

ET SI LA RÉSILIENCE FACE AUX PANDÉMIES PASSAIT PAR L'EUROPE ?

Djellil Bouzidi, Julien Touati

13/05/2020

Le rôle du confinement peut se lire comme un moyen de « lisser » le pic de sollicitation des services hospitaliers pour sauver des dizaines de milliers de vies. Les conséquences de ce confinement, économiques, sociales mais aussi sanitaires, montrent cependant que cette réponse, qui retarde par ailleurs l'espoir d'une immunité collective, ne peut pas être durable. Julien Touati, ingénieur des ponts, et Djellil Bouzidi, économiste, membre de l'Autorité de de la statistique publique, proposent des solutions logistiques et organisationnelles à l'échelle européenne en cas de nouvelle épidémie.

Force est de constater que peu de pays, à l'exception notable de la Corée du Sud et de quelques nations, ont réussi à contenir l'épidémie du Covid-19 sans conséquences humaines et économiques astronomiques. Les ratés en termes de politiques publiques sont majeurs, partout ou presque, même si le courage et le dévouement font des miracles.

Pour autant, nous ne devons surtout pas tomber dans la facilité de l'observateur, critiquant les pompiers désorientés. Le coronavirus est un virus nouveau, inconnu, à propos duquel les vérités scientifiques semblent aujourd'hui encore en construction – en témoignent par exemple les incertitudes quant à la durée de l'immunité dont bénéficieraient les patients guéris. Il nous appelle à une grande humilité, qui s'ajoute à l'immense tristesse qu'inspirent les conséquences tragiques de cette pandémie.

Nous ne pourrions cependant plus dire, dans les prochains mois face au même virus, ou dans quelques années face à un autre agent pathogène, que nous ne savions pas et que nous ne pouvions anticiper un tel événement et ne pas mieux y faire face. Nous devons impérativement renforcer la résilience de nos systèmes de santé et notre capacité, partout dans le monde, à répondre à ces urgences sanitaires. C'est une condition essentielle de la capacité de nos sociétés et de nos économies à survivre à ces chocs, c'est-à-dire la définition première de la résilience.

Nous devons donc penser une politique de santé résiliente et qui s'adaptera aux évolutions

inévitables de cette crise et de celles qui suivront. Une approche robuste et flexible que nous proposons d'utiliser est inspirée de la résilience des systèmes sociaux et écologiques (c'est-à-dire la capacité d'un système vivant à absorber un choc et à retrouver les structures et les fonctions de son état de référence sans y perdre son identité). Nous proposons de la mettre en œuvre sans attendre. Cette approche non traditionnelle permettrait de pallier les faiblesses d'une vision souvent court-termiste, axée sur les paradigmes financiers classiques et cherchant à optimiser les seuls profits ou à réduire les dépenses. Or, plus un système est orienté vers « l'efficacité », plus il est difficile et coûteux de le rendre résilient. De plus, cette approche révèle notre interdépendance avec les systèmes naturels complexes et évolutifs.

Nous ne croyons malheureusement pas aux vœux pieux de ceux qui promettent, après cette crise, une vigilance éternelle, « quel qu'en soit le coût ». Les « promesses n'engagent que ceux qui les écoutent », selon la célèbre formule attribuée au pilier des III^e et IV^e Républiques, Henri Queuille, et nos sociétés ont montré leur capacité à oublier sur le temps long. La santé n'y échappe pas.

Il est frappant de relever, en France, que le consensus historique du Conseil national de la résistance qui a donné lieu à la création de la sécurité sociale est intervenu après la fin de la Seconde Guerre mondiale, comme en miroir de la fin de la Première Guerre mondiale et de l'épidémie de grippe espagnole qui l'a accompagnée. Comme si, en 1944, nous avions décidé de tirer les leçons d'un autre monde, celui de 1918, pour mettre en place un système de soins quasi universel. Il a ainsi fallu des circonstances historiques exceptionnelles pour que la France se donne les moyens d'un système sanitaire d'envergure.

La lutte contre les pandémies, qui se caractérisent par des épisodes de stress des systèmes de santé, ne peut pourtant être efficace que si elle s'inscrit dans une organisation activable à tout moment et très rapidement. C'est pourquoi nos établissements de santé ont développé des « plans blancs », décrivant une organisation exceptionnelle à déployer selon les événements graves survenant sur leurs territoires d'action. Mais la catastrophe sanitaire que nous traversons souligne bien à quel point l'anticipation était incomplète et probablement pas assez globale.

