

« Notre système de santé peine à faire le dernier kilomètre »

Entretien avec Franck Chauvin, médecin, directeur de l'institut universitaire de Prévention et de Santé globale (Présage), université Jean-Monnet et centre hospitalier universitaire (CHU) de Saint-Étienne, expert associé et ancien président (2017-2022) du Haut Conseil de la santé publique.

L'ESSENTIEL

► Pour enrayer la propagation du virus SARS-CoV-2, la gestion de crise a privilégié dans un premier temps l'éradication du risque plutôt que sa minimisation. Cette gestion a révélé la faiblesse structurelle de la santé publique en France, qui n'a pas su imposer une approche par populations, plus favorable à la prise en compte des inégalités sociales de santé. Pour les réduire, il faudrait à l'avenir davantage impliquer les collectivités locales qui disposent de plusieurs leviers jouant un rôle dans les déterminants de santé.

La Santé en action : Que s'est-il joué lors des premières semaines de la crise sanitaire ?

Franck Chauvin : J'étais membre du conseil scientifique Covid-19 – organe consultatif nommé par l'exécutif et chargé d'éclairer la décision publique de mars 2020 à juillet 2022 –, lorsque le 16 mars 2020, nous avons proposé au gouvernement d'envisager le confinement total du pays. Les inégalités de santé ne sont alors pas apparues comme une priorité. Il s'agissait, alors avant tout de contrôler la propagation du virus SARS-CoV-2, notamment en déployant une approche appelée Zéro Covid, reposant sur l'éradication du risque sanitaire. Cet objectif, aussi inaccessible fût-il, et la suite l'a montré, a prévalu en France comme dans de nombreux pays, jusqu'en janvier 2021 et l'arrivée des premiers vaccins. Face à cette position de départ, le courant de la santé

publique et de l'approche populationnelle a peiné à se faire entendre. Nous avons analysé cette opposition dans un article publié en 2021 par Laetitia Atlani-Duault dans le *Lancet*. La santé publique propose en effet d'adopter une stratégie de réduction des risques, avec des politiques ciblées en fonction de l'évaluation des risques dans différents groupes de la population. C'est d'ailleurs ce qu'ont fait spontanément les 15-25 ans dès le mois de septembre 2020. Quand ils ont compris qu'ils n'étaient pas à risque, ils ont refusé de limiter leurs interactions sociales en compensant par une large pratique des tests, notamment quand ils devaient être en contact avec des personnes plus âgées et donc à risque plus élevé. A contrario, le Conseil scientifique avait proposé de maintenir un confinement un peu plus long en mai 2020 pour les personnes à risque. Le principe était de les protéger en attendant la baisse attendue de la circulation virale. On permettait ainsi une reprise de l'activité scolaire, universitaire et professionnelle pour les populations à risque faible tout en protégeant celles plus vulnérables. Le tollé provoqué par cette proposition montre la difficulté à faire comprendre des mesures différencierées de réduction du risque dans notre pays. Les personnes à risque de formes graves ont été identifiées très tôt dans l'évolution de l'épidémie. Or ces facteurs de risque (obésité, diabète, etc.) sont plus présents parmi les populations défavorisées. Une politique d'universalisme proportionné, base de l'action en santé publique, aurait nécessité de prendre des mesures d'ordre général, mais aussi de porter une attention particulière aux populations défavorisées et fragiles pour les protéger de la contamination et des conséquences des mesures comme la déscolarisation

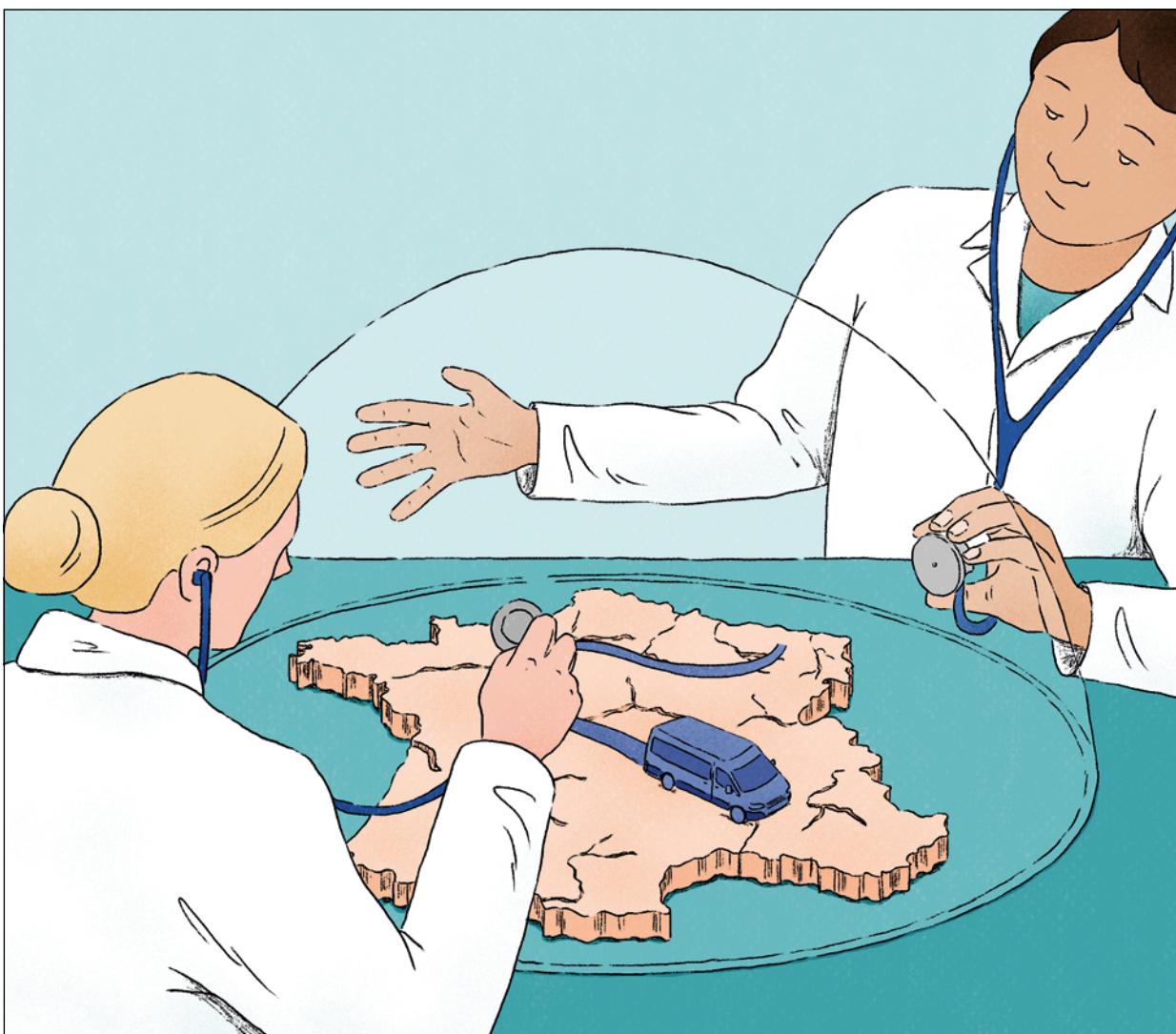
ou le confinement dans des logements inadaptés. Le Haut Conseil de la santé publique a rapidement tiré la sonnette d'alarme sur la situation des personnes vivant dans la précarité et sur le risque d'accroissement des inégalités à l'issue de la crise.

