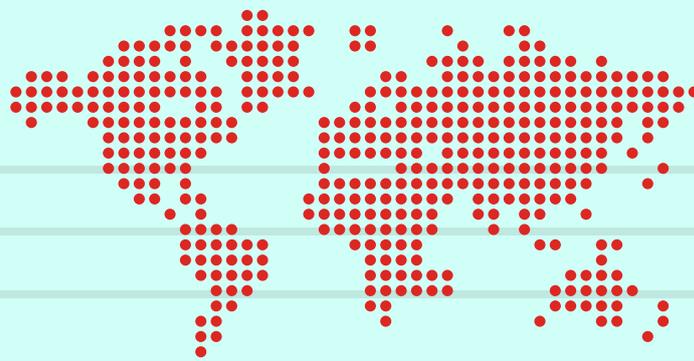


CRAPS LOG

LE MAGAZINE D'INFORMATION DU CRAPS

N°18 / JUIN 2020





L'ÉDITO DU PRÉSIDENT JEAN-PAUL SÉGADE

Pendant la période de confinement le CRAPS a continué de travailler dans des formules nouvelles s'adaptant aux règles sanitaires mais en gardant le cap !

Ainsi, nous vous proposons à travers ce magazine différents dossiers en lien avec la pandémie avec laquelle nous devons

actuellement vivre. Chronologie de la pandémie, décisions publiques, vérités scientifiques, chômage partiel, utilisation du numérique, industrie de santé ou recours mutualiste, autant de sujets abordés dans ce numéro qui - s'il en était nécessaire - prouvent que la Protection sociale fut un véritable rempart face à cette pandémie, une richesse nationale qu'il convient de protéger...

Par ailleurs, cette crise nous a rappelé selon le mot de Spinoza que *"l'Homme n'est pas un empire dans un empire"* mais une pièce de l'écosystème. Cette exigence de modestie comme de réalisme nous oblige à un effort de prospective. Ainsi le CRAPS, après avoir réalisé au mois de mai sa première émission sur les réseaux sociaux, publie trois ouvrages.

LE PREMIER est un essai de recherche et de prospective sur la situation et l'avenir des mutuelles de protection complémentaire santé en France, il évoque la situation favorable faite aux mutuelles à la fin de la Seconde Guerre mondiale et constate les difficultés rencontrées dans les vingt-cinq dernières années. L'essai souligne la nécessité et la possibilité pour les mutuelles, à commencer par les mutuelles de la fonction publique d'État, de faire reconnaître à nouveau leur identité et la légitimité du traitement spécifique qu'elles méritent.

LE SECOND ouvrage vous propose quant à lui 5 leçons pour penser le social au XXI^e siècle. Hervé Chapron et Michel Monier, les deux auteurs se veulent pédagogues et militants ; pédagogues dans les deux premiers chapitres qui nous rappellent l'Histoire de la Protection sociale et son poids économique ; militants dans les trois derniers chapitres et d'une manière générale par la tonalité du livre dont le style souvent percutant nous invite à la réflexion.

LE TROISIÈME sera sur une thématique dont l'actualité est brûlante c'est-à-dire l'hôpital celui-ci avait terminé l'année 2019 sur un coup de gueule ayant pour slogan "l'hôpital mérite mieux...". Rattrapés par l'actualité du Covid-19,

CETTE CRISE NOUS A RAPPELÉ SELON LE MOT DE SPINOZA QUE "L'HOMME N'EST PAS UN EMPIRE DANS UN EMPIRE" MAIS UNE PIÈCE DE L'ÉCOSYSTÈME. CETTE EXIGENCE DE MODESTIE COMME DE RÉALISME NOUS OBLIGE À UN EFFORT DE PROSPECTIVE.

les hospitaliers ont fait face et ont répondu présent. Cette onde de choc a ouvert sous l'impulsion du Président de la République le débat à travers le Ségur de la santé. Les pouvoirs publics auront à l'issue de ce Ségur évidemment le devoir de ne pas décevoir,

la situation nous oblige... Cependant, ne pas décevoir c'est également ne pas promettre ce que l'on ne peut pas donner durablement, le courage n'est pas toujours là où l'on pourrait l'attendre, ne succombons pas à quelques facilités oratoires ou corporatistes... Le CRAPS apportera à travers ce troisième ouvrage quelques éléments de réflexion et quelques propositions. 40 acteurs hospitaliers ont apporté leurs contributions. Il sera publié le 14 juillet !

Enfin, la rentrée de septembre sera - nous l'espérons - l'occasion de nous revoir lors de l'organisation de divers événements afin de débattre et de rechercher ensemble un modèle de Protection sociale qui intègre les leçons d'une crise dont l'évolution est toujours incertaine... ■

6 L'IMAGE

Ouvrage : Qui veut tuer les mutuelles ?

8 L'ACTU

10 LE FOCUS

Chronologie d'un combat face à la pandémie Covid-19

14 LES DOSSIERS

Chronique d'une pandémie...
Par Anaïs Fossier

48 Un système de santé revisité par la Covid-19
Par Pierre Simon

66 Résilience, solidarités, anticipation de « l'après » : l'assurance de personnes face au Covid-19
Par Nathalie François, Antoine Caullet et Romain Scoté

80 ZOOM

Brûle ce que tu as adoré
Par Hervé Chapron et Michel Monier

22 LES INTERVIEWS

Cédric Arcos
Directeur Général Adjoint de la région Île-de-France

34 **Michèle Delaunay**
Ancienne ministre déléguée aux Personnes Âgées
Présidente de l'Institut de Santé Publique, d'Épidémiologie et du Développement (ISPED) de Bordeaux

40 **Thierry Schifano**
Directeur Général de Santé Mobilité Services

92 **Benoît Briatte**
Président de la Mutuelle Générale de la Police (MGP)

118 ILS ONT FAIT...

Repenser la place des industriels dans l'écosystème de santé - Novo Nordisk France

120 De la pertinence du modèle mutualiste affinitaire par la preuve - Mutuelle Nationale des Hospitaliers (Nehs)

124 Solide et solidaire face au Covid-19
Mutuelle Générale de la Police

127 Crise sanitaire la vision des assureurs
Cegedim Insurance Solutions

96 LES TRIBUNES

Covid-19, pourquoi la France doit devenir une nation de santé publique suite à la crise qui a mis en lumière ses faiblesses en matière de santé ?

