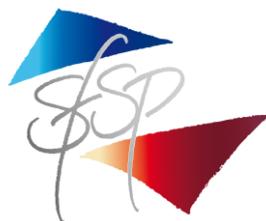




SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE SANTÉ PUBLIQUE

Contribution au Ségur de la Santé

TIRER TOUTES LES LEÇONS DE LA CRISE COVID-19



Juin 2020



PREAMBULE

Inauguré le 25 mai, le « Ségur de la Santé » a pour objectif principal d'élaborer « un plan massif d'investissement et de revalorisation de l'ensemble des carrières ». Ce plan devra reposer sur 4 piliers :

- Revalorisation des carrières et développements des compétences et des parcours professionnels à l'hôpital et dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
- Plan d'investissement et réforme des modèles de financement ;
- Mise en place d'un système plus souple, plus simple, plus en proximité, en revalorisant le collectif, le sens de l'équipe et l'initiative des professionnels ;
- Mise en place d'une organisation du système de santé fondée sur le territoire et intégrant hôpital, médecine de ville et médico-social.

Une consultation a été lancée au début du mois de juin dans les territoires, par l'intermédiaire, notamment, des Conférences régionales de la santé et de l'autonomie : « Ce retour d'expérience abordera en particulier l'allégement des processus décisionnels (internes aux établissements ou externes, impliquant les ARS), la simplification du fonctionnement quotidien, la place du collectif dans le soin, l'adaptation des organisations à toutes les formes de crise et de risque, la cohérence territoriale du système de santé et les coopérations entre acteurs. » Les conclusions de l'ensemble des concertations menées dans le cadre du « Ségur de la santé » seront rendues d'ici mi-juillet.

Tout au long de la phase aiguë de la « crise Covid-19 », la Société Française de Santé Publique a régulièrement partagé ses analyses et formulé des propositions, sous la forme de notes ou de communiqués :

- [COVID-19 : les acteurs de santé publique en 1ère ligne de la réponse à l'épidémie](#), avec le CUESP et le CLISP (18 mars)
- [En période de pandémie, la démocratie en santé, plus que jamais !](#) (10 avril)
- [Masques et produits d'hygiène essentiels : des outils simples de lutte contre la pandémie qui doivent être largement accessibles](#) (10 avril)
- [Réunir les conditions d'un déconfinement réussi : de nombreuses questions encore sans réponse](#) (17 avril)
- [COVID-19 : la SFSP et France Assos Santé soutiennent la demande de créer un « Comité de liaison avec la société »](#) (21 avril)
- [Réussir le déconfinement : six points de vigilance](#) (28 avril)
- [COVID-19 et stratégie sanitaire de déconfinement : plaider pour une mobilisation des compétences de tous pour plus d'équité en santé](#), avec la FNES, l'Institut Renaudot et la Fabrique Territoires Santé (20 mai)

Alors que se tient ce processus de « Ségur de la santé », la Société Française de Santé Publique fait connaître ses réflexions sur la méthode à l'œuvre, les premiers enseignements à tirer de cette crise sanitaire et les perspectives qui s'ouvrent désormais pour les acteurs du système de santé.



A PROPOS DE LA METHODE DU « SEGUR »

1. A l'hôpital, dans le social et le médico-social, des conditions de travail à améliorer

S'il en était besoin, la crise Covid-19 a démontré l'exceptionnelle mobilisation dont sont capables les travailleurs de ces secteurs du soin et de la santé quand ils sont confrontés à une crise majeure. Il en va de même au quotidien ; ces services essentiels à la population ne peuvent fonctionner que grâce à l'engagement des professionnels, qui travaillent souvent dans des conditions difficiles et pour des revenus sans rapport avec le service qu'ils rendent à la société. **L'amélioration des conditions de travail et la revalorisation des revenus des travailleurs de la santé, du social et du médico-social doivent être des priorités**, ainsi que le réclament nombre d'acteurs.

