : règlements, documents d'autorisation...
- Contrôle policier, tatillon mais peu efficace ;

Le fait le plus marquant de la gestion de crise au printemps 2020 est le déficit de transparence et la cacophonie qui règne sur la communication des autorités ; notamment :

- Maintien ou non des élections (elles seront maintenues faute de consensus politique) ;
- Efficacité ou non des masques (écran de fumée pour en couvrir l'absence) ;
- Flou sur les gestes barrière (lavage des mains, distance sociale, aération des locaux).

L'**Allemagne**, qui a été touchée à peu près en même temps que sa voisine, réagit un peu plus tard, ce qui résulte sans doute de l'**autonomie des lands en matière de santé** publique : le confinement débute le 16, mais n'est généralisé que le 24 ; les frontières (prérogative fédérale) sont fermées dès le 16

Un atout allemand est la **structure fédérale** de l'état, qui permet des mesures rapides et au plus près de la situation locale, mais cela génère des difficultés telles que les délais dus à la négociation entre chancellerie et lands, ou une certaine cacophonie.

**La première vague allemande se distingue par un taux de mortalité très inférieur** à celui des autres européens : 3,8% au 30 juin, contre 12 à 15% ailleurs. Explications possibles :

- La population est plus âgée : âge médian 47,1 ans (supérieur au nôtre 41,4) ;
- Les modes de comptage sont différents (pas de test post-mortem) ;
- Les lits en soins intensifs sont plus nombreux (25 000 contre 7 000 en France) ;
- Les masques sont disponibles, et produits sur place ;
- Les tests de dépistage sont massifs, donc précoces (5 fois plus qu'en France).

**La seconde vague est beaucoup plus laborieuse et met à l'épreuve le fédéralisme** : on voit certains lands freiner les mesures restrictives et accélérer les dé-confinements, et la confiance de la population est ébranlée, alimentant critiques et manifestations. Le nombre de décès passe de 9 000 fin juin à 32 100 fin décembre (1000/jour, contre 300 en avril). Les allemands ont peut-être cru un peu tôt qu'ils avaient vaincu le virus, et baissé leur garde ?

**La troisième vague confirme ces difficultés**, avec 83 000 décès fin avril, soit plus de 50 000 en 4 mois (en France, les décès passent de 30 675 à 65 000 fin 2020, et 103 000 fin avril).

### **3. En quête de l'immunité collective : Suède, Pays-bas, UK & USA**

De nombreux pays dans le monde ont au printemps choisi plus ou moins explicitement la voie dite de l'« immunité collective », avant d'être contraints plus ou moins rapidement à y renoncer devant le développement de la pandémie.

En **Suède**, ce n'est pas le gouvernement qui gère la crise, mais l'agence de santé publique, qui émet des recommandations. Le choix est fait en mars de ne pas confiner la population, mais de garder la société « à moitié fermée » (télétravail encouragé, lieux publics ouverts, application des gestes barrière), en misant sur le civisme et la responsabilité des suédois.

**Le bilan est en demi-teinte** : fin avril, seuls 7,3% des habitants de Stockholm avaient développé des anticorps ; début juin, la propagation impose des restrictions qui feront descendre l'indicateur R en-dessous de 1 en 58 jours (34 en moyenne en Europe). « J'estime que nous avons échoué » dira le roi de Suède.

**La seconde vague, plus sévère**, contraint les 8 et 16 novembre, puis le 18 décembre, à prendre des mesures plus strictes, du type jauge de rassemblement à 8 personnes et fermeture des institutions publiques, sans toutefois aller jusqu'à confiner.

**Le système de santé suédois** a souffert depuis 30 ans de coupes budgétaires et subit une pénurie de matériel (lits...) et de personnel soignant formé.

Aux **Pays-Bas**, les autorités n'ont pas caché leur volonté de développer une immunité collective au sein de la population. Le Premier ministre Mark Rutte a annoncé le 16 mars que son gouvernement voulait parvenir à une **"immunité de groupe"** dans l'attente d'un vaccin, laissant les personnes les moins vulnérables attraper le virus tout en protégeant les personnes âgées et les malades, en excluant un confinement total.

