

UTB Atelier Economie et géopolitique 10/05/2021

IMPACT DE LA COVID 19 SUR L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE FRANCAIS

Quelles pistes d'amélioration pour faire face aux pandémies ?

Tout d'abord, deux certitudes : nous connaissons d'autres pandémies et elles seront différentes.

De ce fait, inutile de se bercer d'illusions : les mesures à prendre en cas de pandémie dépendent des caractéristiques du virus, même si nous étions en capacité de tirer tous les enseignements de l'expérience de la pandémie actuelle, nous ne serions pour autant pas prêts à affronter la prochaine.

Ce qui n'exonère pas de la nécessité d'un **retour d'expérience**.

Sources

En France, à la suite de la première vague, *l'Assemblée Nationale* et *le Sénat* ont entrepris une évaluation de la gestion de la crise sanitaire, en s'appuyant sur les auditions de très nombreux décideurs. Le Sénat, par exemple a choisi de déduire ses préconisations de chaque point de dysfonctionnement relevé.

Interrogé par le gouvernement, *le Comité Consultatif National d'Ethique* (CCNE) a par ailleurs publié ses recommandations.

Plus récemment, *la Cour des Comptes* a publié son rapport public annuel 2021 dans lequel elle cherche à évaluer dans quelle mesure l'organisation des soins critiques en France a permis de répondre efficacement à la crise sanitaire.

Nous avons également utilisé les réflexions de *Terra Nova*.

Les pistes d'amélioration peuvent s'articuler autour de 3 axes :

- L'organisation des soins
- La santé publique, la prévention, l'éducation à la santé, la formation, la recherche, la démocratie en santé
- Le financement

I. L'organisation des soins

➤ Une administration insuffisamment efficiente

La France est un pays organisé ; les structures chargées de la gestion d'une pandémie existent. C'est leur efficacité qui doit être interrogée.

De nombreuses voix, relayées par les médias ont mis en cause la sur-administration de la France en général et de la santé en particulier. Cette critique n'est pas dénuée de fondements. En théorie on pourrait s'attendre à ce que le rôle de l'administration consiste à mettre en place l'organisation la plus efficiente pour que les malades soient soignés. Ce n'est pas toujours le cas et les rôles se trouvent inversés : l'administration produit elle-même son travail : nomenclatures, procédures, contrôles, demandes itératives de rapports, réglementations en tous genres au détriment du temps consacré aux soins.

Nous vivons dans une société très « normée » : les normes protègent, mais elles sont source de rigidité et de ralentissement surtout en situation de crise qui nécessite de s'adapter rapidement.

Le millefeuille administratif ralentit les prises de décisions, est source de rigidité et dilue les responsabilités. La stratégie du parapluie est largement partagée. La judiciarisation excessive aggrave encore la peur des décideurs.

La culture administrative n'est pas celle de l'initiative, de l'expérimentation ni de la prise de risque.

Le respect des procédures, les validations multiples prennent la place du résultat à atteindre.

Ces travers d'une administration française pléthorique mais surtout insuffisamment efficace et efficiente, sont connus et la crise sanitaire les a rendus plus visibles.

Comme toujours, une crise révèle et aggrave les **failles préexistantes**.

Il faut reconnaître qu'au fur et à mesure que la connaissance de la pandémie évoluait et que les dysfonctionnements étaient constatés, les adaptations ont été permanentes. L'expérience ainsi acquise sera un atout pour l'avenir.

A mon avis, il faudrait que les responsables administratifs, au premier plan desquels les énarques, aient une [expérience professionnelle dans les entreprises privées pour acquérir une culture du résultat, de l'évaluation, du retour d'expérience...](#)mais c'est un vœu pieux.

➤ **Les Agences Régionales de Santé (ARS)**

Elles sont chargées du pilotage régional du système de santé et ont pour mission la régulation de l'offre de santé en région, laquelle porte sur les secteurs ambulatoire (médecine de ville), médico-social (aide et accompagnement des personnes âgées et handicapées) et hospitalier.