2. L'absence de larges pans d'acteurs du monde de la santé

De nombreux acteurs ont souligné leur absence du processus « Ségur ». Il en va ainsi d'organisations qui regroupent des professionnels de la santé, du social ou du médico-social, d'acteurs de la santé publique ou d'organismes de prévention et de promotion de la santé. **S'il s'agit de réfléchir au système de santé, il n'est pas envisageable de s'en tenir à un dialogue avec et entre les professionnels du soin, les établissements de santé ou même les élus territoriaux.**

La santé n'est pas que le soin, a fortiori réduit à sa dimension hospitalière. Si l'on peut comprendre l'urgence, connue mais dont la crise liée à l'épidémie de Covid-19 a révélé encore davantage l'acuité, de revoir le fonctionnement des hôpitaux, leur financement ou leur gouvernance, la réflexion menée sur les enjeux de santé ne peut pas être réduite à ces aspects. Les réponses apportées aux besoins de la population durant la phase aiguë de l'épidémie que nous avons traversée ont été largement le fait tant d'acteurs de santé non hospitaliers (professionnels de premier recours, associations nationales ou locales, collectivités territoriales...) que d'acteurs extérieurs au système de santé mais dont les actions ont permis d'amortir le choc provoqué par cet événement sanitaire.

Bon nombre de ces acteurs sont absents des débats en cours, car ils n'y ont tout bonnement pas été associés, ce que nous regrettons. **Une présence plus importante de cette diversité de points de vue aurait permis d'enrichir la vision collective des constats et des évolutions à engager.**

3. Une méthode qui ne peut répondre aux enjeux du système de santé

Le « pilier 4 », qui porte sur la « mise en place d'une organisation du système de santé fondée sur le territoire et intégrant hôpital, médecine de ville et médico-social », constitue à lui seul un chantier de grande ampleur dont il est illusoire de penser qu'il peut être mené à bien dans la temporalité du « Ségur ».

Aussi, **nous estimons nécessaire de consacrer un délai bien plus important à un processus de travail largement participatif, qui impliquerait notamment les instances de démocratie en santé**, pour mener à bien ce chantier. Il pourrait s'agir d'**États généraux de la Santé** assis sur une démarche régionalisée permettant l'expression de la diversité des territoires en même temps qu'une convergence nationale.



CE QUE LA CRISE COVID-19 NOUS A APPRIS – OU A CONFIRME

1. L'impréparation collective face à une crise sanitaire de grande ampleur

Depuis le mois de mars, la question a été largement débattue et commentée : collectivement, nous étions insuffisamment préparés à la survenue d'une crise sanitaire de l'ampleur de celle que nous avons vécue dans sa phase aiguë. Des signaux d'alerte n'avaient, pourtant, pas manqué d'être envoyés au cours de la dernière décennie, que nous n'avons pas suffisamment pris en compte. La période ouverte par la fin de la phase aiguë de la crise est une opportunité dont nous devons nous saisir pour tirer le bilan des décisions prises et des mesures mises en œuvre, au cours des dernières années, afin de nous préparer à la gestion d'une éventuelle autre crise sanitaire majeure.

2. La grande réactivité du système de soin

Malgré cette préparation insatisfaisante, les acteurs du système de santé – notamment ceux des institutions publiques avec les acteurs de la médecine ambulatoire – ont déployé toute leur énergie et leurs compétences pour faire face à des événements inédits dans leurs formes et leur intensité. A défaut d'un plan définissant les modalités générales de réponse à une telle crise, chacun a pu constater la mobilisation exceptionnelle des soignants et des agents en charge de l'organisation des soins. Elle a permis à notre système de soin de relever le défi auquel il était confronté.

3. La mobilisation des acteurs « de 1^{ère} ligne », dans toutes leurs composantes

Confrontés à l'urgence sanitaire, les acteurs du monde de la santé ou de l'action sociale, positionnés en première ligne dans la réponse aux besoins de la population, ont été en capacité de mener rapidement et efficacement des interventions, qu'il s'agisse d'accès ou de dispensation de soins, de mise en œuvre d'actions de prévention (production et distribution de masques, production et distribution de gel hydro alcoolique...) ou d'adaptation des services pour permettre la continuité des activités habituelles dans le contexte du confinement (dans des domaines aussi divers que la grande précarité, les addictions, la santé sexuelle, la protection maternelle ou infantile...). [Le recensement d'initiatives](#) qu'a opéré la SFSP – évidemment incomplet – a permis d'en dénombrer 229 de toutes sortes, montrant ainsi une formidable mobilisation.

