



60 000 DÉCÈS ÉVITÉS ET APRÈS ?

Réflexions pour un retour de la santé publique et une véritable place de la promotion de la santé

25 mai 2020

La santé au centre de nos sociétés et même de notre existence. Quelle leçon !

La pandémie Covid-19 du printemps 2020 a révélé les failles du système sanitaire en France : oubli du risque épidémique, impréparation à la survenue d'une pandémie, perte du sens de la Santé publique dans son acception la plus large, retard à l'action de l'appareil d'État, mauvaise maîtrise de l'information. Sans compter la défiance des citoyens amplifiée par des réseaux sociaux partisans ou porteurs de fausses nouvelles...

La promotion de la santé, toujours affirmée comme priorité de santé publique, mais toujours différée du fait de la primauté donnée à l'approche curative, repose **sur la capacité d'action des citoyens à mobiliser leurs ressources personnelles afin d'adopter les attitudes favorables à leur santé**, de peser sur les politiques publiques et les décisions qui les concernent. Elle nécessite des données validées, du temps, la confiance et l'adhésion des individus et des populations ; elle n'a de sens que dans le cadre d'une politique à long terme.

Parmi les nombreuses questions soulevées par cette pandémie, deux semblent primordiales :

- La première relève de l'analyse critique :
Que révèle cette crise sur notre système de santé ? Une situation aux multiples facettes inquiétantes.
- La seconde relève d'un changement de paradigme :
Comment redonner droit de cité à la santé publique ? Avec des propositions :

- **Fédérer les acteurs du social et de la santé pour peser sur les décisions.**
- **Retrouver le ciment social par une lutte ambitieuse contre les inégalités sociales et territoriales de santé.**
- **S'appuyer sur une véritable démocratie en santé pour redéfinir les rôles et missions de tous les acteurs institutionnels et territoriaux ainsi que ceux des citoyens.**
- **Engager un programme politique volontariste et réformateur en matière de prévention et de promotion de la santé individuelle et collective.**

C'est tout l'enjeu du texte proposé à la réflexion de ceux qui sont prêts à entreprendre une **réforme en profondeur de notre modèle de santé publique afin de le rendre moins coûteux, plus efficace sur le long terme et propre à soulager les plus faibles.**

60 000 DÉCÈS ÉVITÉS : ET APRÈS ?

Relayant une étude de l'École des hautes études en santé publique¹², le ministre de la santé indiquait récemment que le confinement avait permis d'éviter 60 000 décès. Cette déclaration, qui n'est pas passée inaperçue dans les flots de chiffres qui déferlent sur nous quotidiennement, n'a pas été contestée, ce qui est rare dans le contexte actuel où toute déclaration génère quasi immédiatement la contradiction. On peut donc penser qu'elle est partagée de façon unanime, et sa lecture à l'aune du contexte de crise actuel peut permettre d'esquisser quelques commentaires « à chaud » pouvant initier quelques pistes de réflexion pour la santé de la population en France.

Ce propos n'abordera que de façon très marginale le domaine des soins, qu'il soit ambulatoire ou hospitalier, libéral ou public. Non pas qu'il ne soit pas concerné par la santé de la population – il en est même aujourd'hui l'élément essentiel et le plus coûteux, – mais les déclarations du président de la République en ce domaine ferment singulièrement la réflexion. De même la crise sanitaire que nous vivons et les mesures prises pour la contenir feront l'objet d'un retour d'expérience (RETEX), prématuré à ce jour. Elle n'est donc pas abordée en tant que telle mais à travers les insuffisances de la prise en charge de la santé de la population en France auxquelles elle sert de révélateur.

Que nous révèle cette crise sur les questions de santé en France ?

- I. En premier lieu que **les maladies infectieuses à transmission épidémique n'ont pas disparu**. L'obligation de vaccinations, les progrès thérapeutiques ont pu accréditer l'idée que les grandes épidémies (peste, choléra...) appartiennent à un passé révolu. C'est exact pour certaines pathologies bien connues, d'origine bactérienne ou virale. Les maladies infectieuses, à l'état endémique dans certaines zones, peuvent être importées dans d'autres territoires lorsque les conditions leur deviennent favorables. Jusque là rapidement confinées à des territoires limités et jugulées (ainsi du SRAS et du virus Sars-Cov-1), elles ont pu durant une brève période susciter inquiétude, attention et projets de recherche rapidement abandonnés faute de financements dès extinction de l'épidémie. **Le Haut conseil de la santé publique dans sa contribution à l'élaboration de la stratégie nationale de santé en 2017 considère les maladies infectieuses, émergentes ou ré-émergentes, comme une menace préoccupante pour la population**. Il insiste également sur les risques supplémentaires que font courir dans la propagation de ces maladies les atteintes à l'environnement et le réchauffement climatique. A posteriori on peut déplorer que la stratégie nationale de santé 2018-2022 n'ait retenu parmi les actions prioritaires que la lutte contre les maladies d'origine vectorielle. Mais qui pouvait prévoir en 2018 une crise sanitaire d'une telle ampleur dès 2020 ?

