

COMPTE-RENDU DU COLLOQUE NATIONAL DE L'UC2m

« La Santé à l'épreuve de la décision publique : que nous apprend la crise sanitaire sur l'organisation des pouvoirs dans la Santé ? »

Introduction du Colloque

Le Colloque National de l'Université du Changement en Médecine s'est tenu le vendredi 2 juillet 2021 à l'Institut National des Jeunes Sourds de Paris, à l'invitation de sa directrice Elodie Hémerly.

En ouverture du colloque, le Dr Pascal Maurel, directeur de l'Université du Changement en Médecine, Dominique Maigne et le Pr Jean Sibilia, co-présidents du think tank, ont remercié les équipes, experts et contributeurs du Groupe des 100, ainsi que leurs partenaires « Manager Santé » et « Presse Info + » dans leur ambition commune de dégager une praxis en santé par le retour sur expérience et le débat.

Afin de mieux appréhender les enjeux de la crise épidémique de la Covid-19, véritable « fait social total », selon le Dr Pascal Maurel qui reprenait ici le concept du sociologue Marcel Mauss, l'UC2m s'est d'abord entretenu avec le Pr Jean-François Delfraissy, Président du Conseil scientifique Covid-19 et du Comité national d'Éthique, afin de recueillir son sentiment sur les effets politiques de la crise et sur l'existence avérée ou non d'un « biopouvoir » en France ?

« Existe-il un biopouvoir ? »

Entretien mené avec le Pr Jean-François Delfraissy, Président du Conseil scientifique Covid-19 et du Comité national d'Éthique.

Le Pr Jean-François Delfraissy a d'abord circonscrit le champ de la question posée de la manière suivante : d'une part, le décideur public s'appuie-t-il dans son action sur les scientifiques et les médecins ? Par l'affirmative, ont été évoqués les précédents du VIH (cf. la mise en place de la prophylaxie préexposition ou PrEP) et de l'Hépatite C (cf. l'introduction des médicaments antiviraux). D'autre part, faut-il envisager le « biopouvoir » comme l'aptitude des scientifiques à influencer sur nos modes de vie, conformément aux travaux de Michel Foucault ?

À supposer que oui, le concept qui doit véritablement peser dans le débat public à l'époque contemporaine selon le Pr Jean-François Delfraissy, serait celui de « démocratie sanitaire », envisagé comme un triangle décisionnaire constitué du politique, de l'expert et du citoyen.

De quoi clarifier le rôle des scientifiques et des médecins au côté du décideur public : la prise de décision demeure l'apanage du politique ; pour autant, une crise sanitaire ne saurait être résolue sans le conseil des scientifiques et des médecins ; à ce titre, l'action des scientifiques et des médecins doit être envisagée simplement comme un éclairage.

À propos du Conseil scientifique Covid-19, le Pr Jean-François Delfraissy a poursuivi en réagissant à l'argumentation du Dr Pascal Maurel qui pointait, sinon la montée en puissance du Conseil dans la gestion de la crise mais, du moins, son influence dans le débat public que son président ici présent avait tant incarnée tout au long de la crise. Celui-ci a rappelé que le travail du Conseil scientifique n'était pas le fruit d'un homme mais bien celui d'un groupe. Que seul le groupe avait été à même de répondre à cette situation de crise alors même que la méconnaissance face à l'imprévu avait frappé chacun de ses membres. Fort de 250 réunions et du rendu de près de 70 avis, le Conseil scientifique s'est inscrit dans une science nouvelle, a estimé le Pr Jean-François Delfraissy, à savoir la gestion de crise.

Il a alors conseillé la lecture de l'ouvrage de Max Weber, *Le Savant et le Politique*, dans son édition avec préface de Raymond Aron, en en retenant plusieurs points en considération de cette gestion de crise qu'il a lui-même expérimentée, et qui peuvent être résumés ainsi : un, il faut admettre chacun des acteurs comme évoluant selon sa propre unité de temps (le mois chez le scientifique ; le jour chez le politique ; la nuit chez le média). Deux, le doute est traditionnellement peu valorisé dans le cursus de formation des décideurs publics français alors même qu'il est au cœur de la culture scientifique. Trois, l'anticipation est facilitée chez le scientifique par la modélisation statistique mais le décideur public en tire difficilement des conséquences en l'absence d'une communication suffisamment explicative et concrète.