Les Pays-Bas ont toutefois pris des mesures de restriction quelques jours plus tard, appelées **"confinement intelligent"**, les autorités ayant appelé la population, sans l'obliger, à rester chez elle et à éviter les rassemblements. À fin juin, le pays déplore 6 000 décès, et plus de 50 000 cas pour 17 M de néerlandais.

Le **Royaume-Uni**, même s'il n'a jamais assuré avoir choisi cette approche, a mis du temps avant d'établir une stratégie similaire à ses voisins en imposant le confinement. Patrick Vallance, conseiller scientifique de Boris Johnson, avait semé le trouble en suggérant qu'une **"immunité collective"** pouvait se développer si une partie des malades guérissait du virus. Mais face aux critiques, le gouvernement a préféré démentir et affirmer qu'il s'agissait simplement d'un **"concept scientifique et non d'un objectif"**.

Devant la croissance exponentielle de la pandémie, et pressé par des alertes scientifiques, le gouvernement ordonne le confinement le 23 mars. À fin juin, le **Royaume-Uni est le pays européen le plus endeuillé** avec 43 600 décès, mais déplore également le nombre de morts le plus élevé par million d'habitants dans le monde (681), juste après la Belgique.

**Le NHS est sous haute tension** : après des années d'austérité financière, les soignants manquent cruellement de moyens : lits (3 fois moins qu'en Allemagne !), mais aussi infirmiers et d'équipements ; les soignants sont acculés à faire des choix parmi les patients. La seconde vague fait des ravages ; à fin décembre, 2,5 M cas et 73 000 décès.

Cette crise reflète **la société britannique, qui a atteint des niveaux d'inégalité inédits** : l'espérance de vie stagne, les plus pauvres ont une santé précaire et peu d'opportunités d'avenir ; ce sont les plus vulnérables qui sont touchés le plus sévèrement.

Aux **USA**, il convient de garder en mémoire l'immensité du territoire (comme en Chine), mais aussi l'autonomie de chaque état dans la plupart des domaines, dont la santé : il en résulte que la situation pandémique est extrêmement variable, d'autant que les mesures prises par les autorités sont très différentes. **Concentrons-nous donc sur l'organisation de la santé.**

Face à l'épidémie, même les partisans les plus convaincus du système de santé individualisé et privé constatent les risques que cause ce modèle américain à la collectivité. En effet, les personnes non (ou mal) assurées potentiellement touchées par le virus ont deux options : retarder leur prise en charge en espérant que la maladie recule ou, si leur état se dégrade, se rendre aux urgences d'un hôpital, sans connaître le montant de la facture qui leur sera ensuite adressée (environ 72 000 dollars pour 6 jours). Même assurés, nombre d'Américains sont traditionnellement **enclins à reporter les soins faute d'assurance ad hoc.**

**La logique financière** qui prévaut aux USA conduit souvent à des décisions lourdes de conséquences : ainsi en 2006, sur une commande de 70 000 respirateurs, seuls 16 000 ont été livrés, le fournisseur ayant rompu le contrat comme insuffisamment rentable après son rachat ; le nombre de lits d'hôpitaux est nettement en retrait par rapport aux autres pays développés : ainsi le taux d'occupation était à New-York fixé à 95% avant la crise, profit oblige...

NB : La gestion de la crise du Covid semble avoir joué un rôle notable au détriment de l'administration sortante dans l'élection présidentielle, mais les crédits massifs de recherche et développement ont déterminé le succès des labos, puis la réussite de la vaccination de la population américaine (33% ont déjà reçu 2 doses !).

## Commentaires

Il faut être très prudent quand on observe ces situations, tellement diverses selon les pays voire les régions, et très vite changeantes, comme on l'a vu notamment en Allemagne.

Il convient aussi de tenir compte des cultures et des mentalités ; enfin, on ne peut conduire avec les mêmes méthodes en démocratie et dans les régimes autoritaires.

On peut néanmoins observer que partout, les mêmes causes ont produit les mêmes effets :

- **L'impréparation** et l'improvisation sont immédiatement sanctionnées ;
- Face à une pandémie, **la vitesse d'analyse et de réaction est déterminante** ;
- **La communication** doit être transparente, claire, et de nature à **créer la confiance** ;
- **L'organisation** doit être très structurée, déployée le plus près des réalités du terrain ;
- Il faut une **volonté politique forte de contrôler les frontières** (à défaut d'insularité) ;
- **Une logistique sans faille est indispensable**, rigoureuse et néanmoins souple ;
- **Le respect des consignes** est une affaire de **mobilisation plus que de contrôle** ;
- Enfin, le succès repose sur la **discipline de la population**, et **n'est jamais acquis**.

