

QUELLE PLACE POUR LA SANTÉ PUBLIQUE ?

Ce n'est pas une crise sanitaire que nous sommes en train de vivre, mais un vrai changement d'époque. Nous, les femmes et les hommes, avons modifié fondamentalement notre écosystème et cette pandémie est l'effet de la mondialisation et de toutes les transitions que nous avons provoquées dans notre environnement et nos sociétés.

Yves Coppieters, médecin de santé publique, chercheur au Centre de recherche en épidémiologie, biostatistique et recherche clinique de l'École de santé publique de l'ULB.

Pour qu'un nouvel agent infectieux émerge, il faut trois conditions. Le microorganisme doit être présent dans l'environnement, et souvent chez l'animal. Il doit alors trouver des hôtes intermédiaires pour se développer (qu'ils soient animaux, végétaux ou humains). Enfin, il faut lui donner les conditions environnementales pour qu'il puisse se multiplier (et donc se transmettre) chez un grand nombre de personnes. Les conditions

sont climatiques, comportementales, d'urbanisation, de promiscuité économique et sociale ou de mobilité, dont les voyages et les migrations des populations¹.

Sur les sept coronavirus connus actuellement (quatre bénins et trois très dangereux), cinq sont apparus au cours des vingt dernières années. Est-ce un hasard, ou plutôt facilité par ces nouvelles conditions propices à leur émergence ?

D'autres maladies émergentes sont apparues ces cinquante dernières années sans pour autant entraîner des situations de pandémies ou d'épidémies généralisées. C'est le cas du virus Ebola, du chikungunya ou d'autres virus respiratoires comme le H5N1 par exemple. Il y a donc des familles d'agents infectieux qui « profitent » plus de toutes les transitions que nous vivons et pour lesquelles nous nous adaptons : transition climatique, sociale, économique, nutritionnelle,

technologique, politique... associées chez nous au vieillissement de la population et à la transition épidémiologique qui ont modifié fondamentalement le profil sanitaire de nos sociétés.

Ce sont les maladies chroniques (ou non transmissibles) qui affectent la majorité de la population. Les maladies cardiovasculaires (infarctus du myocarde, accidents vasculaires cérébraux et insuffisances cardiaques) représentent plus de 30 % de la mortalité dans nos sociétés occidentales. Elles sont suivies des cancers (25 % de la mortalité) et des problèmes respiratoires chroniques (7 % de la mortalité). À cela s'ajoutent toutes les pathologies chroniques liées à la sénescence et aux maladies dégénératives (maladies d'Alzheimer, de Parkinson, etc.). Toutes ces maladies chroniques contribuent à plus de 70 % de la mortalité chez nous. Le reste étant « anecdotique », dont les maladies infectieuses qui contribuent seulement à 3 % de la mortalité. Et ce n'est sans doute pas l'épidémie de Covid-19 qui va fondamentalement changer cette morbide distribution².

Mais cette pandémie a fait surtout apparaître les limites de notre système de santé et la capacité d'anticiper des crises inattendues. Notre système de santé publique a failli ! Ce système complexe n'a plus investi depuis des années dans la prévention tout en continuant à limiter les ressources des soins de santé. Et quand une telle pandémie arrive sans crier gare, on se rend compte que notre culture (et offre de services) de la prévention est très faible et que les structures et ressources de santé publique ont forte-

Cette pandémie a fait surtout apparaître les limites de notre système de santé et la capacité d'anticiper des crises inattendues.

1. Global Health security index.

<https://www.ghsindex.org>.

2. R. Miller, K. Englund, "Transmission and risk factors of Covid-19".

Cleveland Clinic Journal of Medicine, juin 2020.

ment été appauvries. Face à ce manque de ressources relais de terrain réactives et renforcées, on ne peut fonctionner qu'avec celles à disposition, c'est-à-dire les hôpitaux (pour prendre en charge les cas graves) et la première ligne de soins (pour trier et prendre en charge les formes moins compliquées). Pour le reste et à l'échelle de la population, on gère l'incertitude et, face à l'impréparation (ou l'inexistence) des stratégies de prévention, nos décideurs politiques posent des principes de précaution, sans grandes évidences scientifiques, qui paralysent tous des volets de notre vie sociale et économique. Et s'il est nécessaire d'insister ici sur le manque d'anticipation de la crise alors que nous avons des informations fiables provenant d'autres pays, il ne faut pas oublier que l'hôpital n'allait déjà pas bien avant l'épidémie³ et que ses limites ont été très vite atteintes face à une maladie qui a occupé tant de lits d'hospitalisation sur une courte période.