La gestion des crises sanitaires fait partie de leurs missions :

« L'anticipation, la préparation et la gestion des crises sanitaires, en liaison avec le préfet. »

Au niveau national la gestion des crises sanitaires est assurée par le *Centre Opérationnel de Réception et de Régulation des Urgences Sanitaires et Sociales (CORRUSS)*, au sein de la Direction Générale de la santé (DGS) et du ministère de la santé.

Les ARS ont fait l'objet de nombreuses critiques, notamment de la part des élus locaux : couvrant de grandes régions, elles sont éloignées des réalités des territoires.

Le rapport du Sénat souligne que « le lien insuffisant entre les ARS et les collectivités territoriales ne permettait pas d'adapter de manière optimale les modalités de réponse à l'évolution de l'épidémie en fonction de la situation locale » et préconise [la nécessité d'une association renforcée des collectivités territoriales aux décisions prises par l'État](#).

D'autre part, la coordination avec les préfets a souvent été défailante.

Notons que la prise en compte des collectivités territoriales est à présent effective.

La crise sanitaire a révélé le manque d'expérience et de compétence des ARS en matière de logistique et de gestion de crise et son manque de réactivité.

➤ **Les cloisonnements entre médecine libérale et hôpital, entre public et privé, entre médical et médico-social, ont nui à l'efficacité de la réponse.**

➤ **L'hospitalo-centrisme et le cloisonnement médecine libérale/hôpital**

Les plans organisationnels en cas d'afflux de malades victimes d'infection, mais aussi d'attaque chimique, bactériologique ou nucléaire, prévoient qu'ils soient dirigés dans les hôpitaux, et ce pour plusieurs raisons dont le caractère inconnu de l'agent pathogène et donc de ses conséquences, d'où le risque qu'un traitement spécifique en urgence soit nécessaire (cas d'Ebola).

Cette stratégie a toutefois deux inconvénients majeurs : la saturation du centre 15 (malgré l'augmentation de personnels affectés) qui constitue un danger de perte de chance pour les autres urgences médicales et la saturation des hôpitaux.

Or, dans le cas de la Covid 19, la plupart des malades même symptomatiques ne nécessitent pas d'hospitalisation : le meilleur parcours de soins passe de ce fait par les médecins libéraux. C'est d'ailleurs ce qui a été préconisé dans un deuxième temps.

[Il serait sans doute nécessaire de questionner ce systématisme de l'orientation vers l'hôpital](#) dès que les données cliniques issues des pays où l'infection a déjà sévi, le permettent.

➤ **Le cloisonnement privé/public**

Les capacités en lits de soins critiques des établissements privés ont été utilisées avec retard. Cette décision incombe aux ARS.

La Cour des Comptes préconise de [déterminer au niveau national un modèle d'organisation et de coordination des soins critiques et son mode de gouvernance, qui soit en mesure d'inclure les structures publiques et privées](#).

Concernant les tests, la commission sénatoriale relève qu'« une mauvaise connaissance par les ARS du réseau territorial des laboratoires privés et de leur fonctionnement, de même que les

cloisonnements public-privé ont indéniablement retardé la mise en place d'une organisation territoriale efficiente. »

De même la France a importé des tests de Chine alors que les laboratoires vétérinaires français n'étaient pas mis à contribution : problème d'homologation. Problème surtout de manque de réactivité en situation de crise.

« Si des collaborations se sont avérées fructueuses, le poids des corporatismes et l'absence d'impulsion des ARS pour les dépasser n'ont pas permis d'optimiser les ressources présentes à l'échelle des territoires en structurant des organisations plus efficientes. »

Cloisonnements, corporatismes, lenteur des décisions, autant de freins qu'il faudrait traiter.