S'il fallait chercher un modèle, ou mieux de bonnes idées à l'étranger, au vu des résultats, **c'est incontestablement vers l'Asie du sud-est qu'il conviendrait de se tourner**, et plus précisément vers la Corée du Sud et Taiwan.

La transposition sera délicate : on voit bien qu'un abîme sépare le « tester, alerter, protéger » français du « traçage rétrospectif » coréen et taïwanais consistant à **se focaliser sur le contact ou l'évènement amont ayant contaminé** le cas détecté, plutôt que sur les contacts à postériori ; en effet cette approche prend en compte la super-contamination spécifique observée dans cette famille de coronavirus, où 20% des infectés sont responsables de 80% des contaminations.

Enfin, il y a lieu de débattre autour de choix tels que « **éradiquer le virus ou vivre avec** », avec leurs impacts en termes de santé publique, d'économie et de libertés.



## Annexe 1

### « Repenser le système de santé le plus démocratiquement possible afin d'affronter les crises du XXI<sup>e</sup> siècle »

Un collectif de personnalités issues du milieu médical ou de la recherche, regroupées au sein de l'Institut Santé, appelle dans une tribune au « Monde » à une réforme du système de santé afin de mieux répondre aux besoins de la population et aux crises sanitaires.

« le Monde » le 04 janvier 2021

La réforme avortée des retraites a mis en exergue l'importance de débattre en amont de toute modification systémique touchant notre modèle social. Comme le Conseil national de la Résistance (CNR) l'a fait en 1943 à propos de la Sécurité sociale, un large consensus citoyen sur l'impérieuse et urgente refondation de notre système de santé est indispensable.

C'est l'ambition de l'Institut Santé, une initiative citoyenne apolitique et indépendante créée en 2018, qui vise à repenser le système de santé le plus démocratiquement possible afin d'affronter les crises du XXI<sup>e</sup> siècle. Voici quelques principes qui ont émergé de cette réflexion.

**Plutôt qu'un modèle de santé centré sur l'offre de soins, le nouveau modèle devra être axé sur les besoins de santé de la population et des individus.** Pour permettre cela, l'unité géographique de pilotage deviendra le territoire de santé, regroupant 120 000 à 150 000 personnes et comprenant quelques bassins de vie. Il faudra alors que le territoire se substitue à tous les autres périmètres sanitaires qui se sont multipliés ces dernières années – groupements hospitaliers de territoires, communautés professionnelles territoriales de santé, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, etc., conduisant ainsi à une simplification administrative. Il deviendra alors le périmètre d'activité de tous les professionnels de santé, dont les missions intègrent une responsabilité territoriale sanitaire.

Cette évolution induit et justifie une refonte des ordonnances Debré de 1958 – qui ont notamment créé les centres hospitalo-universitaires et centré l'organisation de la santé autour de l'hôpital. Ce « Debré 2 » aura pour objectif d'ouvrir les murs de l'hôpital, de mettre fin au plein-temps hospitalier systématique et d'accélérer l'extension de l'enseignement et de la recherche hors de l'hôpital. Il pourra alors décroquer la santé qui ne s'organisera plus uniquement selon la ville, l'hôpital et le médico-social, mais selon le territoire et les besoins de santé des personnes qui y vivent.

## Démocratie sanitaire et sociale

Cette approche pourra se faire dans le respect du libre choix des statuts salariés, libéraux ou mixtes des professionnels – statuts qui seront, si nécessaire, adaptés juridiquement à cette réalité territoriale. Quel que soit le statut considéré, ce nouvel horizon territorial devra s'accompagner d'une plus grande diversification des carrières professionnelles pour tous les soignants. Un levier puissant pour retrouver de l'attractivité dans tous les métiers de santé.