Il est peu probable que nous maintenions sur des décennies, même si le souvenir du Covid-19 restera sans doute longtemps ancré dans nos mémoires, le choix de surdimensionner nos systèmes de soin pour être toujours prêts. L'approche classique « coûts/bénéfices » des tenants de la rigueur budgétaire risque de reprendre le dessus. La perspective temporelle axée sur le présent, y compris en analysant les coûts et les bénéfices, est une tendance forte de nos démocraties.

Ainsi, nous recommandons de penser une organisation sanitaire résiliente à mettre en place, tout le temps, y compris en « temps de paix » épidémique et à l'échelle européenne. La question est celle de comment y arriver. Nous pensons qu'une réponse pertinente sera à la fois économique, technique et institutionnelle, en un mot politique.

Sur le plan économique, les enseignements tirés de l'économie des infrastructures économiques peuvent nous aider, comme nous y invitent deux ingénieurs américains, Braden R. Allenby et Mikhail Chester, dans un article particulièrement éclairant sur les errements de la réponse fédérale américaine au Covid-19.

Le dimensionnement d'une infrastructure essentielle est une question économique ancienne. Celui-ci est toujours le fruit d'un arbitrage entre le coût, qui doit rester supportable pour la collectivité qui l'assume, et le service – les bénéfices – rendu aux membres de cette collectivité. Il n'est pas fortuit que ce soit un ingénieur français au corps des ponts et chaussées, Jules Dupuit, qui ait développé au XIX^e siècle le premier la notion de surplus collectif, pour justifier la conduite d'investissements d'infrastructures de transport.

Très schématiquement, ce surplus met en regard le coût de l'infrastructure avec le bénéfice qu'en retirent les usagers et, au-delà, la collectivité, et permet d'arbitrer entre un investissement supplémentaire (plus de rames sur le RER) et les bénéfices associés (un trajet supportable pour les usagers et une pollution réduite grâce au fait qu'ils ne prennent pas leurs voitures).

Cette philosophie, qui conserve toute sa pertinence théorique, nous ancre dans une logique d'optimisation technico-économique. Elle répond à la question typique de l'ingénieur qui sous-tend les logiques de « lean management » : « au regard de ce que je comprends du besoin présent et futur, quelle est la solution la plus efficace ? ». Cette approche conduit logiquement à choisir une solution optimale dans des conditions données ou anticipées (par exemple au regard de la population et de l'activité économique d'un territoire desservi).

Celle-ci peut cependant devenir inadaptée face à un choc violent provoquant une mutation structurelle imprévue (évolutions économiques et sociales – fermeture d'usine ou désir de « retour à la campagne » – affectant la répartition géographique de la population). C'est souvent encore plus vrai quand l'infrastructure a été conçue dans un contexte de pénurie budgétaire. La recherche d'économies budgétaires pénalise en général tout « surinvestissement » et conduit à parer à l'essentiel, dans une logique « frugale », au risque de rigidifier le système. À certains égards, c'est ce qu'a subi le monde hospitalier pendant des années, conduisant à un essoufflement et une fatigue sans précédent de ses agents.

La même approche technico-économique a joué un rôle essentiel dans les autres infrastructures de réseaux, notamment dans l'énergie ou les télécommunications. L'évolution du secteur de l'électricité est, à ce titre, riche d'enseignements. Historiquement, la solution pour répondre aux pointes de demande a été, dans les pays qui pouvaient se le permettre, de répondre par plus d'offre (plus de centrales électriques). Une action sur la demande, différente de délestages « aveugles », a progressivement émergé, soit en envoyant des signaux tarifaires (l'électricité devient plus chère en période de pointe) ou en s'appuyant sur de nouvelles technologies (gestion dynamique de la demande avec arrêt de certains équipements non essentiels en période de pointe).

Le sens de l'histoire a donc été tourné vers le développement de solutions dites « de flexibilité », notion sœur de celle de résilience. Les mêmes tendances émergent d'ailleurs dans les transports (qu'on pense à la tarification dynamique en fonction de la congestion ou, à plus long terme, au développement de véhicules autonomes) et, évidemment, dans les télécommunications. Nous assistons ainsi à une bascule d'infrastructures rigides vers des systèmes plus agiles et décentralisés, capables d'encaisser des chocs.