100 « Penser le changement, plutôt que changer le pansement »

103 Vieillir, hier, aujourd'hui, demain

108 Rebâtir notre indépendance sanitaire

111 Distanciation sociale et service public

113 Non, ce n'est pas d'argent dont l'hôpital a besoin prioritairement !

115 L'hôpital public : après ne sera pas comme avant !

CRAPSLG, le magazine d'information et de réflexion du CRAPS

45, rue Boissy d'Anglas - 75008 PARIS

01 73 75 41 09

accueil@association-craps.fr

www.association-craps.fr

Directeurs de publication

Jean-Paul Ségade & Fabien Brisard

Président du comité éditorial

Hervé Chapron

Conception et Réalisation

Fabien Brisard, Anaïs Fossier, Pierre-Maxime Claude

Crédits Photo

Shutterstock, B. Custodio, CHAM

Impression

Imprimerie Guillotte





L'IMAGE

*Qui veut tuer les mutuelles ?
Le nouvel ouvrage du CRAPS et de la MAEE*

NOUVEAU LIVRE



Qui veut tuer les mutuelles ? Tel est le titre provocant, voire impertinent, de notre nouvel ouvrage.

Porté par Louis Dominici, Président de la MAEE, Diplomate, Ambassadeur, Ministre plénipotentiaire honoraire et Patrice Corbin, Conseiller Maître honoraire à la Cour des comptes et membre du Comité directeur du CRAPS, cet essai de recherche et de prospective sur la situation et l'avenir des mutuelles de protection complémentaire santé en France propose une libre réflexion sur l'identité des mutuelles ainsi que sur la mission sociale et de santé publique qu'elles exercent.

Le CRAPS et la MAEE vous proposent à travers cet ouvrage de découvrir ses propositions et axes de réflexions pour défendre les mutuelles françaises, et pour rester dans le champ lexical militaire, combattre les valeurs sociales, culturelles, morales et politiques de la République véhiculées par celles-ci.

AGENDA DÉBATS

[Petit-déjeuner débat] 16 septembre 2020 au Sénat avec : **M. Louis Dominici**, Ambassadeur, ministre plénipotentiaire honoraire, Président de la MAEE, **M. Patrice Corbin**, Conseiller Maître Honoraire à la Cour des comptes, débat animé par **M. Didier Bazzocchi**, Vice-Président du CRAPS sur le thème : "Qui veut tuer les mutuelles ?"

[Petit-déjeuner débat] 30 septembre 2020 avec - **M. Hervé Chapron**, ancien Directeur Général Adjoint de Pôle emploi et **M. Michel Monier**, ancien Directeur Général Adjoint de l'Unédic sur le thème : "5 leçons pour penser le social au XXI^e siècle".

DERNIER ÉVÈNEMENT (EN LIGNE)



Le jeudi 16 avril, le CRAPS a organisé une émission sur les réseaux sociaux, confinement oblige, en invitant une dizaine d'intervenants pour traiter le thème : Covid-19 : les premières leçons de la crise ! Sous la houlette de Jean-Paul Ségade, Président du CRAPS, Guy Vallancien, Membre de l'Académie de Médecine et David Gruson, Conseiller Référéndaire à la Cour des comptes, de nombreux échanges constructifs ont été menés sur l'ensemble des sujets clés liés au Covid-19.

HISTOIRE DE L'ASSURANCE MALADIE

Le CRAPS vous présente en partenariat avec le réseau Canopé et la fondation Charles de Gaulle, dans le cadre de la série Histoire et défis de la Sécurité sociale : Comment l'Assurance Maladie est-elle devenue un élément de cohésion nationale depuis la Libération ? Cette vidéo sera diffusée dans les lycées et les collèges de France lors de la prochaine rentrée scolaire afin de sensibiliser les élèves à l'Histoire et aux enjeux de notre Pacte social.



NOUVEAU LIVRE



Hervé Chapron et Michel Monier, respectivement ancien Directeur général Adjoint de Pôle emploi et ancien Directeur général Adjoint de l'Unédic ont auparavant dirigé divers organismes de l'Assurance chômage. Aujourd'hui observateurs privilégiés des politiques publiques de l'emploi, ils publient avec le CRAPS "5 leçons pour penser le social au XXI^e siècle". Ils livrent à travers ce livre une mise en perspective de l'état de la Protection sociale et des propositions adaptées aux défis sociaux qui émergent :

La Protection sociale doit redevenir une idée d'avenir !

Formidable acquis social, devenu dans l'inconscient collectif un droit, le système de Protection sociale à la française a permis et permet encore aujourd'hui en pleine crise sanitaire de pouvoir envisager « demain » avec plus de sérénité que jamais.

Le moment était déjà propice pour un débat avant même la crise sanitaire. Il est aujourd'hui inévitable. L'amalgame entre assurance sociale et

solidarité entretenu par le simplisme du discours politique, la nouvelle morale, celle de la solidarité-universelle, ont dénaturé le jardin à la française qu'était à sa création la Protection sociale.

C'est aujourd'hui un choix de société auquel chacun d'entre nous est confronté, à un moment où le capitalisme s'interroge sur son avenir et plus encore sur son devenir, quand la démocratie représentative se confronte à des mouvements populistes d'inspiration diverses. Il s'agit autant de refonder la démocratie sociale que de retrouver le sens et le rôle de l'État.
CRAPS - 20€

À LIRE...



Mars 2026 : la fin d'un monde ?

L'épidémie d'Ebola s'étend !

Après Paris, la Belgique et l'Allemagne sont lourdement touchées. L'accueil des millions de réfugiés européens est devenu un enjeu majeur de l'élection présidentielle française.

Dans ce contexte d'agitation médiatique et de pressions

politiques. Mélusine, traquée par les services de renseignements, noue d'étranges liens avec le Mouvement de Résistance contre les Robots (M2R).

S.A.R.R.A, quant à elle, mobilise tous les moyens à sa disposition pour répondre à cette pandémie émergente. Une quête qui l'amènera à s'interroger sur le principe même de notre survie et sur notre Humanité face à la technologie.

Entre le Virus et l'intelligence artificielle, notre Temps est compté. **Beta Publisher - 16€**

FOCUS

CHRONOLOGIE D'UN COMBAT FACE À LA PAN- DÉMIE COVID-19

31 DÉCEMBRE 2019

Les autorités sanitaires chinoises alertent l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de l'apparition de cas de pneumonies de cause inconnue à Wuhan.