Dans de nombreux endroits, les interventions de première ligne ont confirmé la capacité des acteurs locaux à décroiser les modes d'intervention et à s'organiser pour diminuer l'impact de la crise sanitaire, illustrant les possibilités concrètes de collaboration dont nous avons collectivement besoin en temps ordinaire :

- Lien entre les professionnels hospitaliers et ambulatoires par la création de nouveaux dispositifs (consultations Covid, renfort en régulation SAMU, suivi des patients Covid notamment), avec le soutien des institutions (ARS, villes et intercommunalité) ;
- Lien entre les institutionnels, les libéraux et le médico-social pour des renforts dans les EHPAD ou la distribution d'équipements de protection individuelle ;
- Décloisonnement des politiques publiques pour une intervention sur les déterminants de la santé afin d'atténuer les conséquences sur les plus vulnérables : aide alimentaire, aide à la continuité de la scolarité par des équipements informatiques, service de livraison de courses et médicaments pour les personnes âgées, notamment ;
- Mobilisation des villes et des intercommunalités pour coordonner, à l'échelle d'un territoire, le don de matériel de protection (masques, sur-blouses, sur-chaussures) des entreprises et en assurer la



distribution, mais aussi organiser le volontariat vers des missions non médicales dans les établissements de santé (manutention, livraisons...).

Souvent, les coopérations existantes ont permis une grande réactivité dans l'invention de réponses, confirmant ainsi le diagnostic anciennement posé qu'une coordination des acteurs au niveau territorial est un déterminant essentiel de l'efficacité.

4. Le besoin de renforcer le pilotage des interventions

Durant toute la phase préalable au confinement puis pendant cette période même, de nombreux acteurs ont constaté une difficulté des pouvoirs publics à assurer le pilotage et la coordination des interventions, pour ce qui ne relevait pas du soin. Dans le contexte d'une insuffisance de dialogue avec nombre d'acteurs, et d'une absence de concertation avec les instances de démocratie sanitaire, le constat largement partagé a été celui d'une incapacité à permettre à ces acteurs de trouver une juste place dans les dispositifs qui étaient déployés, alors même que les besoins en renforcement et en appui à ces mêmes institutions semblaient majeurs.

Là encore, les raisons de ces difficultés doivent être identifiées et analysées, dans la perspective d'autres crises qui surviendraient, mais également car elles peuvent nous informer sur les améliorations à apporter dans le pilotage et la coordination de la mise en œuvre des politiques et des interventions de santé publique en temps ordinaire.

5. Une focalisation sur la vie en institution au détriment du domicile

Lors de la phase aiguë de la crise sanitaire, l'accent a été mis, à raison, sur le risque de dissémination du virus dans les dispositifs d'hébergement collectif, notamment de personnes très âgées. Or, une proportion largement majoritaire des personnes âgées ou très âgées vivent à leur domicile. Elles ont ainsi pu être livrées à elles-mêmes ou à leurs proches aidants, accentuant le besoin, souligné depuis fort longtemps, de renforcer les dispositifs non institutionnels de soutien et d'accompagnement.

Cette situation s'est traduite par une mise en difficulté des familles ou des proches des personnes en situation de handicap ou vivant avec une incapacité. Elles ont pu être contraintes, du jour au lendemain, de ré-agencer leur vie pour se consacrer au soin de leurs familiers, sans toujours bénéficier de formes de soutien à domicile adéquats. Là encore, les services de soin ou sociaux (SSR, SSIAD, CPTS, CCAS...) et les associations d'usagers ont déployé des trésors d'ingéniosité pour apporter leur soutien à ces familles, mais dans une forme d'improvisation génératrice de stress et d'épuisement de part et d'autre.

6. La nécessaire prise en compte des apports de la participation et de la démocratie en santé

Avec d'autres, la SFSP a abondamment rappelé, au cours des derniers mois, qu'il y avait du sens à fonder une partie de la réponse à l'épidémie sur les forces et les capacités de la population. Face à une crise dont la brusque survenue bouscule les équilibres sociaux, il était illusoire d'imaginer pouvoir se passer de l'implication de cette dernière, d'abord pour incarner et mettre en œuvre les mesures visant à juguler la dissémination du virus, ensuite pour prendre les initiatives d'amortissement du choc qui soient les plus adaptées à ses besoins. La mobilisation de la population dans la prévention et la solidarité a été exceptionnelle : la période a confirmé les compétences de la population pour agir au bénéfice de la santé de toutes et tous et son appétence pour l'engagement dans des actions de solidarité. La diversité des initiatives nées pendant cette phase aiguë, en singulièrement le confinement, est venue confirmer la formidable intelligence collective dont nous savions faire preuve face à l'adversité. Que ce soit sur le plan de la santé ou des conditions de vie, elles ont permis de diffuser les recommandations autant que de répondre aux besoins



des personnes, notamment les plus durement touchées, là où parfois, les institutions publiques étaient trop occupées à faire en sorte que le système de soin puisse répondre efficacement à la vague.