- II. Nous avons ensuite dans nos pays européens insuffisamment réfléchi sur la signification de cette définition de la santé, plus imagée que celle souvent citée de l'OMS, donnée par

¹ COVID-19: One-month impact of the French lockdown on the epidemic burden, Jonathan Roux^{1*}, Clément Massonnaud^{1,2*}, Pascal Crépey¹.
1/ Univ Rennes, EHESP, REPERES « Recherche en Pharmaco-Épidémiologie et Recours aux Soins » – EA 7449, 15 avenue du Professeur-Léon-Bernard, CS 74312, 35043 Rennes, France.

2/ Rouen University Hospital, Department of Biostatistics, 76031 Rouen, France (2020-04-22).

² - Journal *Le Monde* du 23 avril 2020. https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/04/23/coronavirus-plus-de-60-000-morts-evites-en-france-grace-au-confinement_6037474_3244.html

Rabelais dans le Quart-Livre : « la santé c'est la vie, sans la santé la vie n'est plus une vie ». Les personnes atteintes de maladies chroniques connaissent la valeur de cette affirmation, contraints qu'ils sont souvent à un mode de vie dégradé. Mais cette crise nous rappelle de façon brutale que la santé d'une société, comme celle d'un individu ne va pas de soi ; que **la vie sociale, culturelle et surtout économique qui font notre vie quotidienne n'existent plus si la santé de la population est compromise**. Et l'accent mis à juste titre sur la prévention, le soin et l'éducation thérapeutique pour les maladies chroniques, toutes maladies individuelles et de civilisation, devra désormais se doubler désormais d'une attention identique portée aux maladies infectieuses.

- III. Autre « découverte » : **le bon état de santé d'une population, tout comme celle d'un individu, ne peut être garanti par le seul système de soins mais dépend également de la prévention, de l'attitude et des comportements des individus qui la composent**. Dans la situation actuelle il ne peut être évoqué des mesures de prévention médicalisée, en l'absence de vaccins, et les soins en l'absence de traitements identifiés ne peuvent être que symptomatiques. Le recours à la tactique du confinement nous met en face de multiples évidences : d'une part la fragilité de notre système de soins, rapidement à flux tendu en cas de circonstances exceptionnelles qu'elles soient climatiques ou épidémiques, d'autre part la nécessité d'utiliser dans toute démarche de santé publique *la théorie du bilan* à laquelle il est largement recouru en protection de l'environnement et enfin le fait que la protection de la santé suppose des actions non spécifiques au système de santé. Car en l'espèce c'est bien la limitation de la circulation humaine qui a réduit celle du virus et le nombre de malades.
- IV. En quatrième lieu, le Covid-19 a démontré que **la santé ne peut s'accommoder d'une répartition des compétences étanche, car elle relève de toutes les institutions**. Si le rôle éminent de l'État et de l'assurance maladie, et de leurs « bras armés » locaux (organismes de sécurité sociale, services déconcentrés) est bien identifié, les compétences de santé strictement définies par la loi Notre ont volé en éclats ; heureusement pourrait-on dire, car les commandes par les collectivités territoriales de dispositifs médicaux (surblouses, masques...) ont permis d'accéder plus rapidement à des équipements indispensables aux soignants et à la population. Effets collatéraux, d'abord une belle pagaille mettant en évidence **l'absence et le besoin d'une coordination** : la répartition des masques aux professionnels du secteur sanitaire et social, – chaque institution prenant en charge ses propres ressortissants, facteur d'incompréhensions et de frustrations –, en est l'illustration. Et la parole de l'État en est sortie décrédibilisée. Comme l'a dit un député d'un département de l'Est de la France, « en période de crise la décision doit être collective », ce qui va à l'encontre des fondements des plans de secours en France.
- V. La gestion de cette crise a fait apparaître **également un mélange inapproprié de l'expertise et de la décision**. Cette constatation apparaît clairement dans les médias, qui ont largement encouragée cette dérive, par exemple lorsque le président du comité scientifique annonce et commente les mesures de déconfinement à venir, sans craindre d'afficher son désaccord avec les responsables politiques. Si ne peut être écartée une instrumentalisation des experts, cette attitude va à l'encontre de la démarche de santé publique qui sépare expertise et décision ; distinction qui subsiste dans notre organisation sanitaire.
- VI. Sixième et pénultième constatation : même si à ce jour il n'en existe pas de preuves objectivées, elles nécessiteront une collecte d'informations et une observation qui restent à venir, il est cependant probable que **l'épidémie n'a pas frappé de façon identique tous les territoires ni toutes les catégories sociales et professionnelles**. Certaines populations en difficultés ont été purement oubliées (ainsi des personnes sans domicile fixe, ou des résidents