9 JANVIER 2020

La découverte d'un nouveau coronavirus est officiellement annoncée par les autorités sanitaires chinoises et l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

24 JANVIER 2020

Les premiers cas de coronavirus sur le sol français sont enregistrés. Il s'agit de deux touristes chinois ayant séjourné à Wuhan et d'un Français d'origine chinoise.

30 JANVIER 2020

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) déclare que l'épidémie de Covid-19 est une « urgence de santé publique de portée internationale ».

16 FÉVRIER 2020

Agnès Buzyn démissionne de son poste de ministre de la Santé, pour prendre la tête de liste de la campagne municipale LREM à Paris.

23 FÉVRIER 2020

Pour freiner l'introduction du virus, le ministre de la Santé Olivier Véran déclenche le stade 1 du plan ORSAN REB.

29 FÉVRIER 2020

Le stade 2 du plan ORSAN REB est déclenché après que des clusters de circulation du virus ont été identifiés. Dans l'Oise, les rassemblements sont interdits, les déplacements sont limités et les écoles touchées sont fermées.

4 MARS 2020

Le ministre de la Santé Olivier Véran, prend un arrêté interdisant sur le territoire national, tout rassemblement de plus de 5000 personnes simultanées en milieu fermé, jusqu'au 31 mai 2020.

9 MARS 2020

Le ministre de la Santé Olivier Véran prend un nouvel arrêté interdisant jusqu'au 15 avril 2020, tout rassemblement de plus de 1 000 personnes simultanées, lorsqu'ils ne sont pas indispensables à la vie de la nation.

11 MARS 2020

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) déclare officiellement l'état de « pandémie » et un Conseil scientifique (11 membres) est installé auprès du ministre de la Santé pour éclairer la décision publique.



12 MARS 2020

Le Président de la République annonce la fermeture des crèches, écoles, collèges, lycées et universités à compter du 16 mars jusqu'à nouvel ordre. Les personnes fragiles et de plus de 70 ans sont invitées à rester chez elles. Les élections municipales sont maintenues les 15 et 22 mars. Les entreprises pourront reporter sans justification, sans formalités, sans pénalités le paiement des cotisations et impôts dus en mars. Un mécanisme massif et exceptionnel de chômage partiel sera mis en oeuvre et le télétravail est recommandé.

14 MARS 2020

Le stade 3 du plan ORSAN REB est déclenché, le Premier ministre annonce la fermeture de tous les lieux recevant du public non indispensables à la vie du pays. Un arrêté interdisant les rassemblements de plus de 100 personnes (en milieu clos et ouvert) jusqu'au 15 avril 2020 est publié.

15 MARS 2020

Le premier tour des élections municipales est maintenu. Le taux d'abstention est de plus de 55 %.

**16 MARS 2020**

Le Président de la République annonce le report du second tour des élections municipales. Les armées pourront apporter leur concours à la prise en charge des patients atteints de Covid-19 (déploiement d'un hôpital de campagne, déplacements dans les territoires...) Pour les entreprises, un dispositif de soutien au report des échéances bancaires et de garanties de l'État à hauteur de 300 milliards d'euros pour tous les prêts bancaires contractés auprès des banques est mis en place. Le Président annonce des mesures de confinement pour au moins 15 jours à partir du lendemain 12h.

22 MARS 2020

La loi sur l'état d'urgence sanitaire est adoptée en dernière lecture par l'Assemblée nationale. Le Gouvernement peut déclarer l'État d'urgence sanitaire par décret pour une durée de deux mois pour faire face à l'épidémie de coronavirus.

24 MARS 2020

Création d'un Conseil scientifique complémentaire (le CARE) qui réunit 12 chercheurs et médecins pour conseiller le Gouvernement, en appui du Conseil scientifique.

**25 MARS 2020**

Le Président de la République annonce la mise en place d'un plan massif d'investissement et de revalorisation de l'ensemble des carrières ainsi que la majoration des heures supplémentaires effectuées par les soignants et l'allocation d'une prime exceptionnelle.

27 MARS 2020

Le Premier ministre prolonge le confinement national au moins jusqu'au 15 avril.

2 AVRIL 2020

Le Gouvernement comptabilise les décès dans les Ehpad. Le recensement reste incomplet, faute de tests et de procédures de déclaration.

3 AVRIL 2020

L'Académie de médecine recommande le port généralisé du masque, y compris avec des modèles « maison ».

**13 AVRIL 2020**

Emmanuel Macron annonce le prolongement du confinement jusqu'au 11 mai, les mesures de chômage partiel pour les salariés et de financement pour les entreprises seront prolongées et renforcées. Un plan spécifique sera mis en oeuvre pour les secteurs durablement affectés. À compter du 11 mai, les crèches, écoles, collèges et lycées rouvriront progressivement, les lieux rassemblant du public (cafés, restaurants etc.) resteront quant à eux fermés à ce stade. Les personnes âgées et fragiles sont invitées dans un premier temps à s'astreindre à un confinement plus long.

15 AVRIL 2020

L'Ordre des médecins s'oppose à un retour à l'école le 11 mai.

20 AVRIL 2020

Dans leur avis « sortie progressive de confinement, prérequis et mesures phares » (rendu public le 25 avril) accompagné d'une note (datée du 24 avril) intitulée « enfants, écoles et environnement familial dans le contexte de la crise du Covid-19 » les membres du Conseil scientifique recommandent de maintenir les crèches, écoles, collèges, lycées et universités fermés jusqu'en septembre.

28 AVRIL 2020

La stratégie nationale de déconfinement présentée par le Premier ministre à l'Assemblée nationale (rentrée scolaire progressive sur la base du volontariat, pas de réouverture des établissements de l'enseignement supérieur avant l'été, maintien de la fermeture des bars, cafés et restaurants et interdiction des rassemblements...) est adoptée.

4 MAI 2020

Le plan de déconfinement du Gouvernement est rejeté par le Sénat.