Revenons désormais à la question qui nous occupe, à savoir celle du dimensionnement des infrastructures de santé. Celui-ci répond évidemment à des enjeux médicaux qui dépassent largement le cadre de cette note. Force est cependant de constater qu'il y a une corrélation forte, en l'état des modalités de traitement des pathologies sévères liées au Covid-19, entre la disponibilité de lits de réanimation, équipés de respirateurs adaptés avec des personnels hyper-qualifiés, et celle de la mortalité d'un pays. L'Allemagne est ainsi entrée dans la crise avec une avance certaine sur ses voisins européens, y compris la France.

En revanche, aucun des systèmes de soins européens ne pouvait absorber des centaines de milliers de cas graves. Le rôle du confinement, outre la protection des plus fragiles par un arrêt de la propagation de la maladie, peut, dans une large mesure, se lire comme un moyen de « lisser » ce pic de sollicitation d'une infrastructure particulièrement contrainte pour sauver des dizaines de milliers de vies. Les conséquences de ce confinement, économiques, sociales mais aussi sanitaires, montrent cependant que cette réponse, qui retarde par ailleurs l'espoir d'une immunité collective, ne peut pas être durable.

Quelles solutions techniques se présentent à nous ? Il n'est évidemment pas question ici de rentrer dans une analyse des solutions médicales qui n'est pas de notre compétence. À ce stade, nous ne pouvons que constater l'absence de solutions de ce type, en tout cas à un niveau de consensus fort, ou *a minima* faire cette hypothèse. Celle-ci est, par ailleurs, plausible pour une éventuelle autre pandémie associée à un nouvel agent pathogène, qui ne serait pas le coronavirus et à

l'éventualité de laquelle il faut aussi se préparer.

Nous nous concentrerons donc ici essentiellement sur les « solutions » organisationnelles et logistiques, inspirée de la théorie de la résilience et s'inscrivant dans la lignée du vibrant et désormais célèbre appel lancé par Bill Gates en 2015.

La théorie de la résilience suggère que nous pouvons améliorer les effets de perturbations ou chocs en proposant des solutions alternatives pour maintenir la fonctionnalité du système. Dans cette approche, les surprises sont la règle plutôt que l'exception. Ainsi, la proposition phare de Bill Gates nous semble un bon point de départ : la création d'une force sanitaire d'urgence, d'un corps médical dédié, capable de répondre rapidement, en s'appuyant notamment sur les capacités de projection des forces armées, à l'émergence d'un foyer épidémique.

Il s'agit donc de rendre plus flexible, au sens introduit plus haut pour les infrastructures économiques, l'offre de soin, et donc plus résiliente aux pandémies. La pénurie de masques, gants, respirateurs et solutions hydro-alcooliques, voire de médicaments essentiels, a montré, en outre, la valeur de la constitution de stocks stratégiques de long terme, deuxième proposition que nous proposons de mettre en œuvre sans attendre.

La capacité d'adaptation d'un système de santé nécessite enfin une confiance forte et un lien direct entre les scientifiques et médecins et les décideurs politiques. Ceci permettrait de mettre en place une politique de santé plus à même de s'intégrer dans des systèmes complexes et évolutifs. La mise en place d'un cadre de coordination et d'anticipation dédié à la gestion des crises pourrait être étudiée. Ses principes seraient les suivants : penser la résilience en amont avant l'arrivée de chocs, mettre en place des équipes pluridisciplinaires pour identifier et gérer les risques, définir et gérer les stocks stratégiques, encourager la mise en place d'une culture forte de gestion des risques et veiller à ce que l'agilité prime en cas de choc.

La question qui se pose ensuite est celle de l'échelle à laquelle déployer ces solutions. Bill Gates se situe à une échelle mondiale visant notamment les pays en développement. Les ingénieurs américains cités précédemment, Braden R. Allenby et Mikhail Chester, qui portent des propositions à certains égards proches, se situaient au niveau de l'État fédéral américain.

Nous pensons, pour notre part, qu'il s'agit de dispositifs particulièrement pertinents à l'échelle européenne, sans pour autant renoncer à l'ambition mondiale de Bill Gates. Pour la force médicale d'urgence, il s'agirait de généraliser au niveau européen la réaffectation de soignants volontaires et d'équipements, comme la France, par exemple, a pu le faire entre régions, en plus du transfert de

patients. En d'autres termes, des « European doctors », héritiers symboliques des « French doctors » de Médecins sans frontières (MSF), au service des régions les plus touchées.