Du point de vue de la démocratie en santé structurée, là encore on ne peut que constater que les instances légitimes ont bien souvent été laissées de côté, à tous les échelons. Conférence nationale de santé, Conférences régionales de la santé et de l'autonomie ou Conseils territoriaux de santé ont été largement ignorés, là où ils pouvaient servir d'espace de dialogue autant que d'élaboration de réponses concertées. De la même façon, les associations de malades, d'usagers du système de santé ou de solidarité auraient pu être bien davantage mises à contribution, ainsi qu'elles l'ont exprimé. Si c'est bien une guerre qu'il s'agissait de mener, alors c'est au sein des corps intermédiaires et des professionnels de 1^{ère} ligne que l'on pouvait trouver des « troupes » mobilisables – et mobilisées – pour accompagner la mise en œuvre des mesures gouvernementales autant que pour structurer la mobilisation collective : réseaux d'acteurs en prévention ou promotion de la santé, acteurs de l'addictologie ou de la santé mentale, réseaux d'appui à la parentalité et à la petite enfance, communautés professionnelles territoriales de santé etc.



DESSINER UN NOUVEL HORIZON POUR LE SYSTEME DE SANTE

1. L'importance d'un « retour d'expérience » structuré

Au fil des semaines, les failles ou lacunes dans notre capacité collective à répondre à la situation qui se présentait sont apparues nombreuses ; elles ont commencé à être documentées, notamment dans la presse. Au sortir de la première vague de cet événement, **il est essentiel qu'un « retour d'expérience » soit organisé, qui associe largement les parties prenantes du monde de la santé ainsi qu'une large diversité d'acteurs sociaux.**

Des méthodes et outils existent pour conduire un tel exercice, au-delà des commissions d'enquête parlementaire. Nous espérons que la puissance publique s'en saisira pour associer tous les acteurs concernés à l'examen des échecs autant que des succès, et dessiner l'avenir.

2. Vers une société promotrice de santé

Alors que l'épidémie liée au virus SARS-CoV-2 nous rappelle la vulnérabilité des sociétés humaines face à l'émergence de nouveaux agents infectieux, elle nous met également face à l'intrication croissante des sphères humaine, animale et végétale et à ses implications sur la santé des populations. **Le constat de cette interdépendance entre les espèces, largement documenté, doit appeler une prise de conscience de toute la société** : il est nécessaire d'agir sur les facteurs environnementaux, sociaux, économiques qui déterminent la bonne santé d'une population. Notre organisation sociale et notre système de santé doivent mieux prendre en compte la réalité des besoins des hommes, femmes, et enfants à qui ils devraient conférer les ressources et conditions d'existence nécessaires pour vivre une vie longue en bonne santé, riche d'expériences et de sens.

Cette révolution doit nous amener à **articuler, plus et mieux encore, les diverses politiques qui contribuent à la santé**, lesquelles continuent à être élaborées et mises en œuvre selon une logique de silos. Cet impératif doit guider la structuration de l'ensemble de nos politiques publiques dans le but de les rendre favorables à la santé de la population, à partir du niveau national jusqu'aux mobilisations locales, qu'elles soient le fait des élus ou des habitants. Dans cette perspective, nous sommes signataires du texte [« La santé, c'est plus que l'hôpital »](#).

A l'appui de cet objectif, nous pourrions nous appuyer sur l'important corpus de connaissances dont nous disposons en matière de promotion de la santé, autant que sur les innombrables savoirs issus des expériences menées par les réseaux d'acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, sur lesquels nous pourrions capitaliser.

En outre, **la diffusion d'une culture de santé publique au sein d'un large éventail d'acteurs politiques et sociaux est une nécessité majeure**, que démontre largement l'épidémie actuelle. Ceci passera notamment par le développement de la formation en prévention et en promotion de la santé et l'inclusion de la santé publique comme compétence utile au plus grand nombre : depuis l'enseignement scolaire jusqu'aux formations des acteurs de santé, de ceux qui contribuent à la santé de la population ou dont les activités et décisions ont un impact sur elle. Cela nécessitera également de soutenir le développement de la recherche interventionnelle en santé des populations à l'origine de données probantes utiles à l'action et à la décision.