« Ce contrat devra garantir le financement à 100 % des dépenses liées aux affections de longue durée et le libre choix de son médecin par le patient »

Ces territoires pourront être gérés par les acteurs locaux, sous forme de délégation de service public, et de contrats d'objectifs et de moyens avec l'Assurance santé régionale (ex-union régionale des caisses d'assurance maladie). Le principe est un engagement des professionnels

du soin dans des missions garantissant un accès équitable à la santé dans tous les territoires, en contrepartie du respect de leur indépendance professionnelle, d'une rémunération correcte, de moyens suffisants, d'une autonomie de gestion et d'un fonctionnement démocratique des instances de régulation.

Cette refondation suppose que l'Assurance-maladie soit aussi réformée à l'échelle nationale et régionale, pour devenir une assurance santé pleinement responsable du pilotage de l'ensemble des professionnels du soin. La démocratie sanitaire et sociale devra y être renforcée par l'intégration de la Conférence nationale de santé et d'autonomie dans son conseil d'administration à l'échelle nationale, et de celle de la conférence régionale en région.

## Europe de la santé publique

Cette autonomie des acteurs n'a de sens pour les citoyens que si elle se traduit concrètement par une plus grande capacité d'action pour leur propre santé. Outre le renforcement sensible du volet prévention à l'échelle de chaque territoire, notre projet prévoit que les personnes souffrant d'affections de longue durée souscrivent un véritable contrat thérapeutique avec l'assurance santé et le coordinateur médical

Visant à optimiser l'alliance thérapeutique et à ajuster les moyens aux besoins de chacun, ce contrat devra garantir le financement à 100 % des dépenses liées aux affections de longue durée et le libre choix de son médecin par le patient. L'autonomie des professionnels de santé exige aussi une revalorisation importante de leur formation continue, à sacraliser comme un droit et un devoir.

Le Covid-19 a montré d'une part que la santé pouvait être un obstacle à la liberté et à la sécurité des personnes, et d'autre part les carences de notre état sanitaire. Dans le nouveau modèle de santé que nous proposons, la santé publique est considérée comme l'équivalent d'une fonction régaliennne dans sa gestion politique, institutionnelle et financière. La France devra aussi être un pays précurseur d'une véritable Europe de la santé publique.

Pour y arriver, **une loi de programmation sanitaire à cinq ans doit fixer les objectifs de santé publique, les choix stratégiques et technologiques, mais aussi le financement nécessaire.** L'Etat stratège en santé publique pourra ainsi être réarmé par la fusion de la pléthore d'agences actuelles en une agence nationale de santé publique. Sa déclinaison en agences régionales de santé publique autonomes, étroitement associées aux conseils régionaux à la responsabilité sanitaire amplifiée, a pour objectif de garantir une efficacité opérationnelle et un contre-pouvoir démocratique.

## Un ministère régalien de la santé publique

Le poids politique du ministère de la santé (12<sup>e</sup> sur 15 aujourd'hui) doit être renforcé pour en faire un **ministère régalien de santé publique, doté d'un secrétariat à la santé disposant d'un pouvoir interministériel et rattaché au ministre de la santé et à Matignon.** Cet état sanitaire fortifié viendrait appuyer les actions des professionnels dans les territoires par une évaluation des besoins et des actions de santé, et par des ressources humaines suffisantes pour protéger les populations des risques sanitaires (liés à l'environnement, aux épidémies, etc.), en complément des soignants. Ce nouveau modèle est actuellement âprement débattu dans des conférences de consensus, qui ont réuni des associations de patients et des professionnels de santé, des parlementaires et des responsables de collectivités territoriales de toutes les sensibilités politiques. Comme en 1943 avec le modèle social d'après-guerre, repenser la santé aujourd'hui est bien le gage d'une société solidaire demain.

## Annexe 2

### « Il faut donner un véritable cadre à la prévention dans notre système de soins »

**Marc Salomon** Docteur en médecine

La mise en place d'une politique d'anticipation et de responsabilisation des citoyens à plusieurs niveaux permettrait de réduire le nombre de maladies chroniques, qui ont aggravé les effets du Covid-19, estime le cardiologue Marc Salomon dans une tribune au « Monde ».

« le Monde » le 21 août 2020

« *Seul le futur m'intéresse car c'est là que j'ai décidé de passer le reste de ma vie.* » Cette citation attribuée à Albert Einstein prend un sens particulier au décours de la crise sanitaire que nous venons de vivre. Dans les discours sur la prévention des pandémies, on oublie d'évoquer que les cas graves concernent les patients en surcharge pondérale et/ou diabétiques, et/ou atteints de maladies cardio-vasculaires, toutes des pathologies dites « évitables » car accessibles à la prévention.

