



Covid-19 et aménagement du territoire

Appel à contributions du Cercle pour l'aménagement du territoire

Quelle place pour les acteurs locaux dans la gouvernance de la santé ?

Pascale ECHARD-BEZAULT *

Juillet 2020

Cette crise sanitaire du Covid-19 a démontré la place primordiale des acteurs locaux dans la prise en charge rapide et l'organisation de proximité pour répondre aux besoins des habitants et des professionnels. Elle a aussi mis en évidence les fragilités de certains publics, étayées par différentes études, nécessitant la mise en œuvre d'actions spécifiques au plus près de la population.

Les inégalités sociales et territoriales face à la crise sanitaire

Un dossier de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) paru en juillet 2020 fait la synthèse des travaux sur les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19 ⁽¹⁾. Ci-dessous la synthèse du dossier qui explicite les phénomènes rencontrés.

« La littérature scientifique a déjà mis en évidence la présence d'inégalités sociales dans les épidémies passées. Ce phénomène résulte de trois facteurs, souvent cumulatifs : les inégalités face au risque d'exposition, la vulnérabilité différenciée face à la maladie et les différences de prise en charge. (...) De surcroît, aux inégalités de santé face à la pandémie sont venues s'ajouter un deuxième phénomène, tout aussi frappant : les inégalités sociales face au confinement.

Des inégalités d'exposition qui se cumulent souvent

Le risque de contamination a été plus élevé dans certains emplois exposés au contact avec les malades (personnel soignant, majoritairement féminin, et relativement âgé pour les médecins) ou en contact avec le public et dont l'activité a été maintenue en présentiel. Cela concerne en

* **Dr Pascale Echard-Bezault**, ancienne chargée de mission « santé, social » à la Datar, Directrice Santé Publique Ville d'Evry-Courcouronnes, Membre du conseil d'administration de la Société Française de Santé Publique

¹ Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19 > Les dossiers de la DREES n° 62 > juillet 2020

premier lieu le secteur de la santé et action sociale, mais aussi ceux de l'industrie agroalimentaire, du commerce et de l'industrie. Lorsque leur activité était maintenue, la quasi-totalité des ouvriers et les trois quarts des employés ont été contraints de travailler en dehors de chez eux ; par contraste, c'était seulement le cas d'un tiers des cadres. Cette inégalité face au télétravail s'est souvent cumulée avec le fait de devoir se déplacer en transports en commun, car les ouvriers et employés habitent plus souvent que le restant de la population en zone périurbaine. Les conditions de vie et la promiscuité accentuent le risque de contamination pour les personnes vivant dans des logements collectifs, en établissements fermés et dans des logements surpeuplés. L'accès aux mesures de protection dépend, quant à lui, des conditions matérielles, mais aussi des comportements préventifs, dont il est établi dans la littérature qu'ils sont inégalement adoptés dans la population.

Développer une forme grave de la maladie : un risque marqué par un gradient social

Les premières analyses menées par la DREES sur les données médico-administratives et les enquêtes de santé indiquent qu'au-delà du facteur lié à l'âge, les comorbidités sont inégalement réparties sur le territoire : dans les Hauts-de-France, la Normandie, le Grand-Est, la Réunion et la Corse (et dans une moindre mesure dans les départements du Centre et du pourtour méditerranéen), la population est plus atteinte par les pathologies susceptibles de conduire à des formes graves de Covid-19. Les cadres, les professions intermédiaires et les agriculteurs y sont moins exposés que les employés et les ouvriers. (...)

Les disparités territoriales de surmortalité relevées par l'Insee, qui indiquent non seulement que le Grand-Est et l'Île-de-France sont les régions les plus touchées, mais aussi que l'excédent de mortalité n'est pas homogène à l'échelle infrarégionale (avec les excès de mortalités départementales les plus élevés à Mayotte et en Seine-Saint Denis, et communales à Saint-Denis, Mulhouse, Strasbourg, Argenteuil, Paris et Montreuil), doivent aussi s'analyser en prenant en compte les inégalités sociales qui les sous-tendent.

Des inégalités sociales multiples face au confinement

Les retards de prise en charge des soins urgents, que l'on a observé durant le confinement au travers d'une chute des recours aux urgences pour des pathologies à risque vital (...) sont particulièrement inquiétants, de même que les dépistages tardifs des cancers qui constituent une perte de chance pour les patients. (...)

Les expériences passées de quarantaine, mais aussi les premières leçons tirées du confinement pendant le Covid-19, décrivent des conséquences multiples à court et long terme sur la santé mentale. (...). De premiers résultats des enquêtes Coclico-Irdes² et Coviprev³ pointent un risque accru pour les personnes en isolement social et, là encore, un gradient social, les risques liés à la santé mentale étant eux aussi traversés par de fortes inégalités. (...)