Revenant sur le concept de « démocratie sanitaire » à l'invitation du Pr Jean Sibilia, le Pr Jean-François Delfraissy a admis une absence de concrétisation au niveau national pendant le temps de la crise. Il a néanmoins salué les initiatives locales valorisant le partage d'information et l'action concertée entre décideurs publics, experts et citoyens et qui se sont multipliées à Grenoble, Strasbourg, Bordeaux ou encore Rennes. Enfin, Michel Maigne a recueilli l'opinion du Président du Conseil scientifique Covid-19 sur le rôle qu'ont joué le temps de la crise les agences publiques de santé de type Haute Autorité de Santé ou Santé Publique France. Celui-ci a conclu son intervention en justifiant la création d'une structure ad hoc, telle que le Conseil scientifique, par le besoin ressenti par le pouvoir exécutif d'appréhender cette crise sanitaire de manière novatrice. Il a néanmoins nuancé son propos en rappelant que l'activité des agences avait repris leur cours dans le second temps de la crise une fois passé l'effet de sidération du mois de mars 2020.

TEMPS 1

En discussion et avec les contributions du Pr Antoine Flahault, Directeur de l'Institut de Santé Publique de Genève, Suisse ; Pr Karine Lacombe, Infectiologue, Ap-Hp ; Pr Dominique Le Guludec, Présidente de la Haute Autorité de Santé ; Dr Stéphanie Rist, députée, membre de la commission des affaires sociales ; Dr Bernard Jomier, sénateur, rapporteur de la commission d'enquête sur la gestion de la Covid-19 ; Gaëtan Casanova, Président de l'ISNI. Les reprises ont été animées par Pr Jean Sibilia, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg, qui a demandé à ses intervenants leurs commentaires et sentiments sur le déroulé de la crise en France mais aussi à l'international.

Pr Antoine Flahault a entamé son intervention en partant du constat de l'inexpérience mondiale face à cette crise mais aussi de la disparité des effets de la Covid-19 dans le monde avec, d'une part, une mortalité supérieure à 100 en France, Suisse et bien supérieure au Brésil et, d'autre part, une mortalité inférieure en Chine, à Taiwan ou en Nouvelle-Zélande. Les États se seraient en réalité distingués par les choix de leurs décideurs publics de privilégier une stratégie de riposte plutôt qu'une autre. Pr Antoine Flahault relève trois grandes stratégies envisagées : la stratégie d'élimination dite de « Zéro Covid » ; la stratégie de mitigation dite de « Vivre avec » ; et enfin, une stratégie de suppression représentant un entre-deux et adoptée en Finlande, Norvège, Japon ou Corée du Sud. De manière générale, Pr Antoine Flahault retient que les pays les plus performants sont ceux qui ont le moins confiné. Et parmi ces « bons élèves », il n'existe pas de convergence en termes de richesse nationale, du type de régime ou du mode de gouvernance.

Pr Karine Lacombe, quant à elle, a décrit en trois périodes de temps le déroulé de la crise vécue par les médecins hospitaliers en infectiologie en France. Tout d'abord, elle identifie une première période où le doute était complet ce qui justifiait une gestion collective de l'action médico-scientifique à travers la mise en place de réunions de concertation pluridisciplinaire dès le début du mois de mars 2020. L'objectif consistait à exécuté les décisions politiques tout en puisant dans les précédents de l'Hépatite et du VIH des bonnes pratiques et habitudes de travail. Ensuite, dans une seconde période, Pr Karine Lacombe nous a dépeint l'inspiration « militante » des professionnels en infectiologie qui avaient tenté de peser dans le débat public par la remontée des informations de terrain via les médias et les réseaux sociaux. Enfin, dans un troisième temps, elle nous a fait part du sentiment d'incompréhension des professionnels vis-à-vis du choix des pouvoirs publics d'adopter une stratégie dite de mitigation qui cantonnait la riposte à une posture de réaction et non d'anticipation notamment s'agissant de la politique vaccinale.