Une étude prospective internationale, menée sur 116 043 personnes, a démontré que **le respect de quatre comportements de santé de base – absence de tabagisme, poids maîtrisé, activité physique quotidienne et consommation d'alcool limitée – permettait de réduire de manière significative la survenue de maladies chroniques** comme le diabète de type 2, les maladies coronariennes, les accidents vasculaires cérébraux, certains cancers, l'asthme et la BPCO – la bronchopneumopathie chronique obstructive.

Le monde a changé, c'est évident, et l'on tente de rendre responsable l'environnement, à savoir les autres, de tous les maux qui nous accablent. Or, ce sont nos comportements qui doivent évoluer. Plutôt que de se faire soigner au moment où l'on est malade, pourquoi plutôt ne pas tout mettre en œuvre pour ne pas devenir malade ?

## Accompagnement

Plutôt que d'être face à un médecin, seul décideur, pourquoi ne pas plus impliquer les professions paramédicales, sociales, et surtout les patients comme les gens bien portants ? Pour quelles raisons aussi la santé, au lieu d'être cantonnée à l'hôpital ou au cabinet médical, n'est-elle pas partout, dans les entreprises, les écoles, les lieux de sport et de vacances ? Nous sommes toujours dans un univers de la maladie, et non dans un univers de la santé.

Le Ségur de la santé ne semble pas vouloir faire évoluer les choses. Le budget de la Sécurité sociale restera en dessous de 3 % pour la prévention. Cela n'est pas surprenant. La prévention n'est efficace que sur le moyen et long terme, une temporalité qui n'est pas celle des hommes politiques.

« La prévention n'est efficace que sur le moyen et long terme, une temporalité qui n'est pas celle des hommes politiques »

En outre, il est impossible de réduire le budget hospitalier et le budget de la médecine de ville au profit de la prévention. Quant aux professionnels de santé, ils n'ont ni le temps, ni les moyens, ni la formation pour faire de la prévention pour laquelle ils ne sont pas rémunérés. On peut les comprendre.

Et pourtant, la prévention est efficace quand elle sort des campagnes d'informations, des messages généraux, pour aller vers des accompagnements personnalisés, interactifs et inscrits dans le temps. C'est vrai de la prévention primaire – « pour que cela n'arrive jamais » –, où le rôle de l'école devrait être central pour une éducation santé et l'initiation aux comportements préventifs.

## Univers de la santé

Cela l'est aussi de la prévention secondaire – « pour que cela n'arrive pas » – avec l'aide, en présence de facteurs de risque, de tous les acteurs du système de soins. Il en est de même de la prévention tertiaire – « pour que cela n'arrive plus » –, où tout doit être fait pour que l'adhésion aux traitements soit meilleure : seulement 40 % des patients ayant une maladie chronique prennent correctement leurs médicaments après un an.

Il est nécessaire de faire évoluer nos comportements, de ne plus assimiler prévention à interdit et contrainte, de comprendre que nos maux sont en bonne part la conséquence de nos comportements et qu'ils pourraient faire l'objet d'anticipation et de responsabilisation.

Pourquoi, à l'aune d'une évolution sans précédent des systèmes de soins, ne pas donner un véritable cadre à la prévention, instituer une consultation annuelle et donner les moyens matériels, pédagogiques et financiers aux professionnels de santé pour inscrire la prévention dans tout acte médical ?

Il s'agit aussi de développer les « comportements santé » en s'appuyant sur la e-santé et en y associant des attitudes environnementales saines et protectrices. Passons de l'univers de la maladie à l'univers de la santé, seul moyen réel d'améliorer la qualité de vie, d'allonger l'espérance de vie sans maladies chroniques et de réguler les dépenses de santé.

**Marc Salomon** est cardiologue et spécialiste en médecine préventive.

## Annexe 3

### « Notre système de santé publique a besoin d'un nouveau souffle »

Quatre responsables de l'établissement Santé publique France exposent, dans une tribune au « Monde », avant le nouveau « Ségur » annoncé par le gouvernement pour l'automne, les pistes à suivre pour améliorer le fonctionnement de cette branche à part entière des politiques sanitaires.