Quelle vision pour notre système de santé ?

Lorsqu'on étudie la santé publique, on comprend ce qu'est un système complexe et en quoi notre système de santé est composé de sous-systèmes de plusieurs disciplines en interrelation. Un système est défini par Edgar Morin comme « *une unité globale organisée d'interrelations entre éléments, actions, ou individus* »... cette unité globale se régule en liaison avec ses environnements... Un système comprend une multiplicité d'interrelations entre les éléments, actions ou individus : que l'on pense à l'organisme humain, à un système de signes comme la langue française, à un hôpital ou à un système atomique⁴.

Notre système de santé répond à tous ces éléments et a pour but d'améliorer la santé de la population et de réduire la souffrance humaine causée par tous les problèmes de santé. Il concerne l'ensemble des individus et des communautés. Il est composé d'un ensemble d'organisations, d'institutions et de ressources dont le but principal est d'améliorer la santé, en lien avec les sous-systèmes : économique, social, culturel, politique, législatif. Le système de soins est donc bien un sous-système du système de santé qui est constitué de services globaux dans le but d'améliorer la santé.

Chez nous, c'est exclusivement le sous-système soins de santé qui centralise toutes les attentions et les ressources. Les actions sur les déterminants non médicaux de la santé restent faibles et l'intersectorialité une vision purement théorique. Même si les Régions ont développé des plans stratégiques de promotion et de prévention de la santé^{5,6}, ceux-ci sont peu opérationnels, mobilisent des ressources insuffisantes et n'ont pas servi fondamentalement dans la gestion de la crise.

La première ligne « de soins » a un rôle majeur à jouer dans les stratégies de prévention et de promotion de la santé. Cela passe par un premier niveau de prise en charge pluridisciplinaire qui soit plus ancrée dans les soins de santé primaires, c'est-à-dire « *des soins essentiels auxquels toutes les personnes et toutes les familles d'une collectivité peuvent avoir accès sans distinction d'une façon qui leur convient, avec leur pleine participation et à des coûts abordables pour la collectivité et le pays* ». Les quatre piliers des soins de santé primaires sont :

- l'engagement politique et de la société vers la « santé pour tous » ;
- la participation communautaire avec l'engagement actif de la population vers le développement sanitaire, y compris à travers la prévention et l'amélioration de l'environnement ;
- la coopération intersectorielle ;
- la vision systémique pour assurer une technologie et des soins de santé pour tous⁷.

Dans la crise du coronavirus, le manque d'anticipation des stratégies de prévention a entraîné une efficacité insuffisante de la gestion de l'épidémie par la première ligne, et ensuite par le système hospitalier en général. À aucun moment, il n'a été développé une approche populationnelle et participative, c'est-à-dire la prise en compte de l'ensemble des besoins de la population, des déterminants sociaux et culturels comme facteurs de risque de la maladie, ni la recherche de solutions à l'échelle de la population. Il y a eu trop peu d'interventions visant les personnes en bonne santé, les non-malades avec

Il ne faut pas oublier que l'hôpital n'allait déjà pas bien avant l'épidémie et que ses limites ont été très vite atteintes.

3. KCE, *Performance du système de santé belge – Rapport 2019*

(rapport : 313B)

4. E. Morin, *La méthode*, Seuil, 2008.

5. Plan stratégique de promotion de la santé 2018/2022 du gouvernement francophone bruxellois, <https://feditobxl.be>.

6. Plan wallon de prévention et de promotion de la santé, <http://sante.wallonie.be>.

7. D'après Dhillon et Philip, *Health Promotion and Community Action for Health in Developing countries*, OMS, 1994.

facteurs de risque, la personne qui consulte, la personne malade qui ne consulte pas, les différents milieux de vie. Dans le cadre d'une problématique de santé publique, ce continuum de la santé peut être analysé pour l'ensemble de la population ou par groupes à risque. Pour la Covid-19, une analyse spécifique aurait dû être d'emblée réalisée pour les personnes les plus vulnérables en termes de groupes d'âge (les plus de soixante-cinq ans) et de comorbidités.