Les conséquences économiques de la crise risquent d'accroître les inégalités matérielles : certaines populations ont subi des baisses de revenus d'activité, d'aides et d'activités informelles particulièrement importantes, associées à une hausse des dépenses, notamment alimentaires, seulement partiellement compensées par les aides publiques. (...)

² Enquête Coclico : Coronavirus containment policies and impact on the population's mental health, Une enquête internationale sur l'impact des politiques de confinement, liées à la lutte contre le Coronavirus, sur la santé mentale.

³ Depuis le 23 mars 2020, Santé publique France a lancé l'enquête CoviPrev en population générale afin de suivre l'évolution des comportements (gestes barrières, confinement, consommation d'alcool et de tabac, alimentation et activité physique) et de la santé mentale (bien-être, troubles).

Enfin, d'autres types d'inégalités sociales face au confinement commencent à être documentés : sécurité physique, continuité de l'accompagnement social, conditions de logement et isolement, accès au numérique et réussite éducative.

Des populations particulièrement fragilisées

La crise sanitaire que nous traversons ne fait que jeter une lumière plus crue sur l'importance et le caractère multidimensionnel des inégalités qui traversent notre pays. Elle met l'accent sur les risques spécifiques auxquels font face les populations les plus fragiles exposées à une « double » ou une « triple peine » face au Covid-19, souvent liée à l'impact du virus couplé à l'impact du confinement, et appellent donc à une vigilance accrue.

Plusieurs travaux alertent ainsi sur les inégalités de genre dans cette crise : majoritaires dans les métiers de la santé et du social, les femmes ont été en première ligne dans la réponse sanitaire apportée à la crise, ont eu à supporter une charge informelle plus élevée au sein des ménages, tout en étant plus exposées aux risques de violences conjugales. L'analyse territoriale est également révélatrice de mécanismes de cumul de difficultés : les populations des quartiers défavorisés présentent plus souvent des facteurs de risques face au coronavirus, sont plus souvent concernées par de mauvaises conditions de logement, ainsi que par le maintien d'une activité professionnelle qui suppose d'emprunter les transports en commun. Plus largement, cette crise a pu toucher différemment les populations vivant en milieu urbain et celles vivant en milieu rural. Enfin, au-delà des territoires, les lieux de vie distinguent nettement les populations et leur situation face au coronavirus. Les personnes résidant dans des établissements médico-sociaux (personnes âgées en EHPAD, personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie) cumulent un risque d'exposition élevé lié au lieu de vie et de dégradation de l'état de santé due à l'isolement. Les personnes en situation de grande précarité, sans domicile, réfugiés et migrants notamment, cumulent une forte insécurité sanitaire liée au risque d'exposition au virus dans des structures d'accueil collectives, des difficultés d'accès aux soins, ainsi qu'une forte insécurité économique »

La mobilisation des acteurs de terrain de proximité

La mobilisation a touché l'ensemble des partenaires de proximité : hôpitaux, collectivités territoriales, professionnels de ville, associations, secteur médico-social et habitants.

Les Hôpitaux ont su modifier leur organisation pour équiper en un temps record un nombre maximal de lits de réanimation. Un travail collaboratif entre l'administration des centres hospitaliers et les personnels a permis de mobiliser l'ensemble des forces vives. Les professionnels de santé se sont engagés comme nous l'avons vu pour assurer des soins pour tous, certains exerçant des missions hors de leur champ d'action habituel.

Les élus (municipaux, départementaux et régionaux) se sont mobilisés pour collecter auprès des entreprises du territoire et redistribuer aux professionnels les équipements individuels de protection (masques, charlottes, surblouses, gants...) permettant de leur assurer un minimum de protection. En effet, toutes les entreprises bénéficiant d'une restauration collective étaient pourvues de ces différents matériels, d'autres avaient encore des stocks de la grippe H1N1.

Les collectivités territoriales ont aussi répondu aux besoins d'urgence de certaines populations du fait du confinement : aide alimentaire d'urgence, courses et médicaments pour les seniors, mais aussi lignes d'écoute spécifiques pour apporter solidarité et écoute. Ces actions mises en place très rapidement ont permis de minimiser les impacts du confinement sur les publics les plus fragiles grâce à la connaissance fine de la population de leur territoire et à la réactivité.

Ce sont aussi les collectivités territoriales qui ont été en mesure de coordonner la solidarité et les propositions d'aide des habitants et structures, aide logistique aux établissements de santé et établissements médico-sociaux, aide aux personnes âgées ou handicapées pour les achats, fabrication de masques... En effet, la situation face à cette pandémie a entraîné un sentiment d'impuissance de la population et le fait de participer à « la lutte » et de ne pas être « passif » a permis de limiter les conséquences psychologiques chez les personnes qui se sont engagées dans cette solidarité.