3. Un vaste chantier sur la gouvernance du système de santé

Il est bien identifié, de longue date, que nous faisons face à une structuration fragmentée du système de santé – qui peine, justement, à faire système. La crise Covid-19 a continué de nous confronter à ces éléments structurels, et notamment, la profusion de décideurs, de financeurs, d'intervenants de statuts divers... Une littérature abondante a documenté, au cours des vingt dernières années au moins, **les évolutions qui pourraient permettre de faire de notre système de santé un véritable « système »**, là où l'on peine à coordonner les interventions de santé publique sur la base d'objectifs fixés en population. A cet égard, le champ de la dépendance et du handicap est exemplaire d'un morcellement du pilotage, de la décision et du financement, dont pâtissent d'abord les personnes concernées (âgées ou en situation de handicap ou d'incapacité) et leurs proches.

Dans les débats actuels, plusieurs pistes sont évoquées, parmi lesquelles une orientation vers une forme de décentralisation des politiques de santé à l'échelon régional. L'année 2020, celle de leur dixième anniversaire, est une année de mise à l'épreuve des **Agences régionales de santé**, qui ont été en première ligne de l'organisation de la riposte. Si la « crise Covid » apporte un éclairage intéressant sur leur capacité à répondre aux urgences, elle ne raconte pas tout de la façon dont les objectifs qui avaient été fixés lors de leur création ont été remplis ou pas. Aussi est-il urgent de mener un travail rigoureux d'évaluation de leur action durant la décennie écoulée au regard des objectifs déterminés par le législateur. Il en va de même pour **Santé publique France** (Agence nationale de santé publique), dont la création à partir de plusieurs agences préexistantes est encore plus récente, et dont l'action n'a pas encore pu être évaluée, en temps de crise mais aussi dans son activité courante, en particulier en matière de prévention et de promotion de la santé. Sur ce champ précis, il sera d'ailleurs pertinent de mettre en regard l'action des ARS et celle de Santé publique France.

Les données issues de ces évaluations devront nourrir les réflexions sur **la gouvernance du système de santé** qui permettra de mettre en œuvre les objectifs collectivement fixés en matière de santé des populations. Une dimension territoriale semble pouvoir être davantage affirmée, car c'est aux échelons infranationaux et en proximité que se construisent et s'animent les dynamiques communautaires avec l'ensemble des parties prenantes d'un territoire, à commencer par les communes ou regroupements de communes. A ce stade cependant, nous indiquons que ceci n'aura d'effet positif que si les responsabilités en matière d'organisation et de financement sont clairement définies. En outre, nous attirons l'attention sur **le poids des inégalités sociales et territoriales de santé**, que l'épidémie est venue cruellement rappeler. La réduction de ces inégalités, qui sont largement documentées, doit être l'horizon commun à tous les acteurs du système de santé. A ce titre, **nous invitons à peser les bénéfices et les limites d'une plus grande territorialisation de l'action publique en santé** au regard de cet objectif partagé et défini au niveau national. Si une plus grande latitude devait être donnée à un ou des acteurs au niveau régional, ceci ne pourrait aller qu'avec une responsabilité accrue, celle de s'inscrire dans le cadrage national des politiques de santé et de rendre compte de l'atteinte des objectifs fixés en matière de santé des populations.

Quelles que soient les évolutions qui naîtront de la crise que nous traversons, **il faudra donner toute sa place à la démocratie en santé**, dans toutes ses composantes, individuelles et collectives, à travers la participation des usagers du système de santé et des groupes qui les réunissent autant que dans le fonctionnement des instances à tous les niveaux (dans les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux ou auprès des institutions publiques), dont le rôle devra évoluer, de la production d'avis consultatifs à la participation effective aux décisions politiques.

La Société française de santé publique (SFSP) a pour objectif de rassembler l'ensemble des acteurs de santé publique afin de mener une réflexion interdisciplinaire et interprofessionnelle tournée vers l'action. L'analyse critique des faits scientifiques et des pratiques professionnelles lui permet de formuler des propositions à l'intention des responsables publics et d'éclairer l'opinion publique sur les enjeux des politiques de santé. Créée en 1877, la SFSP est une association reconnue d'utilité publique qui compte 50 organisations et 500 individus membres.

Contact

Pr. Emmanuel Rusch, Président : 06 89 32 55 46
François Berdugo, Délégué général : 06 07 01 81 42
accueil@sfsp.fr



Société Française de Santé Publique

1 rue de la Forêt - 54520 LAXOU

Tel : (+33)3.83.44.94.11

Fax : (+33)3.83.44.37.76

www.sfsp.fr