« le Monde » le 03 septembre 2020

**Tribune.** Dans notre pays, les grandes réformes du système de santé sont souvent issues de crises sanitaires majeures. L'épidémie de sida et la crise de la transfusion sanguine ont contribué fortement à l'essor de la sécurité et de la démocratie sanitaires.

De même, un événement comme la « [crise de la vache folle](#) » – déclenchée à partir de 1996 par l'épizootie d'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) – a permis d'importantes avancées en matière de sécurité alimentaire, tandis que la canicule de 2003 a ouvert la voie, lors de chaque nouvelle vague de chaleur, à un « plan national canicule » associant les acteurs de l'Etat et des collectivités dans les territoires.

L'épidémie de Covid-19 n'échappe pas à cette règle. D'ores et déjà, de nombreuses mesures ont été annoncées par un [accord conclu le 13 juillet](#) à l'issue du « Ségur de la santé ». Le ministre des solidarités et de la santé, Olivier Véran, dans son discours de clôture, le 21 juillet, a souhaité la mise en place « *d'une santé publique forte pour mieux se préparer et mieux combattre les nouvelles crises qui ne manqueront pas de surgir et qui affecteront la santé des populations* ». Une nouvelle grande concertation, dénommée cette fois « Ségur de la santé publique », a été annoncée pour l'automne.

C'est une opportunité unique pour faire progresser harmonieusement les deux piliers de la santé publique que sont la protection contre les risques et l'amélioration de la santé. La pandémie de Covid-19 l'a très bien montré : même si l'ensemble de la population est exposé, l'impact de l'épidémie est bien plus important chez les plus âgés, chez ceux qui ont une moins bonne santé, et ceux qui, socialement, sont les plus vulnérables et démunis.

## Standards internationaux

Il est aussi indispensable aujourd'hui que la santé publique ne soit plus en marge de notre système de santé en termes de ressources. La plupart des moyens financiers de notre pays sont orientés vers les soins, encore trop peu vers la santé publique, et en particulier vers la prévention, l'expertise et la recherche en ce domaine.

Des pas majeurs ont été faits ces dernières années avec la création, à partir de 1998, du système d'agences sanitaires [*loi 1<sup>er</sup> juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme*] et la structuration de Santé publique France en 2016. Des succès significatifs ont aussi été obtenus récemment en matière de lutte contre le tabagisme, en s'appuyant sur un programme national très structuré et grâce à la création, en 2018, du Fonds de lutte contre les addictions au sein de la Caisse nationale de l'Assurance maladie.

Il reste toutefois beaucoup à faire pour mettre la prévention et la promotion de la santé tout en haut de nos priorités, et s'attaquer de manière proportionnée aux grands déterminants de la

morbidity et de la mortalité évitables. Aujourd'hui, sur 100 euros dépensés pour la santé, 6 euros seulement vont à la prévention. Il nous faut atteindre les 10 % pour rattraper les meilleurs standards internationaux.

C'est un objectif réaliste et accessible qui permettrait des progrès significatifs dans des champs insuffisamment couverts, comme la santé environnementale ou l'appui à la petite enfance. Le « Ségur de la santé publique » peut porter à la fois une vision stratégique de cette spécialité et des moyens au regard des enjeux. Six grandes catégories de mesures s'imposent pour renforcer la santé publique en France.

## **Systeme coherent**

**En tout premier lieu, il faut développer une politique de prévention beaucoup plus déterminée**, en systématisant le volet santé de chaque domaine d'action en direction de nos concitoyens : l'éducation, le travail, la politique de la ville, du logement, l'alimentation et l'agriculture, les transports, l'activité physique, les expositions environnementales et la lutte contre la pollution ou encore le changement climatique.

Pour ce faire, le cadre d'un pilotage stratégique doit être posé, doté de ressources dédiées et d'une compétence nationale et régionale exercée avec des professionnels formés et compétents en santé publique.

Il convient également, en matière de prévention, de mobiliser et de responsabiliser chacun individuellement et collectivement, à l'image de ce qui a été fait dans les récentes concertations citoyennes sur le vaccin et sur le changement climatique, en développant les espaces de démocratie sanitaire et de débat autour des enjeux de santé et de société. Le système de santé publique doit être compris, nourri et soutenu par la société qui en est bénéficiaire.