7 MAI 2020

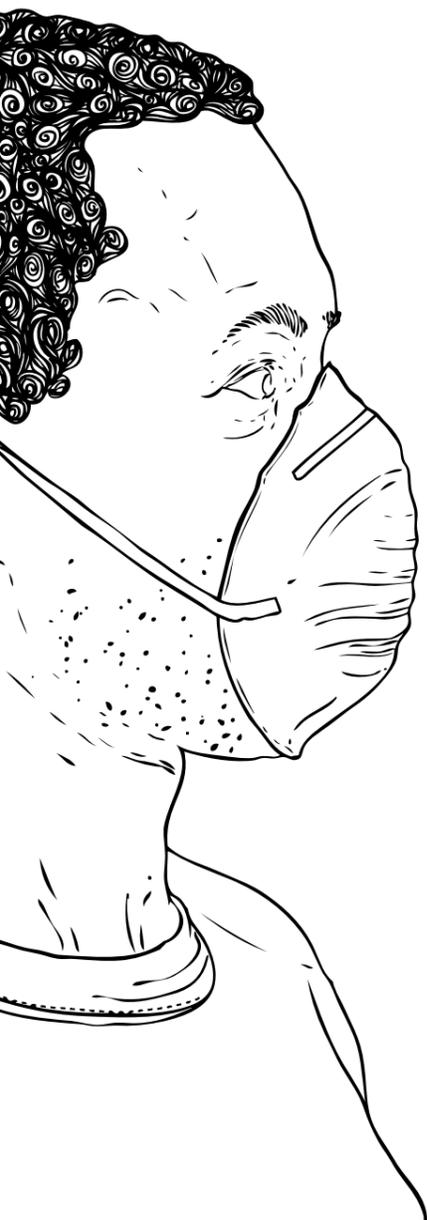
À l'exception de Mayotte, le déconfinement pour l'ensemble du territoire métropolitain peut être engagé le 11 mai, avec une distinction entre les départements « verts » et « rouges ». Le déconfinement sera en effet plus souple dans les départements « verts ».

9 MAI 2020

Le Parlement adopte définitivement le texte de prolongation de l'état d'urgence sanitaire jusqu'au 10 juillet.

11 MAI 2020

Fin du confinement.



CHRONIQUE D'UNE PANDÉMIE...

PAR ANAÏS FOSSIER
CHARGÉE D'ÉTUDES AU CRAPS

CHAPÔ

LES ÉPIDÉMIES SERAIENT-ELLES LES « GRANDS PERSONNAGES DE L'HISTOIRE¹ » ? EN INCARNANT « LES COLÈRES DE DIEU », EN PROVOQUANT LES GRANDES PEURS, CELLES DE L'AN MIL, DE LA PESTE NOIRE ET BIEN D'AUTRES, ELLES INSCRIVENT L'HOMME DANS SA DIMENSION TRAGIQUE, DANS SA DESTINÉE DÉRISOIRE. « UNE VIE NE VAUT RIEN MAIS RIEN NE VAUT UNE VIE² ! »...

La mort avec son masque d'épouvante oblige l'Homme à la transcendance. L'art en devient son expression. Ses peurs, objet de création... Depuis la nuit des temps, qu'il s'agisse d'épidémies, de guerres, de famines ou encore de catastrophes naturelles, l'Homme dans son rapport au tragique, dans son rapport à la

mort, affronte les mêmes peurs viscérales.

Longtemps restées mystérieuses à des civilisations qui ignoraient tout des phénomènes contagieux, les Hommes expliquent d'abord l'apparition des épidémies à travers des messages divins, principalement en forgeant une mythologie fondatrice, à l'image de l'épidémie qui s'abat sur les Grecs après l'enlèvement, par Agamemnon, de la fille d'un prêtre d'Apollon, considérée comme le signe de la fureur des Dieux³. Du Moyen-Âge à l'Ancien Régime ensuite, le monothéisme n'y changeant rien, à travers un questionnement à l'adresse de Dieu : le fléau vient châtier les Hommes pour s'être détournés

du Tout-Puissant... La recherche causale suscitée par l'impérative nécessité de rationalité trouve ici réponse dans l'irrationalité !

Les épidémies successives font progresser la compréhension du vivant. L'Homme découvre le mystère de l'invisible. Au milieu du XIX^e siècle l'idée que la science est synonyme de progrès, c'est-à-dire de solution, s'impose. Sous la pression des contagions collectives, la révolution microbiologique découvre les interactions entre les Hommes et les microbes⁴. Un siècle plus tard, il est aisé de penser que l'arsenal thérapeutique est en mesure d'éradiquer le phénomène épidémique. Et pourtant... Le phénomène est toujours là !

Les épidémies interrogent alors les sociétés modernes ou considérées comme telles, dans leur capacité à faire face à leur menace, à anticiper pour apporter des réponses tant politiques que scientifiques et sanitaires, dans leur aptitude à communiquer en temps de crise. Comment concilier force de l'émotion et rationalité de l'expertise ? Comment rassurer le citoyen lorsqu'il découvre avec effroi la page blanche du scientifique, que le temps de la recherche n'est pas celui de son quotidien ? L'attente n'est plus acceptable dans la société de l'immédiateté.

Alors le doute, moteur de la recherche, devient anxiogène pour l'Humanité ! Autant d'aveux d'impuissance, insupportables voire intolérables pour une population dont le nouveau Dieu est « l'État-Nounou ». L'absence de repères fait le reste : « la médecine est une grande chose, et peut-être la plus formidable chance de notre époque. Mais ne lui demandons pas de tenir lieu de politique, de morale ou de spiritualité !⁵ »... Aujourd'hui, confrontées à un nouveau fléau -

fortement médiatisé à la différence des épidémies antérieures - les sociétés renouent paradoxalement avec leurs peurs ancestrales.

DÉBUT DÉCEMBRE, des cas de pneumonies d'origine inconnue sont détectés en Chine. Rapidement les cas de contaminations pullulent et sont tus par le Gouvernement chinois qui entend régler le problème en interne comme l'y oblige son idéologie. L'association opérationnelle du capitalisme et du marxisme, du pragmatisme et de l'idéologie bien que par essence paradoxale est à l'œuvre. Production et totalitarisme impose une conduite par trop connue ! Le médecin qui découvre le phénomène est accusé de trahison à la cause...

Le **31 DÉCEMBRE**, enfin, les autorités sanitaires chinoises révèlent à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) la situation épidémique. À cette date, seulement 41 cas d'infections sont identifiés. Tout laisse croire à une résurgence du SRAS (Syndrome Respiratoire Aigu Sévère). Tous, ont un lien avec le « Huanan South China Seafood Market », marché d'animaux vivants localisé dans la ville de Wuhan. Pangolin, chauve-souris, peut-être ! Tous les fantasmes sont à l'œuvre !