Pr Dominique Le Guludec, pour sa part, a dressé le bilan d'activité de la Haute Autorité de Santé tout au long de la crise. Il a tout d'abord fallu réorganiser sur un mode dégradé les échanges de l'institution avec ses partenaires (pouvoirs publics, agences, comités ad hoc). De plus, la crise a nécessité de revoir le fonctionnement interne de la HAS dont le modèle de fonctionnement est à l'origine peu propice pour agir dans l'anticipation et l'urgence. La réaction de l'institution s'est matérialisée, selon Pr Dominique Le Guludec, par l'introduction de doctrines d'action les plus claires possibles : vis-à-vis des partenaires, les galvaniser à travers le triptyque protéger, dépister, aider ; en interne, rationaliser l'approche via un calcul bénéfice-risque. En outre, l'urgence a irrémédiablement conduit la HAS à intensifié son activité en termes quantitatifs (sur-sollicitation des experts, des professionnels de vie et du médicament dans le cadre d'auditions) et qualitatifs (mobilisation des modélisations de l'Institut Pasteur notamment ; actions de communication renforcée au stade du rendu des avis).

Dr Stéphanie Rist est d'abord revenue sur son immersion le temps de la crise au sein de l'unité de régulation du SAMU. Elle a pu observer la réorganisation de l'hôpital de l'initiative des professionnels eux-mêmes, autour d'un directeur médical qui coordonnait les échanges entre les soignants et la direction. En tant que députée, elle a constaté que le département constituait l'échelon idoine afin de mettre en œuvre le maillage médical des territoires en coopération avec les collectivités. A propos du travail parlementaire à proprement dit, elle s'est félicitée de la rapidité de mise en place d'une commission d'enquête. De manière générale, l'institution législative a tenu compte de l'urgence et du besoin d'accélérer l'action exécutive, d'où le vote de l'état d'urgence sanitaire.



Dr Stéphanie Rist a souligné chez les parlementaires, la volonté d'écouter aussi bien les membres du Conseil scientifique que la population au moment de voter le dernier budget de la sécurité sociale ou vis-à-vis du projet de loi « 4D » encore à l'étude qui vise notamment à donner plus de souplesse organisationnelle au niveau des Agences régionales de santé. Elle reconnaît, par ailleurs, la nécessité d'appuyer par de nouveaux textes de loi, l'ambition de davantage de « démocratie sanitaire » alors même que les instances qui s'y rattachent n'ont pas été sollicitées au début de la crise.

Dr Bernard Jomier est lui aussi revenu brièvement sur son immersion au sein de l'unité Covid de l'hôpital de Melun avant de tirer les leçons de son activité au sein de la commission d'enquête relative à la gestion de la crise sanitaire.

Il est parti du constat que les soignants n'avaient plus la mémoire des épidémies, mise à part les précédents du VIH et de l'Hépatite C. Selon lui, il fallait en réalité remonter à l'épisode de la grippe de Hong Kong de 1968-1969 pour tirer des comparaisons par rapport à notre propre réaction de 2020-2021 face à la Covid-19. Il a pu relever qu'en 1968, la crise épidémique n'avait pas débouché sur une crise sanitaire et qu'aucune communication n'avait eu cours par le ministère de la Santé de l'époque alors même que des milliers de personnes mourraient. Fort de son analyse comparée, Dr Bernard Jomier a souligné que le système de soins actuel était moins cohérent qu'auparavant. D'où le besoin ressenti par le chef de l'Etat de s'appuyer sur un Conseil scientifique ad hoc ce qui était compréhensible mais, pour autant, anormal. Ensuite, le sénateur a envisagé les prochaines élections présidentielles comme l'occasion de redéfinir de manière durable les enjeux de santé, à savoir une meilleure organisation et davantage de moyens, certes, mais surtout une stratégie renouvelée. Dr Bernard Jomier a conclu en reprenant lui aussi le concept de « démocratie sanitaire » comme leitmotiv d'une offre de santé publique davantage articulée avec les territoires, ce qui motive d'ailleurs le projet de référendum d'initiative partagée, en ce moment à l'étude au Parlement, et visant à réformer l'hôpital