en pensions de famille). Les populations défavorisées ou les travailleurs précaires³, si l'on en juge par la diffusion inégale de l'épidémie dans les départements de la région parisienne, ont été les plus lourdement affectés. Comme souvent, **le mauvais état de santé général, le poids des maladies chroniques, l'obésité, les déterminants sociaux de la santé et ceux liés à l'urbanisme et au logement auront conduit à maintenir sinon à accroître les inégalités de santé**. Si l'attention portée à la situation des personnes âgées en EHPAD a été vite identifiée, la question des inégalités sociales de santé, moins visibles, ne doit pas passer au second plan.

VII. Enfin dans la gestion de cette crise, **les instances de la démocratie en santé ont été mises entre parenthèses**. Cette remarque ne vise pas l'accréditation donnée au gouvernement de légiférer par ordonnance mais bien la façon dont les mesures barrières ont été décidées, discutées, expliquées, annoncées, imposées : ni la Conférence nationale de santé ni les commissions locales, Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et Conseil territorial de santé (CTS), n'ont été consultées. À l'évidence le confinement ne crée pas les mêmes contraintes pour tous. Si la lutte contre la pandémie appelait une réaction rapide, cette mesure indispensable aurait pu être modulée, enrichie et rendue plus partagée par la population dans ses diverses composantes, bref plus opérationnelle. Et la communication gouvernementale eut été bien inspirée de s'adresser à des citoyens responsables, jugés capables de comprendre l'intérêt des mesures barrières. Mais ne faut-il pas voir dans ce recours prioritaire à la coercition le peu de confiance de nos responsables dans les comportements en matière de santé de nos concitoyens.

Comme il l'a été indiqué en introduction, il ne sera pas fait référence dans cette analyse au fonctionnement du système de soins, compte tenu à la fois des mesures déjà annoncées et des RETEX vraisemblables. Mais cette crise est aussi l'opportunité de s'interroger sur les aménagements à apporter à notre approche de la santé publique. Moins spectaculaires que ceux annoncés pour le système de soins, maintes fois évoqués et annoncés ils sont toujours différés car s'inscrivant dans une perspective de long terme au rebours du court-termisme qui inspire aujourd'hui les politiques publiques. Sans souci d'être exhaustif quatre points peuvent être mis en évidence.

Certes, les succès de la Santé publique sont là pour témoigner des actions entreprises depuis longtemps et consolidées dans les années 1950/70 : vaccinations (polio, tuberculose...), dépistages de masse (cancers du sein, du col utérin, du colon), pmi, santé au travail. **Mais il nous faut aller plus loin, dans le sens de la promotion de la santé** telle que définie dans l'introduction.

Comment redonner droit de cité à la santé publique ?

I. Développer la culture de santé publique en France

C'est maintenant un constat partagé par tous : le système de soins, par son excellence permet une espérance de vie à 60 ans parmi les plus élevées du monde. En revanche la France se caractérise par **une mortalité prématurée et évitable encore trop élevée et de fortes inégalités dans l'espérance de vie**. C'est de cette évidence que doivent découler les priorités d'action. Qu'il s'agisse de l'habitat ou du travail par exemple, on sait que les conditions de vie agissent profondément sur l'espérance de vie. Il y a ainsi **un différentiel de 6,5 années d'espérance de vie à 35 ans pour les hommes entre**

³ Dominique Méda : « Les plus forts taux de surmortalité concernent les "travailleurs essentiels" » Le Monde du 24-25mai 2020. https://www.lemonde.fr/idees/article/2020/05/23/dominique-meda-les-plus-forts-taux-de-surmortalite-concernent-les-travailleurs-essentiels_6040511_3232.html

ouvriers et cadres supérieurs des entreprises. Là aussi, la prévention et l'amélioration des conditions de vie jouent un rôle considérable.