Le **9 JANVIER**⁶, la souche inconnue est identifiée. Il s'agit d'un nouveau coronavirus jamais encore observé chez l'Homme. Le 2019-nCoV - tel est son premier nom de code - est alors confirmé comme agent responsable des cas de pneumonies survenues à Wuhan début décembre. Le virus se propage ensuite au reste de la Chine puis à l'Asie, avec un premier cas découvert en Thaïlande, le **13 JANVIER**⁷. Des cas sont rapportés au Japon, en Corée du Sud et à Taïwan. La pandémie est en marche...

Si l'émotion suscitée par l'épidémie s'apaise dans un premier temps en désignant un responsable, l'étude vise ensuite à identifier son lieu de provenance pour l'analyser et maîtriser son développement. Chacun en fonction de ses convictions cherche alors un coupable suivant le mythe bien connu de la victime expiatoire : les Chinois, le réchauffement climatique, la mondialisation libérale... Pourtant l'Histoire le démontre : les épidémies n'ont pas attendu la mondialisation, pour passer d'un continent à l'autre. Elles se chaussent de bottes de sept lieues pour mieux franchir frontières naturelles et administratives. L'Histoire par sa composante tant psychologique que sociologique nous enseigne également que quand « apparaît le danger de la contagion, on essaie d'abord de ne pas le voir⁸ ». De toute évidence, « le fléau n'est pas à la mesure de l'Homme, on se dit donc que le fléau est irréel⁹ »...

En France, le Gouvernement adopte un discours rassurant : l'épidémie ne quittera pas le territoire chinois. L'Histoire serait-elle un éternel recommencement ? Le syndrome du nuage de Tchernobyl réapparaît. Il s'agit d'un problème sanitaire localisé, pas plus grave qu'une petite

grippe. « Nous vaincrons parce que nous sommes les plus forts !¹⁰ ». La frontière entre communication et information anesthésiante n'existe plus. La ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, explique alors que « le risque d'introduction du virus est faible, mais il ne peut pas être exclu » précisant que « notre système de santé est bien préparé ».

Le **23 JANVIER**, les 11 millions d'habitants de Wuhan sont placés en confinement et le port du masque devient obligatoire. L'on assiste immédiatement à des scènes surréalistes : les rues sont désormais désertes, des hôpitaux sont construits en accéléré. La science-fiction n'existe plus, elle a rejoint une réalité encore lointaine à laquelle on oppose un déni. Toujours est-il que dès le lendemain, les trois premiers cas positifs au Covid-19 sont identifiés sur le sol français. Tous ont un lien avec la Chine : deux d'entre eux y

ont séjourné, le troisième est d'origine chinoise. Les patients sont hospitalisés, en isolement et la traque au cas contact est lancée. Les Français découvrent le RO. L'objectif est de traiter l'épidémie « comme on traite un incendie, très vite repérer la source » et la « circonscire le plus vite possible » déclare Agnès Buzyn.

**LES ÉPIDÉMIES INTERROGENT
ALORS LES SOCIÉTÉS
MODERNES OU CONSIDÉRÉES
COMME TELLES, DANS LEUR
CAPACITÉ À FAIRE FACE À
LEUR MENACE, À ANTICIPER
POUR APPORTER DES
RÉPONSES TANT POLITIQUES
QUE SCIENTIFIQUES ET
SANITAIRES, DANS LEUR
APTITUDE À COMMUNIQUER EN
TEMPS DE CRISE. COMMENT
CONCILIER FORCE DE
L'ÉMOTION ET RATIONALITÉ DE
L'EXPERTISE ?**

Toujours est-il que les personnels de santé s'interrogent immédiatement, en professionnels, sur la disponibilité de matériel, notamment de masques, si l'épidémie vient à se propager. Le **26 JANVIER** la ministre des Solidarités et de la Santé, médecin de formation, explique sereine qu'« aujourd'hui il n'y a aucune indication à acheter des masques pour la population française, nous avons des dizaines de millions de masques en stock. En cas d'épidémie, ce sont des choses qui sont d'ores et déjà programmées ». Il n'y a donc a priori pas d'inquiétudes à avoir. L'on constate fin janvier, que le ministère ne fait presque jamais état de cette question, encore moins d'une pénurie.

FIN JANVIER, la situation épidémique dans le monde devient inquiétante. Alors que l'exécutif est attentif aux travaux parlementaires qui s'engagent sur le projet de réforme des retraites, qui déchaîne monde politique et médias, l'Organisa-

tion mondiale de la santé (OMS), déjà critiquée pour sa complaisance envers la Chine, déclare le **30 JANVIER** « l'urgence de santé publique de portée internationale ». L'Organisation appelle toutefois à ne pas restreindre les voyages et les échanges commerciaux avec la Chine. Bizarre vous avez dit... D'autant que le lendemain, en France, les familles rapatriées de Chine sont immédiatement placées en quarantaine et les vols à destination de la Chine sont suspendus. En revanche, aucun vol en provenance de Chine ou des pays contaminés n'est supprimé. Une centaine de personnes est placée en quarantaine, tandis que des centaines de passagers chinois arrivent quotidiennement dans nos aéroports, sans contrôle. Effectivement... bizarre !

Le **23 FÉVRIER**, la situation italienne est préoccupante. S'il n'y a pas d'épidémie chez nous, « elle est à nos portes » déclare le nouveau ministre des Solidarités et de la Santé, Olivier Véran.

Désormais, l'État anticipe et « se prépare à une épidémie » le système de santé est mobilisé pour assurer la détection et la prise en charge des patients « cas possibles » ou « cas confirmés ». Cette mobilisation s'appuie sur le plan ORSAN REB élaboré et mis en œuvre dans chaque région par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Pour permettre la mise en œuvre de la stratégie d'endiguement, un premier niveau de réponse s'appuie sur des établissements de santé de première ligne : les établissements de santé habilités pour le Covid-19. Cette sélection s'effectue au regard de leur capacité de prise en charge bio sécurisée - chambre d'isolement de haute sécurité en service de maladies infectieuses ou de réanimation et des capacités de diagnostics virologiques. Tout semble sous contrôle !