Gaétan Casanova a témoigné de l'adaptation et de la résilience du service d'anesthésie-réanimation dans lequel il officie en qualité d'interne, une fois passée l'étape de sidération du début de la crise. Faisant part de son expérience syndicale, il a porté un regard critique sur le fonctionnement des Agences régionales de santé en relativisant le caractère décentralisé et cohérent du circuit décisionnel. Mû par une volonté de décloisonner le maillage des territoires en santé, Gaétan Casanova a relevé, en outre, que seule une formation pédagogique orientée davantage vers la communication, la transversalité et le management pourrait permettre de résorber les disparités de fonctionnement à l'hôpital. Enfin, Gaétan Casanova a tenu à intégrer l'échelle européenne dans sa vision du décloisonnement en soulignant l'utilité de renforcer l'Europe de la santé notamment dans le domaine de la pathologie infectieuse transmissible.

Pr Jean Sibilía a relancé la discussion en demandant aux intervenants des précisions spécifiques sur le défaut de coordination des Groupements hospitaliers de territoire (GHT), et de manière générale, sur le défaut de coordination généralisée des acteurs en santé. Dr Stéphanie Rist a répondu à propos des GHT qu'une amélioration de l'interopérabilité des systèmes d'information des GHT était actuellement dans les tuyaux législatifs. Pr Karine Lacombe est revenue sur les carences en coordination entre public et privé, que les agences régionales de santé n'avaient que partiellement pallié. Pr Dominique Le Guludec a élargi le constat à un problème généralisé de coordination entre public et privé, social et médico-social, préventif et curatif. Enfin, Pr Jean Sibilía a demandé aux intervenants de conclure sur la question des moyens alloués au secteur public des soins afin de prévenir la frustration et le désarroi qui sont ressentis par les soignants. Compte-tenu d'un secteur privé jugé bien plus attractif par les internes selon Gaétan Casanova, Pr Karine Lacombe a exhorté les pouvoirs publics à ne pas relâcher les efforts budgétaires consentis pendant la crise afin de faire évoluer durablement le modèle du secteur public des soins. Pr Antoine Flahault a suggéré une idée originale afin de concilier l'allocation pérenne des moyens et la maîtrise des dépenses à l'hôpital : créer une habilitation à gérer les dépenses à la charge des professionnels hospitaliers.

TEMPS 2

En discussion et avec les contributions de Daniel Benamouzig, Sociologue, Membre du Conseil scientifique Covid-19 ; Nathalie Fourcade, Secrétaire Générale du HCAAM ; Pr Patrice Diot, Président de la Conférence des Doyens des facultés de médecine. Les reprises ont été animées par David Autissier, Directeur Pédagogique de l'UC2m et Directeur de la Chaire Innovation Managériale et Excellence Opérationnelle (IMEO), ESSEC Business School et « le Groupe des 100 ».

Invité par Daniel Autissier à partager son regard de sociologue, Daniel Benamouzig est revenu sur les différents enjeux que revêtait la crise à savoir, en premier lieu, le degré d'acceptation de la population des décisions prises par les pouvoirs publics. Précisément, celui-ci a été particulièrement élevé dans un climat de défiance que le sociologue a jugé paradoxal. À la différence de l'Italie ou de l'Espagne, il n'a pas été relevé de violences physiques ce qui confirmait encore davantage ce haut niveau d'adhésion selon Daniel Benamouzig. En second lieu, la crise a mis en lumière différentes temporalités communes à tous : un effet de sidération, l'urgence, puis la latence. Et puis des périodes spécifiques aux acteurs tels que le Conseil scientifique : une semaine, quinze jours voire plusieurs mois en matière de modélisation de l'épidémie. La contractation ou la dilatation du temps de la crise selon les acteurs et les champs d'action, non seulement épidémiologiques mais aussi économiques, sociaux, psychologiques, a placé le décideur public, selon Daniel Benamouzig, dans un état de déphasage qui l'obligeait à reconsidérer continuellement le cadre temporel dans lequel son action s'inscrivait (soit court soit moyen terme) et l'environnement global au sein duquel elle devait s'articuler. En outre, s'est ajouté à ce double enjeu d'adhésion de la population et d'imbrication des cadres temporels, une gestion médiatique de l'évènement produisant des effets de mise en scène qui ont brouillé un peu plus une action de crise rendue éminemment complexe.