Pour la coordination de la gestion des risques sanitaires, pourquoi ne pas la penser directement au niveau européen ? Elle pourrait s'intégrer à l'agence européenne ECDC. Celle-ci aurait, entre autres, la fonction de gérer les stocks stratégiques d'équipements clefs.

Ces initiatives ont un coût, qu'il faudra supporter sur la durée ou, plutôt, s'interdire de rogner au fil du temps au gré d'arbitrages budgétaires. Il faudra donc les sanctuariser, sous réserve évidemment de l'évaluation de leur efficacité dans l'action. C'est là que ce qui est souvent perçu comme une faiblesse de l'Europe, à savoir son inertie institutionnelle, peut être une force.

L'Union européenne se construit par consensus, parfois obtenus dans l'urgence, qui ne se défont pas du jour au lendemain. Si nous arrivons à mettre en place un service public européen de lutte contre les épidémies, celui-ci aura sans doute une pérennité forte, même si la tentation sera forte des États membres d'essayer de rogner son budget.

Il y a, en outre, un argument d'efficacité : en mutualisant les outils au niveau européen, nous évitons des surdimensionnements nationaux, que tous les pays européens ne pourront pas se permettre par ailleurs. Même en période de pointe, nous avons, en effet, vu lors de l'épisode tragique en cours que toutes les sociétés européennes n'ont pas été frappées en même temps d'une manière symétrique (l'Europe centrale et orientale a été, à ce jour, relativement épargnée en comparaison avec l'Espagne, la France ou l'Italie).

Une offre de soins d'urgence (force ou réserve d'intervention et stocks stratégiques) mutualisée et financée au niveau européen pourrait donc aider à absorber les pics locaux, sans compter qu'elle permettrait d'éviter la concurrence néfaste dans l'accès aux ressources rares en temps de crise des États membres entre eux. Une réponse européenne serait donc un moyen de dépasser la tension entre frugalité et résilience.

Enfin, il pourrait être envisagé que ce corps d'intervention médicale et les stocks stratégiques puissent être mobilisés en dehors des frontières de l'Europe et être une réponse au constat de Bill Gates, qui nous rappelle que la fragilité sanitaire du monde dépend en premier lieu du monde en développement. Cette mobilisation pourrait être décidée par le Comité politique et de sécurité (COPS) placé auprès du Conseil de l'Union européenne, qui pourrait ainsi déployer des forces médicales en complément des forces civiles et militaires. Le risque sanitaire serait ainsi reconnu comme un risque sécuritaire majeur. Ce serait un élément non négligeable de « soft power » et de

leadership pour l'Europe, face à une Chine offensive et une Amérique en panne.

Certaines mesures, comme la mutualisation d'une partie des stocks, seront relativement rapides à mettre en œuvre et devront l'être avant le prochain pic associé au Covid-19, qui pourrait intervenir à l'automne prochain. D'autres prendront du temps. C'est notamment le cas de la mise en place de la force sanitaire d'intervention rapide. Les difficultés logistiques et pratiques seront nombreuses, dans un contexte de pénurie en Europe de médecins, infirmiers et autres personnels soignants qualifiés. La diversité linguistique devra aussi être prise en compte, même si l'Europe a déjà organisé de fait une circulation des soignants avec la reconnaissance mutuelle des diplômes.

C'est évidemment un projet de long terme mais qui mérite que nous y mettions les moyens, relativement modérés. Notre première estimation est qu'avec un budget annuel d'un milliard et demi d'euros, nous pourrions financer l'équivalent de mille cinq cents places de réanimation sur une année, soit un tiers de la capacité française pré-crise, ou encore douze mille places sur une période de trois mois.

Comme nous l'a rappelé récemment Alban Davesne, l'Europe des pères fondateurs a failli être, aussi, celle de la santé. Avec Robert Schuman, il nous est désormais donné à (re)penser qu'il « est un domaine qui semble devoir se prêter à l'unification, c'est bien celui de la lutte contre la maladie. Les épidémies, les fléaux sociaux, ne connaissent pas de frontières ». Une Europe agile, qui protège face aux chocs de la vie, une Europe qui soigne, en d'autres termes, une Europe qui redonne confiance dans notre capacité à affronter l'avenir, c'est-à-dire la clef de voûte d'une reprise économique de long terme.