a. En direction des individus et groupes de population

C'est sans doute la « cible » prioritaire et le sujet appellerait à lui seul un exposé particulier. En théorie tout est simple, **la prévention, lorsqu'elle vise à éviter ou intervenir précocement sur une maladie précise, a fait la preuve de son efficacité et de son « retour sur investissement » au plan financier.** Dans un cadre national, un dispositif, public le plus souvent, a parfois été mis en place de longue date par les départements voire les communes et l'assurance maladie. Les résultats sont probants, notamment lorsque les mesures de prévention sont assorties d'une obligation : ainsi en est-il de la vaccination.

La situation est tout autre lorsqu'il s'agit de faire adhérer la population à une démarche de prévention volontaire, de faire admettre sinon comprendre qu'une modification de certaines habitudes et coutumes améliore la santé et permet une diminution de la demande de soins et du coût exorbitant pour la collectivité : en bref chaque fois qu'il s'agit de modifier les comportements individuels ou collectifs et d'agir sur les liens sociaux ou les facteurs structurels favorable à la santé, sans référence à une maladie précise. **C'est tout l'enjeu de la promotion de la santé qui vise à donner les moyens aux individus « d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé »** pour reprendre les termes de la charte d'Ottawa, c'est-à-dire à affirmer leurs capacités à « faire bouger les choses » au plan politique communautaire ou politique. En soulevant les questions de participation et de démocratie en santé, de justice sociale, la promotion de la santé porte en elle une vision politique sociétale.

Priorités, concepts et méthodes de la promotion de la santé sont bien documentés. Par exemple l'action menée pour le développement des compétences psycho-sociales (comment bien se connaître pour être bien avec soi-même et dans ses interactions avec les autres), pierre angulaire de toute démarche de promotion de la santé, largement portée par le réseau des Instances régionales de promotion de la santé (Ireps) et de la Fédération nationale d'éducation pour la santé (FNES) a montré que **par cet accompagnement les individus pouvaient (re)devenir acteurs de leur propre santé avec des résultats probants.**

C'est donc moins un manque de connaissances ou de compétences dont souffre la promotion de la santé – même si la recherche en ce domaine, à la croisée des sciences humaines/sociales et de la santé publique, et l'évaluation des facteurs d'efficacité sont à organiser et développer – que d'une reconnaissance institutionnelle et d'un développement suffisant. Car ce n'est pas avec les financements dévolus aux acteurs de la promotion de la santé, la grande misère de la santé scolaire, le peu de cas fait à la santé au travail que sera atteinte une pénétration suffisante de la population. **Il est temps de passer de l'artisanat, qui certes donne d'excellents résultats pour ceux qui ont la chance d'entrer dans le cadre d'un projet, à l'ère industrielle.**

b. Instaurer le mieux-disant en santé dans les politiques sectorielles

Si cette crise a montré que la santé intéressait toute la société, dans la diversité de ses activités, il est frappant de constater que les grands projets, d'aménagements publics notamment, donnent rarement lieu à débat sur leurs impacts sur la santé ou seulement de façon indirecte ou aléatoire, contrairement à ce qui existe en matière de protection de l'environnement. Il est rare aussi que les documents de planification comme les SCOT (Schéma de cohérence territoriale) ou d'aménagement tels les PLU (plans locaux d'urbanisme) poussent la réflexion jusqu'à appréhender les questions de santé. **Il est temps, semble-t-il, d'introduire une évaluation d'impact en santé pour toutes les activités humaines,** puisque l'outil existe. Sur ce point d'ailleurs on peut être optimiste car le mouvement est engagé, comme le prouve la façon dont sont envisagées les mesures de déconfinement, auxquelles cependant manquent encore une approche de **démocratie en santé.** **Il est temps de sortir la santé de son isolement, alors même que souvent elle contribue à structurer un territoire.**

c. Accompagner les élus locaux dans l'appréhension des questions de santé publique

Alors même que la demande des citoyens auprès de leurs maires se porte de plus en plus sur des questions de santé et de soins, **une grande inégalité de traitement est constatée entre petites et grandes communes**, celles qui adhèrent au réseau des villes santé de l'OMS, qui possèdent un Service communal d'hygiène et de santé (SCHS), qui ont mis en chantier un Plan local de santé (PLS) et les autres. Cette demande, plutôt récente et peu structurée, peut avoir pris de court un certain nombre de communes. **L'accompagnement des élus à la santé publique doit donc être accentué et structuré au niveau local.** Devra également être envisagée la « remontée » de la compétence santé publique dans les compétences obligatoires des intercommunalités.