➤ Le nombre de lits de soins critiques

Une polémique est née autour du nombre de lits de réanimation, qui seraient 5 fois plus nombreux en Allemagne. En réalité il n'existe pas de statistiques internationales portant sur les seuls lits de réanimation (en anglais, *resuscitation*), entre autres parce qu'ils recouvrent des situations très hétérogènes. Les critères définissant ces lits sont très différents selon les pays, la France exigeant pour les comptabiliser qu'ils soient complètement « armés » notamment en incluant le personnel dédié. Les comparaisons statistiques portent sur les lits de soins critiques (réanimation, soins continus, soins intensifs spécialisés)

Quoi qu'il en soit, nous avons bien compris que l'objectif de toutes les mesures visant à limiter la circulation du virus, était d'éviter la saturation des lits de réanimation afin de préserver un accès aux soins pour tous. La *Cour des Comptes* relève que « Depuis le début de la crise sanitaire, en France comme à l'étranger, les capacités hospitalières en réanimation ont conditionné, non seulement le fonctionnement des systèmes de santé, mais aussi la vie économique et la vie sociale dans leur ensemble, et même les libertés publiques. »

D'où la question : pourquoi, lorsqu'est apparu le risque d'une deuxième vague, ne pas avoir augmenté le nombre de lits de réanimation au niveau des besoins estimés ?

Le système de santé est passé de **5.085** lits de réanimation avant la crise Covid à **5.800** lits pérennes, installés et équipés (en ressources humaines et en matériels) pour accueillir des patients Covid et non Covid.

Pour augmenter ce nombre, il faut transformer d'autres lits de soins critiques (lits de soins continus, voire de soins intensifs spécialisés) donc déprogrammer des soins non urgents. Plus on déprogramme, plus on risque la perte de chance pour les malades concernés.

Selon une étude de la *Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques* (Drees), en 2019, la France totalisait 8.192 lits dans les Unités de surveillance continue et 5.955 en Soins Intensifs de spécialité. Si la pression s'intensifie, les lits des services de soins intensifs peuvent, en second recours après ceux de surveillance continue, être transformés en lits de réanimation. De même pour les lits des salles de réveil si ce n'est à nouveau pas suffisant. Ainsi selon la DGS, lors du premier pic épidémique « 47% des lits de surveillance continue et 32% des lits de salle de réveil et de blocs opératoires ont été transformés en lits de réanimation. 8% des lits de réanimation ont été ouverts dans des unités d'hospitalisation 'classique', notamment des unités ambulatoires, pour atteindre **10707** lits ».

Il faut bien comprendre que l'augmentation des lits de réanimation est limitée non par les moyens matériels mais par le nombre de personnels dotés des compétences nécessaires à la réanimation. « Au début de la crise, il y avait entre 500 et 600 lits de réanimation fermés faute de personnel ».

Dans les services de réanimation, les besoins en personnels sont en effet plus importants que dans les autres services de soins critiques. Qui dit augmentation des lits de réanimation dit donc hausse des effectifs requis. Il a fallu, pendant la première vague épidémique en France, mobiliser 7.722 infirmières et 3.043 aides-soignantes supplémentaires aux 11.023 infirmières et 6.763 aides-soignantes déjà en poste avant l'épidémie. De même, le nombre de médecins anesthésistes est passé de 2.224 hors crise à 4.748 au pic épidémique. Des transferts de soignants ont eu lieu vers les régions qui en avaient le plus besoin. Par la suite, des infirmières ont reçu une formation accélérée à la réanimation.

La limite réside dans le nombre de réanimateurs et de personnels soignants formés à la réanimation.

L'augmentation des lits de soins critiques ne peut se concevoir que sur des années, par la formation de plus d'internes et d'infirmières de réanimation.