Pr Patrice Diot a souligné les interdépendances entre, d'une part, amélioration de la gestion de crise et, d'autre part, formation pédagogique des professionnels de médecine. En effet, selon lui, la capacité à prendre une décision rapide, difficile, dans un climat d'incertitude passe très certainement par une diversification du socle des compétences acquises en formation, à savoir davantage de rationalisation dans le travail, de résilience et d'empathie. Pr Patrice Diot a rappelé que ce constat était déjà mis en perspective au moment de la dernière réforme des études de médecine, en 2004. Mais les attendus à l'égard des étudiants, notamment à partir de la sixième année, deviennent éminemment complexes : non seulement cliniciens, les étudiants doivent revêtir les fonctions du communicant, de l'opérateur, du garant éthique et déontologie et enfin de l'acteur en santé publique. D'où la nécessité de diversifier le profil des étudiants en médecine dès le début de leur formation. La réforme actuelle des études de médecine vise également à poursuivre l'effort vers une pédagogie de la compétence notamment par la valorisation des ateliers de simulation. Enfin, Pr Patrice Diot a souligné que le décloisonnement de la profession médicale passait par un diversification du socle de connaissances acquises en formation avec une sensibilisation accrue aux sciences sociales, économiques et à l'international.



Nathalie Fourcade a fait le constat que le cadre de régulation du système de santé n'était plus compatible avec les transformations à opérer notamment en matière de soins de proximité et de prévention. Le respect de la contrainte budgétaire impose de se cantonner à une approche court-termiste des investissements. Ces préoccupations seraient communes à l'ensemble des membres de l'OCDE. Il s'agirait pourtant de se doter d'une trajectoire à moyen terme, qui inclurait des leviers externes de régulation tels que l'éducation, le niveau de vie. Nathalie Fourcade propose, en outre, la mise en œuvre d'une provision pluriannuelle, ce qui permettrait de donner du temps en situation de dépassement budgétaire afin d'évaluer le motif qui le justifie. Dans le cas où le dépassement ne serait pas objectivement justifié, cette provision pluriannuelle permettrait un gain de temps afin de mettre en œuvre des mesures de correction. Nathalie Fourcade souligne, enfin : le besoin de se doter d'une trajectoire fixe des tarifs ce qui représenterait un gage de stabilité pour les acteurs ; la pertinence d'un pilotage transversal sur la réalisation de certains objectifs à déterminer ; la nécessité de poursuivre l'objectif de territorialisation.

En conclusion, David Autissier est revenu avec Daniel Benamouzig sur les fondements du pouvoir en lui demandant son opinion sur le critère de définition du pouvoir, à savoir identifier le pouvoir comme un construit social, un environnement, une activité, un cadre, des compétences ou bien l'ensemble à la fois ? Daniel Benamouzig a recentré la définition : le pouvoir est la capacité à imposer des rapports de force et à s'imposer dans le débat public. A ce titre, les décideurs publics disposaient du socle de connaissances nécessaires pour imposer ce rapport de force. Un travail de mise en cohérence des différents niveaux d'expertise et d'acteurs, ainsi qu'un système complet d'agence serait souhaitable pour l'avenir. Ce qui a réellement manqué, ce sont des acteurs de terrain et des effectuateurs opérationnels au sein de la chaîne de pouvoir qui puissent dupliquer l'action en termes techniques. Ce sont finalement les professionnels du soin qui ont assumé ce rôle pendant la crise.

TEMPS 3

En discussion et avec les contributions de : Dr Jacques Battistoni, Président de MG France ; Dominique Jakovenko, Infirmier, Président de AILBA ; Dr Etienne Pot, Médecin de santé publique ; Béatrice Noëlle, Directrice des relations institutionnelles et de la vie sociétale FHP. Les reprises ont été animées par Dominique Maigne, Co-Président de l'UC2m, ancien Directeur général de la Haute Autorité de Santé.

Dominique Maigne a souhaité recueillir l'avis des intervenants à propos de la réalité vécue sur le terrain, des interactions entre ambulatoire, public et privé, et de manière générale, les entendre à propos du manque allégué de fluidité entre les acteurs de la ville.