Enfin demeure entier le sujet des compétences en santé des conseils départementaux et régionaux instauré par la loi Notre ; l'activité déployée par ces collectivités pour l'approvisionnement en dispositifs de protection a remis en cause de facto ces dispositions législatives dans cette crise.

II. Accentuer les efforts pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé

Cette affirmation ne pourra que recueillir tous les suffrages, d'autant que c'est un mouvement engagé de longue date. Il convient de l'accélérer en privilégiant trois directions.

- a. D'abord tirer **un bilan précis et territorialisé de cette première vague épidémique, et des mesures prises pour la limiter.** Bilan évidemment au plan sanitaire quant à la pénétration de la maladie mais également bilan social quant aux effets du confinement sur la « santé sociale », sociologique et psychique de la population : comment nos concitoyens les plus fragiles ont-ils vécu cette période, quelles conséquences par exemple sur les violences faites aux femmes ou aux enfants ?
- b. De ce bilan devront enfin découler **des actions trop longtemps différées sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé, ainsi que sur la répartition de l'offre de soins de proximité.** Aux questions d'urbanisme déjà évoquées doivent s'ajouter les déterminants liés au logement. Quant aux déterminants sociaux de la santé, les inégalités en matière d'éducation seront centrales. Et le moment est venu de (re)mettre en réflexion les applications du concept de santé communautaire pour certaines populations fragiles.
- c. Enfin **le lien santé/social, mis à mal au fil des différentes réformes administratives doit être d'urgence rétabli** : il est illusoire d'établir un parcours de santé, notion qui inspire tous les plans régionaux de santé (PRS), sans le concevoir dans un parcours de vie : ce qui est nécessaire pour un individu bien inséré l'est encore davantage pour ceux qui, accaparés par les soucis du quotidien considèrent leur santé comme une préoccupation secondaire. L'importance de l'approche conjugulée du travailleur social et du soignant, leur dialogue constant sont indispensables comme l'ont montré les travaux d'élaboration des plans territoriaux en santé mentale (PTSM.)

On peut d'ailleurs se demander si le périmètre des ARS ne devrait pas être revu en étendant ses compétences au domaine de l'action sociale de l'État, manière radicale d'éviter un défaut de coordination pour la santé des plus précaires, tout en revisitant ses modalités d'intervention en période de crise. Ces agences sont compétentes en santé publique mais n'ont pas les moyens, faute de logisticiens, de gérer les approvisionnements en période de crise.

III. Redéfinir le rôle des différentes collectivités

Dans un contexte initial d'incertitudes sur la contagiosité et la virulence du virus, les quelques semaines de mars et avril 2020 que nous venons de vivre laissent perplexes : si l'hôpital a tenu bon malgré les tensions extrêmes, et grâce aux mesures déployées par l'exécutif de l'État et de ses services, on ne peut pas ne pas reconnaître qu'hors l'hôpital l'État a été dépassé : dans l'approvisionnement et la distribution de dispositifs de protection, l'annonce et la gestion du confinement, la communication. Les collectivités territoriales sont donc venues sur le terrain des compétences de l'État sans que la coordination nécessaire soit localement assurée. Cependant, sauf à risquer des inégalités territoriales, **son rôle de pilotage doit être restauré et redéfini** sans pour autant tomber dans un processus décisionnel collégial à l'allemande, fruit d'un contexte culturel, constitutionnel et électoral différent. **De même pour les collectivités territoriales** : leur association à l'élaboration de la décision (et non à la prise de décision) ne peut plus être différée. Il s'agit en l'espèce de **garantir une politique de santé égale pour tous en tous points du territoire, conformément aux principes républicains, mais adaptée aux situations locales** : penser globalement, agir localement. Les mêmes principes d'ailleurs militent pour que les services publics ou privés gérant un service public disposent d'une marge d'autonomie au plan local.

Doit être interrogée également la pertinence de regrouper dans un même établissement public des fonctions aussi différentes que la promotion de la santé, les vigilances, les interventions d'urgence et la gestion de dispositifs de protection. Au risque de vouloir tout faire et de tout mal faire.