Pour la *Cour des Comptes* « des évolutions de l'organisation des soins critiques s'imposent, qu'il s'agisse de la planification de l'offre, des ressources humaines ou du financement affecté aux soins critiques ». Il faut « évaluer l'impact du vieillissement de la population sur les besoins d'hospitalisation en soins critiques à long terme et augmenter l'offre en conséquence, en conservant la logique, initiée par le décret de 2002, de plateaux techniques de grande taille, en corrigeant les inégalités territoriales et en visant un renforcement des effectifs des personnels médicaux selon la double voie d'accès (médecins anesthésistes-réanimateurs et médecins intensivistes-réanimateurs. »

On peut identifier au moins deux contraintes empêchant cette augmentation :

Compte tenu des règles en vigueur, l'ouverture d'un lit en réanimation médicale génère actuellement un déficit moyen estimé par la Cour de Comptes à 115 000 € par an. Cette situation n'est pas de nature à inciter les établissements à adapter leurs capacités d'hospitalisation aux besoins constatés, principe qui fonde pourtant la tarification à l'activité (T2A). Il faudrait donc « déterminer un nouveau modèle de financement des soins critiques afin de garantir la neutralité de la tarification à l'activité. »

D'autre part le manque d'attractivité des métiers paramédicaux, et son impact en termes de disponibilité d'une main-d'œuvre formée pour intervenir en réanimation : sans une réserve suffisante de personnels infirmiers et aides-soignants, il y a nécessairement pénurie en cas d'augmentation soudaine de la demande. La Cour des Comptes propose de « réviser le plan de formation initiale des infirmier(e)s de soins généraux en intégrant des modules spécifiques de formation théorique et pratique aux soins critiques et reconnaître les compétences acquises par une qualification reconnue d'infirmier(e)s en réanimation, non obligatoire pour exercer dans ce secteur. »

II. La santé publique, la prévention, l'éducation à la santé, la formation, la recherche, la démocratie en santé.

Il faudrait penser le système de santé en termes de santé plutôt qu'en terme de pathologies.

➤ La prévention

Si la France est reconnue pour la qualité de la prise en charge des pathologies, elle manque de culture de la prévention.

D'abord au niveau des médecins et des soignants, ensuite à celui des citoyens : vaccinations, dépistage du cancer du sein ou du rectum, on compte en France une proportion anormalement élevée de récalcitrants.

La pandémie de Covid 19 a montré que les cas graves survenaient chez des sujets âgés ou à risques : surpoids, diabète de type 2, maladies coronariennes, accidents vasculaires-cérébraux. Or ces risques peuvent être significativement diminués par un changement de mode de vie : alimentation, activité physique, consommation de tabac et d'alcool. [Il y a donc dans la mise en œuvre de pratiques de prévention un moyen de diminuer à terme le besoin en lits de réanimation et le nombre de morts.](#)

Logiquement, c'est dans ce domaine de la prévention que les dysfonctionnements organisationnels ont été les plus criants et tout d'abord le **défaut d'anticipation** :

- Dans le domaine de la surveillance épidémiologique, il s'est avéré impossible au début de la pandémie, de connaître le nombre de malades de la Covid dans les EHPAD et les autres institutions médico-sociales, alors que du nombre de malades découlent les décisions stratégiques.
- Insuffisance des stocks stratégiques (masques, protections).
- Aucun plan n'avait prévu l'hypothèse de la nécessité d'un dépistage massif (liée à la très importante proportion de cas asymptomatiques).

En tant qu'agence scientifique et d'expertise du champ sanitaire, *Santé publique France* est un maillon essentiel pour les pandémies et a été beaucoup critiquée.

Elle a en charge :

- L'observation épidémiologique et la surveillance de l'état de santé des populations ;
- La veille sur les risques sanitaires menaçant les populations ;
- Le lancement de l'alerte sanitaire ;
- La promotion de la santé et la réduction des risques pour la santé ;
- Le développement de la prévention et de l'éducation pour la santé ;
- **La préparation et la réponse aux menaces, alertes et crises sanitaires.**

➤ Les masques

Ce défaut de culture de la prévention est pour partie à l'œuvre dans le manque de préparation à la crise sanitaire, en particulier dans l'affaire des masques.