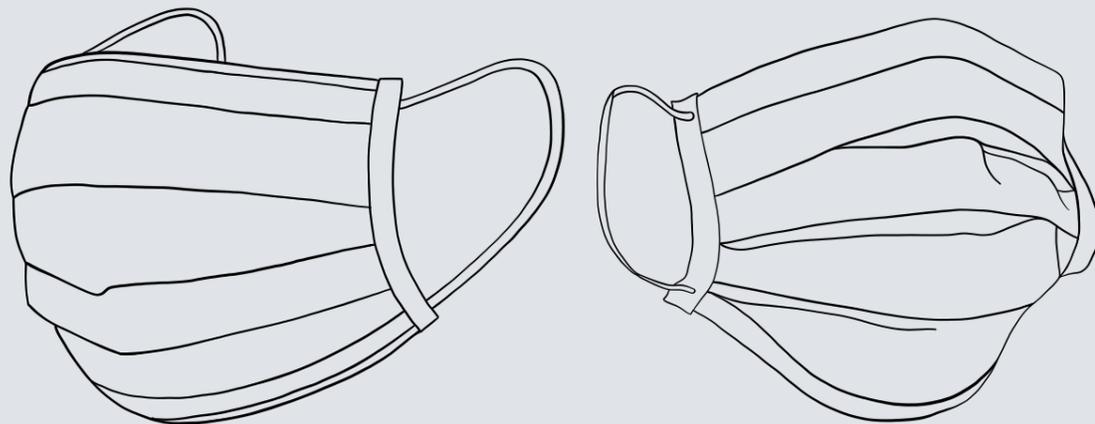
Alors que seuls 38 établissements de santé peuvent recevoir des patients atteints de Covid-19, Olivier Véran annonce l'activation dès le lendemain de 70 établissements sièges d'un Samu, pour augmenter les capacités de réponse. Le ministre annonce également qu'une commande « en quantité » de masques FFP2 à destination des personnels soignants a été passée, et que les capacités en matière de tests diagnostiques ont été accrues¹¹. De son côté, Jérôme Salomon, Directeur Général de la Santé, auditionné le **26 FÉVRIER** par le Sénat se veut rassurant : les stocks d'État (de masques) existent ; ils seront mobilisés en temps utile et distribués lorsque cela sera nécessaire, précisant que la pénurie n'est pas un sujet. Mark Twain n'est pas très loin, lui qui affirmait narquois : « il y a trois sortes de mensonges : les mensonges, les sacrés mensonges et les statistiques ».

Pourtant, **DÉBUT MARS**, les soignants et les politiques, face à la pénurie constatée sur le

terrain, demandent des comptes : Où sont les masques ? Le ministre des Solidarités et de la Santé explique alors que la France ne dispose d'aucun stock stratégique de masques FFP2, rejetant la faute sur la mandature précédente¹². Mais « Gouverner, c'est prévoir ; et ne rien prévoir, c'est courir à sa perte¹³ »... Dans la foulée, le Premier ministre ordonne par décret la réquisition des stocks et productions de masques sur le territoire national.

Le **11 MARS**, la France compte 2 281 cas confirmés et 48 décès. 121 000 cas sont recensés à l'échelle mondiale¹⁴. La chaîne de contamination s'étend dans le monde, elle devient désormais incontrôlable. L'Organisation mondiale de la santé classe alors officiellement l'épidémie de Covid-19 de pandémie mondiale. La population comprend désormais que ce n'est pas une grippe, que la situation réelle est inquiétante. L'urgence sanitaire est inédite, l'agent infectieux est inconnu. Un Conseil scientifique est alors installé auprès du ministre des Solidarités et de la Santé. L'objectif est simple, la tâche complexe : éclairer la décision publique, aider le Gouvernement à se forger une conviction, guider ses décisions. Éclairer certes mais chacun dans sa sphère navigue à vue, c'est-à-dire sans aucune visibilité.

Dès le lendemain, le rapport du Conseil scientifique fait état d'un risque de saturation rapide des services de réanimation. Depuis un an les hospitaliers attiraient - en vain - l'attention du Gouvernement sur la dégradation de l'Hôpital. Entre grèves et coups de gueule, rien n'y a fait ! Le débat ancien du manque de lits resurgit. Des voix s'élèvent pour demander plus de lits de réanimation sur le long terme. Débat de fond qui interroge désormais chacun sur la capacité de notre sys-



tème de santé à convertir rapidement en période de crise des lits qui ne sont pas utilisés à cet effet là en temps normal. Les images italiennes montrant les malades à même le sol dans les couloirs des hôpitaux sont glaçantes. Serait-ce bientôt notre tour ? Toujours est-il qu'au regard de la situation, le Conseil scientifique invite le Gouvernement à prendre des mesures contraignantes.

L'appel est entendu puisque le soir même le Président de la République, au cours d'une intervention télévisée, annonce la fermeture des établissements scolaires à compter du 16 mars, suivant ainsi l'avis des scientifiques pour qui les enfants et adolescents semblent propager plus rapidement le virus, passant outre la position du ministre de l'Éducation nationale, Michel Blanquer, qui réfutait un peu plus tôt l'hypothèse d'une fermeture totale des écoles françaises car « cela n'aurait pas de sens ». La communication souvent contradictoire brouille le message et donne une impression de tâtonnement. La porte-parole du Gouvernement frôle le ridicule tant ses points de presse sont stéréotypés, les éléments de langage conventionnels...

L'allocution présidentielle est l'occasion pour le Président de la République de réinterroger « le modèle de développement dans lequel s'est engagé notre monde depuis des décennies ». Car « la santé gratuite sans condition de revenu, de parcours ou de profession, notre État-Providence ne sont pas des coûts ou des charges mais des biens précieux, des atouts indispensables quand le destin frappe. ». « Il est des biens et des services qui doivent être placés en dehors des lois du marché ».

Ainsi, « le Gouvernement mobilisera tous les

moyens financiers nécessaires, pour porter assistance, pour prendre en charge les malades, pour sauver des vies. ». « Quoi qu'il en coûte ! ». Fin du bashing social¹⁵. Pire, brûle ce que tu as adoré¹⁶ ! Le chômage partiel exceptionnel et massif pour « préserver les emplois et les compétences » devient la voie de secours pour la population salariée. Trop souvent considérée comme une charge, trop peu souvent comme un investissement d'avenir, la Protection sociale joue son rôle d'amortisseur social. La crise met en exergue les vertus de notre système de Sécurité sociale, on redécouvre « l'argent magique », les vertus du « pognon de dingue », la Protection sociale hélicoptère¹⁷...

Les élections municipales prévues les **15 et 22 MARS** sont quant à elles maintenues. Le Président de la République l'affirme, il est important « d'assurer la continuité de notre vie démocratique et de nos Institutions » en suivant l'avis des scientifiques. Après les avoir interrogés « rien ne s'oppose à ce que les Français même les plus vulnérables se rendent aux urnes ». Le Président, met une fois de plus la parole de ses experts en première ligne. En interne, les membres du Conseil scientifique craignent d'être instrumentalisés et soulignent d'ailleurs dans leur avis que cette décision éminemment politique, ne peut leur incomber.