**Deuxièmement, il faut renforcer la protection de l'enfance et de l'adolescence, âges clés pour l'avenir de chacun et la réduction des inégalités sociales de santé.** Aujourd'hui, les services de protection maternelle et infantile, les réseaux de périnatalité, la santé scolaire ou encore la pédopsychiatrie doivent absolument être étoffés. La prévention en santé des adolescents est encore très balbutiante et ne dispose pas des ressources pour répondre aux besoins croissants. Nous proposons de créer un grand service unifié de l'enfance.

**Troisième axe : il convient de structurer le dispositif national d'épidémiologie.** C'est un des enseignements majeurs de l'épidémie de Covid-19 : il nous faut renforcer la cohérence et la compétence régionales pour structurer des outils efficaces d'alerte, de surveillance et d'évaluation. Le système de surveillance nationale s'appuie sur des échelons d'épidémiologie régionale, dont l'indépendance doit être préservée en les distinguant des compétences de gestion.

## **Avant tout un métier**

Leur intégration au niveau national et le pilotage par l'agence référente doivent être renforcés pour maintenir un système cohérent sur l'ensemble du territoire et au meilleur niveau international. Le numérique en santé doit être mobilisé sans délai pour renforcer la performance de nos systèmes de surveillance en matière d'alerte, d'anticipation et de suivi réactif de la dynamique des phénomènes de santé et de leur impact épidémiologique, économique et social sur la santé de la population.



**Quatrième axe : il faut structurer les expertises, nationale et régionale, et la recherche en santé publique.** Nous sommes loin de connaître et d'identifier les facteurs à l'origine d'une distribution hétérogène des problèmes de santé, les enchaînements de causalité, les interventions efficaces... Ces expertises permettent d'alerter et d'évaluer les programmes de recherche en amont. La recherche doit être anticipée, orientée et fortement coordonnée, afin d'être en mesure de répondre aux besoins de connaissances dans les meilleurs délais, et de soutenir l'émergence de jeunes chercheurs et de nouvelles équipes.

**Cinquièmement, il faut former à la santé publique.** Celle-ci est avant tout un métier. Elle doit relever d'une formation spécifique, et elle nécessite des compétences et des référentiels. Les universités doivent investir dans la formation des acteurs de la prévention, à travers toutes les filières de professionnels de santé, et aussi des filières vétérinaire, agronomie et davantage à travers les filières de sciences sociales et humaines : la santé publique a besoin de politistes, de sociologues, d'économistes...

Le système de formation en santé publique doit être attractif et permettre des passerelles entre les différentes structures et disciplines. Les cursus universitaires doivent valoriser la prévention et ses dimensions sociales et économiques (liens entre inégalités sociales et état de santé, retour sur investissement des programmes de prévention...), autant que l'épidémiologie et la biostatistique.

## Tissu associatif

**Enfin, il faut appuyer l'organisation régionale de santé publique en complément de l'organisation régionale de l'offre de soins, dans le sens d'une réduction des inégalités de santé.** L'agence nationale de santé publique doit pouvoir coopérer avec des échelons régionaux actifs et influents, à même de catalyser l'ensemble des contributions des différents acteurs : professionnels de santé, acteurs du champ social, services de santé au travail, associations, services des collectivités territoriales...

Tous ces acteurs doivent pouvoir s'appuyer sur des services de prévention bien identifiés et complétés par un tissu associatif au plus près des populations. Une prévention organisée au sein des territoires doit être en mesure d'agir pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé en appliquant plus systématiquement des principes de l'universalisme proportionné : investir plus chez les moins influents socialement et lutter contre la désertification des territoires.

**Notre système de santé publique a besoin d'un nouveau souffle pour progresser dans la protection contre les risques, la prévention des maladies, la lutte contre la morbidité, les incapacités et la mortalité prématurée, et pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.** Puissent les quelques pistes esquissées ici servir à la réflexion et à la construction de solutions partagées et pérennes pour le « Ségur de la santé publique ».

**Signataires :** Marie-Caroline Bonnet-Galzy, présidente du conseil d'administration de Santé publique France ; François Bourdillon, ancien directeur général de Santé publique France ; Geneviève Chêne, directrice générale de Santé publique France ; Jean-Claude Desenclos, directeur scientifique à Santé publique France.