[La constitution d'une réserve stratégique de masques chirurgicaux et FFP2](#) relève de la responsabilité de *Santé Publique France* et s'avère indispensable ; plutôt que de constituer un stock dormant, il serait préférable de choisir un stock tournant, les masques étant régulièrement remis à disposition des hôpitaux et le stock reconstitué.

[D'autres éléments de protection individuelle doivent également faire partie des réserves stratégiques](#) : surbottes, charlottes, surblouses.

Il faut prévoir plusieurs fournisseurs afin d'éviter l'assèchement des approvisionnements en cas d'arrêt de production du fournisseur.

La reconstitution d'une filière de production, française et/ou européenne, devrait participer à la diversité et à la sécurité d'approvisionnement.

Il en est de même pour les médicaments et appareils utilisés en réanimation.

Tout stock doit évidemment faire l'objet d'une évaluation quantitative et qualitative régulière.

A ce volet étatique, il faudrait associer l'ensemble de la population : encourager les médecins libéraux, les institutions et associations médico-sociales, les employeurs, les citoyens à détenir un stock raisonnable de masques chirurgicaux. Comment est-il possible que les médecins libéraux ne détiennent pas de masques chirurgicaux ?

➤ **Tester, Tracer, Isoler :**

Cette stratégie a été un échec du fait d'une accumulation de dysfonctionnements à toutes les étapes :

Certains sont techniques : pénurie de tests, délais de résultats trop longs.

D'autres sont stratégiques : définition des populations devant être testées.

Les raisons de cet échec devront donc être analysées et corrigées en se référant à l'expérience des pays asiatiques.

Mais d'autres raisons sont liées au comportement de la population. En effet, lorsque le nombre de cas devient important, la recherche des cas contacts nécessite un nombre toujours croissant de personnels. A un moment, les capacités sont dépassées : seul, le traçage numérique permet de faire face, or l'application Tous Anti-Covid a été boudée par la population qui n'en a pas compris l'intérêt.

Quant à l'isolement des personnes infectées et des cas contact, but de cette stratégie, il n'a pas été respecté, parfois parce que les personnes voulaient continuer à travailler, parfois parce qu'elles n'avaient pas la possibilité matérielle de le faire mais aussi, souvent, parce qu'elles refusaient cette contrainte.

Ces points nous ramènent à la problématique de l'éducation en santé et de l'association des populations à la réflexion.

➤ **La campagne de vaccination**

En infectiologie, il existe deux stratégies de vaccination : soit on priorise les personnes susceptibles de développer des formes graves, soit on privilégie les personnes les plus susceptibles de transmettre le virus. Dans le cas de la Covid 19, un consensus s'est fait pour la première, avec toujours le même objectif : limiter les hospitalisations en réanimation et le nombre de morts. De plus

les études ne permettaient pas d'être certains que les vaccins réduiraient la transmission du virus. La stratégie pourrait être différente avec d'autres agents pathogènes.

L'expérience de l'épidémie H1N1 et la résistance de la population aux vaccinations qui s'est depuis aggravée, semblent avoir focalisé l'attention du gouvernement sur le risque que la population ne se fasse pas vacciner. Ce n'est que devant la réalité de la lenteur d'approvisionnement en vaccins que l'opinion publique s'est retournée, obligeant à une accélération des vaccinations.

La faible proportion de soignants vaccinés alors que la vaccination leur était ouverte, est préoccupante en termes de santé publique et témoigne d'une méconnaissance du concept « bénéfice/risque » et d'un manque de formation en prévention.

Même constat dans les écoles, avec un taux significatif de refus des parents de signer l'autorisation d'effectuer un test salivaire sur leurs enfants.

[La question de l'obligation vaccinale pour les soignants est de nouveau posée](#). Du point de vue de la santé publique, ce n'est pas une question. Mais il paraît difficile d'appliquer une telle obligation sans donner aux soignants le choix du vaccin. Il est peu probable que, eu égard à la situation de tension dans les hôpitaux, le gouvernement prenne le risque de se mettre les soignants à dos. Cette question devra cependant être traitée à distance de la crise actuelle.