Pour certains, abrité derrière des arguments scientifiques, le pouvoir cherche à faire porter le poids de la décision aux experts. Pour d'autres, le seul crédit politique étant insuffisant, le pouvoir cherche à se légitimer. L'opinion quant à elle, l'accuse de faire primer l'intérêt politique au détriment de la santé des citoyens. Cette décision qui invite le 15 mars les Français à se rendre

aux urnes - alors même que les citoyens doivent limiter leurs déplacements, notamment les personnes âgées et à risques - déclenche l'ire de nombreux responsables politiques et de médecins, qui appellent à la fermeture des bureaux de votes pour raison sanitaire et démocratique.

Le lendemain, les Français découvrent par le ministre des Solidarités et de la Santé que « l'arbitrage n'a pas été politique », les membres du Conseil scientifique ont été consultés et « la réponse a été très claire »... De son côté, le Premier ministre prend également note des recommandations des experts, allant dans le sens d'un renforcement des mesures concernant la vie

sociale des Français. Le **14 MARS**, il annonce la fermeture sans préavis de tous les lieux de regroupements non indispensables à la vie sociale du pays. Difficile donc de discerner ce qui relève de l'arbitrage scientifique ou politique. Certains craignent que la prise de décision politique ne soit dictée par l'avis des experts, car si l'évaluation du risque dans un régime démocratique appartient à la science, sa gestion relève de la compétence du politique. Le monde n'est plus compliqué, il est devenu complexe !

Toujours est-il que le **15 MARS**, la doctrine du « restez chez-vous, mais allez voter » n'a pas convaincu comme en témoigne le taux d'abs-



CÉDRIC ARCOS

DIRECTEUR GÉNÉRAL ADJOINT DE
LA RÉGION ÎLE-DE-FRANCE



Face à l'épidémie, quelle a été la réaction de la Région Île-de-France ?

La santé et la cohésion sociale sont au cœur des priorités de la Région Île-de-France, et la crise actuelle n'a fait que con-

firmer la validité de ces choix opérés depuis plus de trois ans et l'importance de conduire des actions transversales pour lutter contre les fractures qui marquent la région, qu'elles soient sociales, sanitaires, environnementales ou encore

scolaires. En matière de santé par exemple, nous agissons déjà bien au-delà des compétences traditionnelles d'une Région avec une ligne directrice : accompagner la

**DANS CE
NOUVEAU
PAYSAGE,
UNE SEULE
CERTITUDE :
LE BESOIN
DE PORTER
UNE VISION
GLOBALE ET
DE PENSER LE
TERRITOIRE
ET SA
REPRISE DANS
TOUTES SES
DIMENSIONS.**

modernisation, soutenir les professionnels et leur activité et intervenir aux interstices auprès de ceux que l'action publique ne parvenait pas à atteindre jusqu'alors.

Forte des acquis de cette approche, la politique régionale a pris une nouvelle ampleur avec l'épidémie de Covid-19. Nos objectifs demeurent inchangés : soutenir le système de santé, accompagner les acteurs économiques, aider les plus fragiles et favoriser la transition écologique ; mais il nous a fallu revoir en profondeur nos modes d'action, nous adapter à cette crise sans précédent, repenser nos interventions et nos processus, faire preuve de réactivité, de souplesse et d'inventivité, le tout en télétravail. Pendant la crise, 99 % des agents régionaux télétravaillaient, et cela a été rendu possible par un déploiement progressif de ce mode d'organisation depuis trois ans.

C'est un défi que nous avons su relever collectivement, grâce à la formidable mobilisation des équipes : chacun a développé de nouveaux métiers et mobilisé, au-delà de ses compétences professionnelles, de véritables qualités humaines et d'initiative. Par exemple, face à la pénurie de masques de protection, nous avons bouleversé nos compétences, en mettant sur pied une lig-

ne d'approvisionnement directe depuis la Chine. En quelques jours, nous avons ainsi su identifier des usines fiables, valider la qualité des produits et nous avons même affrété nos propres avions pour sécuriser l'arrivée des masques jusqu'en Île-de-France et équiper ainsi les professionnels de santé ainsi que toutes les professions essentielles à la continuité de notre économie. Cela a nécessité une énergie considérable mais chacun est aujourd'hui fier d'avoir été au rendez-vous.

Mais il faut se projeter dès maintenant dans « l'après ». Dans cette vie avec le virus. La sortie de confinement a marqué à cet égard le point de départ d'une nouvelle ère. Dans ce nouveau paysage, une seule certitude : le besoin de porter une vision globale et de penser le territoire et sa reprise dans toutes ses dimensions. C'est ainsi que nous avons installé tout récemment un Conseil en charge de préparer le déconfinement et la reprise de l'activité. Ce Conseil réunit certes des scientifiques et des médecins mais également

des acteurs de l'éthique, de l'économie, du numérique, de la solidarité. Notre conviction est en effet que seule une approche commune permettra de remettre en route toute la société et de tirer les enseignements de cette crise, sans laisser les inégalités se creuser davantage.

L'Île-de-France a été le territoire le plus touché par l'épidémie. D'un point de vue sanitaire, quelles ont été les principales mesures mises en place ?

L'épidémie a été d'une violence inouïe sur notre territoire. Elle a frappé durement chaque Francilien dans sa vie personnelle et professionnelle, et plus encore les soignants. Ils ont fait preuve d'un courage et d'une abnégation sans failles, et notre intervention à leurs côtés se devait d'être à la hauteur. Notre ambition a donc été de soutenir les acteurs et le système de santé, par des actions inédites.

Nous sommes donc allés au plus près du terrain pour recenser les besoins et avons travaillé en lien

étroit avec les différents acteurs, fédérations et ordres professionnels, syndicats et ARS. En premier lieu, un fonds d'urgence de dix millions d'euros a été mis en place, destiné à accompagner l'équipement des professionnels de santé de ville pour continuer leur activité, se protéger et protéger leurs patients. Dans cette crise, l'enjeu de l'accès aux soins et de la continuité des prises en charge nous a en effet immédiatement semblé essentiel. Concrètement, nous finançons les pharmacies qui s'équipent d'hygiaphones ou encore les sages-femmes qui se sont équipées pour permettre des sorties précoces des mamans de maternité. Un autre million d'euros a été mobilisé pour financer les essais cliniques de nouveaux médicaments lancés au plan européen permettant de doubler les moyens financiers qui leur sont attribués par l'État. Dans la tourmente causée par la pénurie de masques, la Région s'est mobilisée pour acquérir plus de 30 millions de masques chirurgicaux. Pour répondre aux besoins des entreprises et des collectivités et permettre ainsi la

reprise de l'activité, une centrale d'achat régionale a été mise sur pieds en quelques jours qui fournit actuellement plus de 15 millions de masques, grâce à des marchés négociés et sécurisés.