S. A. : Cette période a-t-elle révélé et accéléré les inégalités sociales et territoriales de santé ?

F. C. : Elle a surtout révélé le faible niveau de culture sur les inégalités de santé en France, et une faiblesse structurelle de la santé publique. Néanmoins, dans un second temps, des initiatives intéressantes se sont déployées sur le terrain, et notamment l'*'aller-vers'*. À Saint-Étienne par exemple, la municipalité a mis en place un bus qui se déplaçait dans les quartiers de la politique de la ville pour faire du dépistage et de la vaccination, un dispositif qui perdure aujourd'hui. Et d'autres initiatives de santé publique ont été prises dans de nombreuses régions (voir articles p. 32, 34 et 36). Notre système de santé est essentiellement hospitalier et curatif, et il peine à faire ce que les logisticiens appellent le « dernier kilomètre » : le dernier kilomètre géographique, le dernier kilomètre social, le dernier kilomètre culturel et, avec l'essor inégalitaire des technologies de la communication, le dernier kilomètre numérique. Cette prise de conscience est sans doute un apport positif de la pandémie, à telle enseigne qu'en 2023 le Conseil d'État a consacré un cycle de conférences sur « le dernier kilomètre des politiques publiques ».

S. A. : Des enseignements pour lutter contre les inégalités ont-ils été tirés depuis la pandémie ?

F. C. : On est retombé dans une forme non d'indifférence, mais de sentiment d'impuissance de la



décision publique face aux inégalités de santé, que l'on sait majeures en France. L'organisation d'une santé publique efficace, proche du terrain et mobilisable en période de crise devrait être une priorité. Il en est de même de la diffusion de concepts comme les déterminants de la santé, l'universalisme proportionné ou les modèles de changement de comportement. La santé publique a besoin d'être circonscrite en termes de zone géographique et de taille de population pour proposer une vision fine ouvrant la voie à des politiques ciblées, combinant approche par populations et approche par les risques. Dans ma région Auvergne-Rhône-Alpes, les enjeux de santé et de prévention ne sont pas les mêmes dans le Cantal ou en Haute-Savoie, car les populations, les modes de vie, les déplacements diffèrent. Au Royaume-Uni, *Public Health England* publie des tableaux de bord de santé,

territoire par territoire, à destination des acteurs locaux ; ces indicateurs leur permettent un pilotage plus précis de la décision publique en définissant des objectifs spécifiquement adaptés à la population concernée. Il faut persuader les collectivités locales qu'elles disposent, dans leur périmètre de compétences, de nombreux leviers qui jouent un rôle majeur dans la santé des populations. Tous ces déterminants de santé : écoles, espaces verts, logements, transports, culture, peuvent être mobilisés pour servir l'atteinte d'objectifs de santé publique partagés par la communauté. On peut, par exemple, décider d'élargir les trottoirs pour inciter les habitants à marcher au lieu de prendre leur voiture, et, dans ces rues rénovées, accompagner financièrement l'installation de magasins alimentaires bio ou solidaires. Malheureusement, en France, l'échelon politique national craint l'échelon territorial, ce qui

s'avère un frein à la mise en œuvre de politiques favorables à la santé au plus près des populations. ■

**Propos recueillis par Nathalie Quéruel,
réédactrice en chef.**

Pour en savoir plus

Atlani-Duault L, Chauvin F, Yazdanpanah Y, Lina B, Beanmouzig D, Bouadma L. *et al.* France's Covid-19 response: balancing conflicting public health traditions. *The Lancet*, juillet 2020, vol. 396, n° 10246 : p. 219-221.
En ligne : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7365637/>

Dossier