Il ressort de ces échecs que [le développement d'une démarche de prévention et d'éducation à la santé](#) est un point très important.

➤ **L'éducation à la santé**

Nous avons évoqué la nécessité [d'informer et d'éduquer la population sur les bonnes pratiques en matière d'alimentation et de mode de vie](#). Un nombre excessif de malades préfèrent prendre un médicament contre l'hypercholestérolémie ou le diabète de type 2 plutôt que de modifier leurs habitudes alimentaires et de pratiquer une activité physique. Inverser la tendance est un objectif majeur de santé publique.

Quand on voit que des clusters ont été repérés dans des services hospitaliers non dédiés à la Covid, cela témoigne du fait que les mesures barrières ne sont pas toujours respectées par les soignants dans l'exercice de leur profession.

Le constat d'une quasi-disparition de la grippe saisonnière et des gastro-entérites du fait des mesures barrières devrait inciter à comprendre l'intérêt d'une meilleure hygiène des mains et du port d'un masque en cas de rhume, de toux ou de grippe.

➤ **La formation**

Nous retiendrons surtout la nécessité de [mieux former les personnels s'occupant de personnes âgées dépendantes aussi bien en établissements qu'à domicile](#).

➤ La recherche

Les échecs de Sanofi et de l'Institut Pasteur interrogent l'état de la recherche en France.

Parmi les explications on retiendra la diminution des crédits à la recherche fondamentale, une rémunération des chercheurs inférieure à ce qui se pratique ailleurs, la fuite des cerveaux, mais aussi une moindre valorisation de la prise de risques.

Pour Christophe d'Enfert, directeur scientifique de l'Institut Pasteur : « Est-ce qu'on est bien connecté entre la recherche académique et industrielle, avons-nous la capacité à produire des lots cliniques très rapidement ? Il y a une réflexion à avoir en France, stimulée par ce qui vient de se passer. On peut peut-être apprendre de l'université d'Oxford [le partenaire académique à l'origine du vaccin d'AstraZeneca] qui est un modèle intéressant car calibré pour le développement de vaccins. »

D'autres réflexions devront être menées sur les procédures d'autorisations de mise sur le marché des médicaments et des vaccins, trop complexes et longues, privant la France des premiers développements de certains médicaments innovants, particulièrement dans le domaine des biotechnologies, car les promoteurs industriels préfèrent mener leurs investigations chez nos voisins.

➤ La démocratie en santé

La participation des usagers aux décisions de santé, inscrite dans la loi depuis près de vingt ans, a fait long feu avec l'urgence imposée par la crise sanitaire. De nombreuses voix, notamment le *Comité Consultatif National d'Ethique*, appellent à repenser ce modèle. La prise en compte des usagers est un facteur d'adhésion aux mesures prises et est de nature à éviter la défiance vis-à-vis des pouvoirs publics.

La priorité donnée aux hospitalisations d'urgence entraîne la possibilité de déprogrammer les soins non urgents. Cette stratégie n'est guère discutable dans le cas d'une crise sanitaire limitée dans le temps. Mais qu'en est-il lorsque la saturation des hôpitaux dure pendant des mois ? Les retards d'interventions non urgentes peuvent constituer une perte de chance pour ces malades.

Les associations d'usagers devront être particulièrement associées à l'évaluation des conséquences des déprogrammations chirurgicales et des transferts de malades.