Le premier à répondre a été Dr Jacques Battistoni. Celui-ci est parti du constat que le système de santé était autocentré sur l'hôpital et construit de façon descendante depuis le ministère de la Santé et l'Assurance maladie. Au début de la crise, la demande de soins a ainsi été captée par l'hôpital du fait notamment de l'allocation du Président de la République incitant à contacter le centre 15. Finalement, selon lui, les professionnels de santé ont réussi à s'organiser en dehors de l'hôpital : par les centres Covid ; la télécommunication et un nouveau service d'accès aux soins ; par la mise en place des diagnostics de probabilité. Pourtant, la médecine de ville aurait été une nouvelle fois mise à l'écart, à propos de la campagne de vaccination qui a été privilégiée en centre de vaccination. Dr Jacques Battistoni a admis la difficulté pour les pouvoirs publics de s'appuyer sur les soins de ville en l'absence d'interlocuteur privilégié. D'où la nécessité de se rassembler au sein des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Au niveau des territoires, la gouvernance pourrait ainsi être partagée entre les CPTS et les ARS.

Dominique Jakovenko est revenu sur les centres covid en début d'intervention. Ceux-ci ont été créés en autonomie sur les petits territoires, notamment à l'origine pour organiser les urgences à l'hôpital, et ont été l'illustration d'une action concertée et efficiente entre professionnels de santé, acteurs de la ville et de l'hôpital. S'agissant des CPTS, elles sont devenues incontournables pendant la crise. Dominique Jakovenko en tire la conclusion que les acteurs ont découvert la santé publique de manière concrète. Chacun s'intégrait dans l'écosystème selon ses compétences et toujours en interaction notamment entre infirmiers, qui intervenaient plus souvent à domicile, et médecins généralistes qui mettaient en œuvre des téléconsultations. Hors contexte de crise, ces coopérations entre médecins et infirmiers sont également particulièrement pertinentes, selon Dominique Jakovenko, pour faire le lien entre médico-social et clinique. En conclusion, a été évoquée la fonction d'infirmier de pratique avancée qui doit être comprise comme marqueur collaboratif et un complément à l'activité du médecin, notamment dans des zones plus reculées, plutôt que comme un facteur de concurrence.

Dr Etienne Pot a salué ces évolutions vers davantage d'autonomie décisionnelle des infirmiers notamment dans les services de handicap et de médico-social. Interrogé de manière plus générale sur les facteurs persistants de clivage entre les acteurs de santé publique, il a remarqué que ceux-ci se vérifiaient davantage dans les circuits décisionnels au-dessus du niveau local et qu'ils pouvaient parfois s'y répercuter. Pour autant, il s'agit ici d'appréhender l'ensemble des acteurs comme concourant au même objectif. C'est précisément ce à quoi concourt la santé publique : valoriser les communs entre médecins hospitaliers, libéraux ; entre médico-social à l'échelle du département et les agences régionales de santé ; entre privé lucratif et non-lucratif. Enfin, la santé publique permet à la population de se réappropriier ces enjeux. En conclusion, Dr Etienne Pot a rappelé que l'interdisciplinarité et la conjonction des expertises représentaient les fondements de l'action en santé publique.

Conclusions et présentation et signature du livre « Une histoire de la lutte contre le Sida » par Michel Bourrelly



« Une histoire de la lutte
contre le Sida »
par **Michel BOURRELLY**

Lors de la session de conclusions du Colloque s'est tenue la présentation du livre « Une histoire de la lutte contre le Sida », par Michel Bourrelly.

Le livre est une somme sur l'histoire de la maladie, depuis son apparition dans les années 80, c'est à dire il y a tout juste quarante ans. Sont évoqués avec rigueur les aspects scientifiques, médicaux et sociaux. L'écriture est aussi marquée par la sensibilité et l'émotion portée par le SIDA qui a entraîné de grandes souffrances personnelles et collectives, notamment chez les jeunes du monde entier. Le livre écrit par deux des meilleurs spécialistes engagés dans la lutte contre le SIDA évoque avec justesse les combats militants, les hésitations et incertitudes des sociétés et la question centrale des discriminations et incompréhensions qu'il a entraînées. Le COVID rend les enseignements de la période SIDA - celle de la première pandémie de la période récente - particulièrement d'actualité et utiles pour appréhender les questions auxquelles nous sommes aujourd'hui confrontés.