Dans la gestion de cette crise sanitaire, ce continuum a été insuffisamment renforcé aux différents niveaux. Par absence d'anticipation des stratégies de prévention, toutes les énergies se sont concentrées lors de la première vague sur l'hôpital et plus tard sur les collectivités, en proposant comme seule alternative à la population le

confinement strict et généralisé. Si nous sommes bien dans un principe de précaution nécessaire face au danger, cette stratégie est le reflet de la faiblesse d'une vision politique et d'un système de santé peu réactif et adaptatif. Les ressources étaient soit absentes soit insuffisantes pour manager cette crise qui était fondamentalement attendue depuis quelques années après les épisodes européens du SRAS (SARS-CoV-1) et de la grippe H1N1. Et à aucun moment il n'a été envisagé une stratégie basée sur cette responsabilité populationnelle, c'est-à-dire adapter et contextualiser la prévention grâce à la collaboration entre autres des organisations publiques et communautaires de divers secteurs, les établissements de santé, les partenaires sociaux, économiques, etc. Cette implication multisectorielle, dès le démarrage de la crise, aurait pu renforcer les services de promotion de la santé au soutien et aux soins de réadaptation (continuum d'interventions), incluant des actions allant des déterminants de la santé à la fin de vie. La crise vécue dans les maisons de repos aurait pu être nettement mieux gérée avec une mobilisation accrue de différents acteurs et secteurs complémentaires à la santé⁸.

Les nouveaux enjeux de santé publique

Depuis une vingtaine d'années, la discipline de

la santé publique a fortement évolué vers une science et une pratique qui soulignent le rôle des systèmes sociaux, du partenariat multidisciplinaire et transsectoriel. Elle est axée sur une orientation positive de la santé et plus exclusivement sur une orientation biologique ou l'accent est mis sur la prévention et le contrôle d'un problème de santé publique. L'épidémie de Covid-19 ne devrait pas fondamentalement changer ce paradigme, même si des stratégies propres à la prévention des maladies infectieuses devront être renforcées.

La santé publique va garder un rôle majeur pour mieux comprendre la façon dont les styles de vie et les conditions de vie déterminent la santé. En effet, les inégalités sociales de santé sont bien connues et documentées, mais la crise sanitaire actuelle, comme toutes les crises, a accentué ces inégalités. L'épidémie affecte de façon inégale la population et certains groupes sociaux et ethniques ont été fortement touchés⁹. Mais le rôle des déterminants sociaux est jusqu'à présent peu compris et la recherche sur le sujet reste actuellement une priorité. Les données sociales et socioéconomiques sont souvent incomplètes et/ou insuffisantes dans les données de santé. Il est souvent difficile de récolter les données pour pouvoir les analyser¹⁰. Or les facteurs médicaux, sociaux, ethniques, environnementaux interagissent entre eux et ces interrelations complexes sont nécessaires à analyser pour comprendre et réduire les inégalités sociales de santé. La crise sanitaire va confirmer plus que jamais l'importance de l'implication d'autres secteurs en dehors du secteur de santé avec la nécessité de mobiliser des ressources complémentaires et des appuis politiques. Elle doit analyser les problèmes dans leur contexte global et avoir une préoccupation particulière aux conditions environnementales.

Le suivi de la crise a aussi mis en avant la faiblesse de certains modèles de prédiction épidémiologique. Cela passe par un renforcement des systèmes de surveillance des phénomènes émergents, mais aussi le développement, sur base du big data, de méthodologies d'analyses plus complexes qui puissent prendre en compte un ensemble de facteurs (environnementaux, comportementaux, politiques...) et mieux appréhender, suivre et évaluer les stratégies de prévention et de promotion de la santé. ■

Le suivi de la crise a aussi mis en avant la faiblesse de certains modèles de prédiction épidémiologique.

8. G. Pascarella, A. Strumia, C. Piliago et al., "Covid-19 diagnosis and management: a comprehensive review", *J Intern Med.* n°288, 2020.

9. F. Ahmed, N. Ahmed, C. Pissarides, J. Stiglitz, "Why inequality could spread Covid-19". *Lancet Public Health* n° 5, 2020.

10. S. Khalatbari-Soltani, et al., "Importance of collecting data on socioeconomic determinants from the early stage of the Covid-19 outbreak onwards", *J Epidemiol Community Health*, 2020.

11. R. Verity, L.C. Okell, I. Dorigatti et al., "Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: A model-based analysis", *The Lancet Infectious Diseases* n°20, 2020.