Le rapport du Sénat engage à « évaluer, en liaison avec les associations d'usagers, les impacts sanitaires du report ou du renoncement aux soins, en portant une attention particulière aux publics vulnérables et aux enjeux de santé mentale »

Le CCNE préconise de « prévoir un vaste retour d'expérience de proximité pour évaluer les conséquences des choix décisionnels et des pertes de chance pour les « patients Covid » et les autres patients, notamment à l'aide d'outils numériques, et envisager une réflexion collective sur l'allocation des ressources dans un contexte de rationnement et sur les principes de justice distributive. Les choix et les critères ne devraient pas être assumés par le seul corps médical. La question de l'inadéquation des moyens au regard des besoins devra être discutée après la crise : il s'agit d'un enjeu éthique de santé publique. »

De même, ces associations pourraient mener une réflexion sur la quasi suppression des visites des familles dans les établissements de soins et les EHPAD, motivée par le risque de diffusion du virus, mais qui a entraîné d'énormes problèmes quant au retentissement psychologique sur les malades et leurs familles. Les équipes soignantes ont tenté d'y pallier dans la mesure du possible en favorisant les contacts téléphoniques et visuels. Un soutien psychologique a parfois été proposé.

➤ Le financement

Résultant de la crise sanitaire, le Ségur de la santé a débouché sur un plan d'une ampleur exceptionnelle: revalorisations salariales pour les soignants à hauteur de **8,5** milliards d'euros et investissement de **19** milliards d'euros sur **10 ans**, financé par l'Union Européenne à hauteur de **6** milliards d'euros. **3,3** milliards doivent être injectés en **2021** et **3,2** milliards en **2022**, le tout en ciblant quatre volets principaux :

- **9** milliards d'euros sur **10 ans** seront tout d'abord affectés à la "modernisation de l'offre de soins hospitalière" via le financement d'une "centaine de projets partout sur le territoire".

Sur ce montant, 1,5 milliard d'euros seront destinés au soutien de l'investissement courant des établissements, 6,5 milliards aux projets de transformation de l'offre de soins et 1 milliard pour "pallier les aléas sur 10 ans qui pourraient survenir pendant l'exécution du plan".

Le gouvernement vante également son "changement de méthode", par une "déconcentration" accrue de la décision pour tous les projets dont le montant est inférieur à 150 millions d'euros. [Charge aux ARS d'élaborer avant la fin de l'année "une stratégie" et de "sélectionner les projets qu'elles considèrent comme prioritaires et devant faire l'objet d'un soutien budgétaire"](#), précise le ministère de la Santé.

- Le deuxième volet sur plan portera sur la prise en charge des personnes âgées avec **1,5** milliard d'euros consacrés aux EHPAD sur **5 ans**. L'objectif de cet investissement est de « rénover ou créer des places dans les EHPAD en faisant évoluer les modes de prise en charge des personnes âgées ».

300 millions d'euros sur **10 ans** seront dédiés à la modernisation de l'offre de soins pour les personnes en situation de handicap.

- Troisième axe du plan d'investissement : le numérique. Au total, **2** milliards d'euros seront investis sur trois ans pour mettre à niveau les systèmes d'information des établissements médico-sociaux (600 millions réservés aux EHPAD et déployer l'Espace Numérique en Santé qui viendra prolonger le dossier médical partagé et l'enrichira avec de nouveaux services numériques de santé.
- Enfin, **6,5** milliards d'euros sur dix ans seront consacrés au désendettement des établissements de santé afin de leur redonner des capacités de financement.

Dans ce plan, nous constaterons l'absence de mesures de prévention.

En conclusion

L'OMS définit la résilience comme « la capacité à se préparer aux chocs, à les gérer (absorber, adapter et transformer) et à en tirer des enseignements. Idéalement, la résilience ne consiste pas à rebondir pour revenir dans la situation d'avant le choc, mais à évoluer vers quelque chose de mieux. »

Le système de santé français a-t-il été résilient ? Que faire pour qu'il le soit davantage à l'avenir ?

Il apparaît que la crise sanitaire a évidemment révélé des failles préexistantes : rigidités administratives, cloisonnements, corporatismes, verticalité des décisions, défaut de réactivité.

Face aux difficultés, des adaptations ont eu lieu. La survenue de la prochaine pandémie nécessitera une meilleure préparation aux différents scénarios, une meilleure anticipation et des capacités d'adaptation supérieures et plus rapides.