Enfin comment ne pas évoquer les bégaiements de la coordination entre les institutions, qui a beaucoup varié selon les niveaux territoriaux et les territoires comme on a pu le constater, mais toujours insuffisante ; au point que trop souvent cette fonction essentielle a été transférée sur les opérateurs eux-mêmes et les associations.

IV. Faire fonctionner la démocratie en santé

Comme l'a souligné la Conférence nationale de santé dans un avis récent, les instances de démocratie sanitaires, contrairement à ce qui a pu être fait lors de l'apparition du virus H1N1, ont été mises entre parenthèses. Il est certain que la pression extrême exercée en quelques semaines sur les autorités sanitaires n'a pas favorisé la consultation d'instances déjà peu visibles en temps normal.

Or si est posée en principe la nécessité d'associer le citoyen, usager du système de santé ou pas, aux décisions le concernant et de le rendre acteur de sa propre santé, **il convient pour ce faire de s'appuyer sur les instances de démocratie en santé**, et particulièrement sur les Conseils territoriaux de santé (CTS) chargés de déployer une démocratie directe territorialisée. Il ne s'agit évidemment pas de sous-estimer le rôle irremplaçable des fédérations d'usagers du système de santé, mais de dépasser une démocratie en santé indirecte propice souvent à l'activité des lobbys, pour **responsabiliser l'individu**. En un mot donner à cette démocratie en santé les moyens d'exercer le rôle que lui assigne la loi. Donner vie à la démocratie en santé supposera :

- De définir plus clairement son rôle.
- De lui donner les moyens de reconnaissance dont elle manque.
- De lui assurer la possibilité d'un fonctionnement autonome.
- Enfin de former les membres des différentes instances pour que leur parole ne soit pas la simple addition des intérêts particuliers de ses membres mais une parole collective.

En conclusion

Ni les remarques en première partie de cette réflexion sur quelques enseignements de cette crise ni les modestes propositions, figurant en deuxième partie, ne sont nouvelles ou de nature à bouleverser l'organisation de la santé en France. Redonner droit de cité à la santé publique dans notre pays, développer la promotion de la santé figurent ou ont figuré dans les projets de tous les ministres de la santé successifs. Mais la mise en œuvre n'a jamais été à la hauteur du discours. Le « détournement » des crédits du fonds d'intervention régional (FIR) vers le soin constitue un précédent fâcheux.

Peut-on espérer que le traumatisme sanitaire et sociétal que nous vivons sera suffisant pour provoquer le sursaut espéré ? On peut en douter tant ne manqueront pas les bonnes raisons pour retrouver les sentiers battus, fussent-ils sans issue : poids des lobbys, pléthoriques dans le domaine de la santé, primauté de l'économie, individualisme des personnes et des groupes sociaux, avec son corollaire l'absence de solidarité une fois l'incendie éteint, méfiance institutionnelle envers la démocratie en santé.

Certes le pire n'est jamais certain mais deux précautions doivent être prises et un souhait peut être émis :

- D'abord **mettre en place une fédération militante de tous les acteurs sociaux et du domaine de la santé décidés à promouvoir un retour vers davantage de santé publique**. Ce regroupement, pour être entendu, doit dépasser largement le cercle des associations agissant dans le champ de la santé publique : malgré leur haute compétence scientifique, elles n'auront jamais la possibilité d'occuper l'espace médiatique pour se faire entendre suffisamment.
- Ensuite et dès maintenant **établir un bilan croisé et participatif, à la fois sanitaire et social**, confié à une institution indépendante des pouvoirs publics dans l'objectif non de chercher des responsabilités mais de promouvoir ce retour de la santé publique. Pourquoi pas un *Grand débat* organisé, géré, animé par la commission nationale du débat public, avec des conclusions établies par cette instance ? Difficile, après une mobilisation de ce type de remettre à plus tard les réformes nécessaires.
- La grande réforme des hôpitaux accomplie par Robert Debré en 1958 fut l'accomplissement d'un vaste projet affirmé par le pouvoir politique qui a abouti à une structuration positive du secteur hospitalier. Au seuil des années 2020, **un programme réformateur identique doit être mis en œuvre en matière de prévention et de promotion de la santé individuelle et collective**.

Le conseil d'administration de l'IREPS Auvergne-Rhône-Alpes

25 Mai 2020

IREPS Auvergne-Rhône-Alpes - 9 quai Jean Moulin 69001
Lyon - Tél. 04 72 00 55 70 - contact@ireps-ara.org
www.ireps-ara.org