Par ailleurs, les professionnels de santé des territoires ont su se mobiliser dans les établissements médico-sociaux (EHPAD, MAS...) pour venir en renfort au cœur de la crise quand leur personnel était absent pour maladie. Ils ont aussi pu se coordonner avec les autres acteurs locaux (centres hospitaliers, collectivités territoriales notamment) pour mettre en place des consultations Covid dédiées ou des opérations de dépistage. Un financement des Agences Régionales de Santé (ARS), déclenché très rapidement, a soutenu ce dispositif.

En matière d'accès aux soins, les modes opératoires ont été modifiés : la plupart des spécialistes, paramédicaux et services dentaires ont dû arrêter leur exercice du fait des contraintes sanitaires et d'autres modes de consultations se sont mises en place. Le développement des téléconsultations auprès de certains publics éloignés du numérique a montré ses limites. En effet, la connexion aux plateformes existantes nécessite un minimum d'aisance avec ce type d'outil. C'est pourquoi l'assurance maladie a pris en charge, lors du pic épidémique, les consultations téléphoniques permettant de limiter les ruptures de soins et que l'utilisation de systèmes moins sécurisés (Skype, WhatsApp...) a été temporairement autorisée. Ce constat des conséquences de la fracture numérique sur l'accès aux soins incite à intégrer cette thématique « santé » dans les actions d'aide à l'appropriation du numérique.

Les perspectives

Afin de répondre à ces situations spécifiques, ressenties par les acteurs locaux lors de la crise, une coordination à l'échelle des territoires a pu se faire grâce la mobilisation rapide et efficace des acteurs de terrain, avec des prises de décisions en circuit court, sans la nécessité d'un arsenal juridique parfois compliqué à mettre en œuvre. Cette crise a été un accélérateur des coopérations.

En effet, l'urgence et la nécessité d'agir ont permis de mettre en place, en un temps record, des dispositifs, sans formaliser complètement leur mise en œuvre (conventions, contrats...).

Au niveau national (Etat et assurance maladie), la mise en place de l'état d'urgence, le suivi épidémiologique, les conditions législatives (conditions et prise en charge des téléconsultations et arrêt maladie, élargissement des compétences des professionnels, déclaration obligatoire des cas de Covid+...) ont assuré la sécurité législative des actions mises en œuvre.

Au niveau régional, les Agences Régionales de Santé (ARS) ont pu mobiliser très rapidement des financements en créant les cadres nécessaires à leur déploiement.

L'échelon local a montré sa capacité à une gestion de crise rapide et efficace, au plus près des besoins des usagers.

Cette crise sanitaire interroge sur la gouvernance de la santé et la place des acteurs locaux dans la prise de décision, notamment en cas de crise.

Lors de l'annonce du Ségur de la santé, des associations de professionnels, d'élus et d'usagers se sont regroupées en une coalition réunie sous le titre « la santé c'est plus que l'Hôpital ! » prenant en compte cette mobilisation des acteurs de terrain lors du confinement et dans les semaines qui ont suivi.

Une tribune a été publiée dans Médiapart, une pétition a été mise en ligne recueillant plus de 1000 signatures, un courrier a été envoyé au ministre demandant « des états généraux de la santé » au-delà du Ségur de la santé très orienté vers l'Hôpital. Cette mobilisation a eu pour conséquence l'annonce par le ministre de la santé, lors des conclusions du Ségur de la santé, de l'ouverture à l'automne d'un « Ségur de la santé publique ».

L'un des objectifs de ce travail est de re-questionner aussi la place des territoires dans les différentes instances.

La loi « Hôpital, patients, santé et territoire » dite loi HPST du 21 juillet 2009 a réorganisé en profondeur l'organisation et la planification des politiques de santé, avec notamment la création des ARS, des conférences territoriales de santé devenues ensuite conseils territoriaux de santé et des contrats locaux de santé signés avec les collectivités territoriales.

Prévues par la loi de modernisation de la santé du 26 janvier 2016 et la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) visent à faciliter la coordination des soins ambulatoires au bénéfice des patients et à améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé libéraux qui ont l'initiative de les créer, dans chaque territoire. Elles se composent de professionnels de santé, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours, et d'acteurs médico-sociaux et sociaux.

Actuellement, plusieurs instances territoriales, à des échelles différentes, se superposent.

La crise du Covid-19 a démontré que c'est la gouvernance même de notre système de santé qui doit être repensée pour donner plus de pouvoir au "local", élus, collectivités, professionnels, associations et habitants, dans une démarche collaborative centrée sur les besoins de la population.

Il s'agira aussi de prendre en compte des enjeux liés à l'ensemble des déterminants influençant l'état de santé des populations – environnement, habitat, conditions de revenu et de vie, emploi, éducation, accès aux droits, citoyenneté, coordinations locales, urbanisme... et l'importance de l'adaptation des politiques sur chaque territoire avec l'implication de tous ses acteurs.

*

* *