Pour que le système soit résilient, il lui faudra des bases solides tant du point de vue des compétences que de l'organisation.

Annexes :

Annexe 1 : Rapport du Sénat : préconisations

Annexe 2 : ARS

Annexe 3 : CORRUS

Annexe 4 : Santé Publique France

Annexe 5 : CCNE

Annexe 6 : Rapport annuel 2021 Cour des Comptes : Réanimation et soins critiques

Annexes 7A-7B : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins 71: courrier à l'agence Appel Médical et réponse de l'ARS

Bibliographie

<http://www.senat.fr/rap/r20-199-1/r20-199-1.html>

https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/covid19/l15b3053_rapport-information

<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2021-03/20210318-04-Tome1-reanimation-et-soins-critiques-en-general.pdf>

<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2021-03/20210318-05-Tome1-etablissements-sante-face-premi%C3%A8re-vague-%20covid-19.pdf>

[ccne - saisine triage.pdf \(ccne-ethique.fr\)](#)

https://tnova.fr/system/contents/files/000/002/072/original/Terra-Nova_Cycle-Covid19_La-crise-sanitaire-nous-place-devant-des-choix-de-societe_120620.pdf?1591952499

<https://www.institutmontaigne.org/blog/systemes-de-sante-de-locde-quel-bilan-face-au-covid-19>

<https://theconversation.com/lits-de-reanimation-comprendre-les-contraintes-qui-pesent-sur-la-situation-francaise-152400>

<https://www.capital.fr/economie-politique/oui-on-peut-augmenter-le-nombre-de-lits-de-reanimation-mais-cest-dangereux-1383579>

<http://www.oecd.org/coronavirus/fr/les-donnees-dechiffrees/capacite-en-lits-de-soins-intensifs>

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/article/nombre-de-lits-de-reanimation-de-soins-intensifs-et-de-soins-continus-en-france-fin-2013-et>

<https://www.revuepolitique.fr/le-systeme-de-sante-francais-a-lepreuve-du-coronavirus/>

<https://www.apmnews.com/depeche/1/352114/covid-19-le-systeme-de-sante-a-tenu-malgre-des-faiblesses-qu-il-faudra-corriger-%28mission-d-information%29>

<https://www.lequotidiendumedecin.fr/hopital/les-federations-hospitalieres-tirent-les-premieres-lecons-de-la-crise>

<https://www.contrepoints.org/2020/07/06/375444-la-pandemie-revele-faiblesses-secu>

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_conclusions_segur_de_la_sante.pdf

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante-les-conclusions/>

https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/enquete-franceinfo-comment-la-rigidite-et-les-lenteurs-de-la-bureaucratie-ont-plombe-la-gestion-francaise-de-la-crise-du-covid-19_3962461.html

<https://lecercladeseconomistes.fr/covid-19-quelles-lecons-pour-le-systeme-de-soin-et-ladministration-de-la-sante/>

<https://www.fnes.fr/publications-des-ireps/tribune-epidemie-crise-sanitaire-et-covid-19-le-pouvoir-dagir-de-la-promotion-de-la-sante>

<https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/politique-de-sante/trois-scenarios-post-covid-pour-le-systeme-de-soins>

https://www.decision-sante.com/actualites/breve/2020/04/24/covid-19-un-revelateur-des-dysfonctionnements-du-systeme-de-sante_29652

<https://www.usinenouvelle.com/editorial/vaccins-anti-covid-medicaments-la-recherche-francaise-sante-est-elle-vraiment-en-danger.N1054624>

https://www.lemonde.fr/idees/article/2020/09/25/la-democratie-en-sante-victime-oubliee-du-covid-19_6053545_3232.html

<https://www.lejdd.fr/Societe/Sante/en-tirant-les-lecons-du-covid-19-voici-comment-empecher-les-futures-pandemies-4018626>

Martine THOMAS