L'enjeu des ressources humaines étant central dans la réponse à l'épidémie, nous avons souhaité mobiliser les étudiants en soins infirmiers, dont la Région est en charge. Ainsi, pour que ces étudiants puissent être présents en renfort dans les services de soins, nous avons fait le choix de ne plus les payer en tant que stagiaires (200 euros mensuels) mais de les rémunérer comme de jeunes professionnels, soit entre 1 300 et 1 500 euros net mensuel. Cet effort de près de 40 millions d'euros pour deux mois a permis très concrètement de mobiliser 15 000 étudiants infirmiers qui sont intervenus en première ligne dans les services de soins mais aussi et surtout de reconnaître leur engagement comme il se doit.

Nous avons également ouvert près de dix mille places d'hébergement au sein de nos lycées et îles

de loisirs afin de loger les soignants à proximité de leurs lieux de travail ainsi que des populations vulnérables nécessitant d'être isolées. De la même manière, nous avons participé, avec l'AP-HP, au financement de l'application COVIDOM, permettant le suivi à domicile des patients COVID+. La desserte des hôpitaux de banlieue a été renforcée quand le reste du trafic des transports publics était réduit au moins de moitié. La Région a décidé la gratuité des navettes reliant gares et centres de soins et enfin un service de conciergerie pour les internes a été mis en place. Ce projet est piloté entièrement par la Région et il symbolise plus que nul autre l'agilité dont nous avons su faire preuve en ces temps difficiles. Alors même qu'il s'agit d'un métier à part entière, nos équipes ont su se mobiliser pour démarcher des entreprises désormais partenaires, monter une cellule d'appels et assurer la mise en relation des professionnels de santé avec les entreprises ayant accepté de les soulager d'un maximum de contraintes quotidiennes (transports, achat des

LA GESTION DE L'ÉPIDÉMIE A ÉGALEMENT RÉVÉLÉ L'IMPORTANCE DE LA GESTION DE PROXIMITÉ, EN LIEN CONSTANT AVEC LES DEMANDES ET LES BESOINS ÉMANANT DU TERRAIN. À CET ÉGARD, JE PENSE QUE LES RÉGIONS ONT ACQUIS UNE NOUVELLE IMAGE DANS L'OPINION, QUI A PU MESURER LEUR UTILITÉ ET LEUR RÉACTIVITÉ DANS LA CRISE.

denrées de base, logement). Concrètement, ce sont aujourd'hui plusieurs dizaines d'internes qui sont logés à proximité de leur lieu de travail ou disposent d'une voiture, le tout gratuitement, grâce à la Région.

Par ces actions totalement nouvelles, la Région a essayé d'être à la hauteur du moment et d'apporter tout son soutien au système de santé.

Quelles leçons managériales retirez-vous de cette crise ?

Cette crise nous impose à tous une grande humilité. En tant que dirigeants, elle nous a conduit à manager dans un contexte d'incertitude exacerbée et à admettre que nous n'avions pas toutes les réponses à tous nos questionnements. Cette situation nous a également conduit à rassurer nos équipes, à les accompagner dans l'acceptation que l'après ne serait plus exactement comme l'avant et qu'il allait falloir nous adapter, y compris dans notre organisation professionnelle.

La gestion de l'épidémie

a également révélé l'importance de la gestion de proximité, en lien constant avec les demandes et les besoins émanant du terrain. À cet égard, je pense que les Régions ont acquis une nouvelle image dans l'opinion, qui a pu mesurer leur utilité et leur réactivité dans la crise. Ce nouveau lien devra être entretenu à l'avenir pour confirmer leur rôle central dans la conduite des politiques publiques. À l'heure où cette crise révèle le besoin d'interroger les relations entre l'État et ses collectivités locales, je pense qu'un nouveau chapitre devra être écrit dans lequel les forces du central et du local devront davantage s'additionner plutôt que de se concurrencer.

Les Régions me semblent constituer un échelon pertinent pour une action d'ampleur, mais aussi et surtout réactive et adaptée aux réalités de terrain, dotée d'une lame de découpe suffisamment fine pour assister de manière opportune notre système de santé et ses professionnels, l'économie et les citoyens, tout en réduisant les fractures. En somme, il y a un

vrai besoin de relancer des dynamiques de territoire, à la fois proches et solidaires. Nous travaillons d'ores et déjà en ce sens, avec l'élaboration d'un plan de relance et de cohésion.

À quoi devra ressembler, selon vous, notre système de santé demain ?

Nous avons traversé une crise d'une magnitude rarement connue qui, si elle a montré le meilleur de notre système de santé (des professionnels mobilisés au-delà de la raison, des organisations innovantes, une capacité d'adaptation hors norme) ne doit pas faire oublier qu'elle est arrivée alors que ce même système était à bout de souffle. En chinois, crise et opportunité s'écrivent de la même manière. Il va donc falloir non pas reprendre le cours des choses tel qu'il était avant la survenue de l'épidémie mais engager une vaste refondation de notre système de santé avec pour mots clés : solidarité, territorialité et coopération.

Plus fondamentalement, l'enjeu sera de faire de la

santé un nouvel enjeu de mutation de notre modèle social, en redonnant du sens à ce dernier et une finalité aux organisations. Il s'agit selon moi de refonder notre système de santé depuis les territoires et de partager avec les Français un nouveau projet positif et rassembleur.

Après-guerre, le Conseil National de la Résistance avait su rassembler les Français et faire de la santé un instrument au service de la reconstruction de la France, de sa modernisation. Des organisations, des financements, des outils ont alors été mis en place au service de ce projet majeur par lequel la santé participe à la puissance de la France. Aujourd'hui, ce Grand Projet, cette finalité semble avoir été oubliée et les outils sont progressivement devenus des finalités : tarification à l'activité, CPTS, article 51, forfaits en tout genre et bien d'autres : le système de santé a progressivement été confisqué par les experts, générant chez les personnels une perte de sens.

Je pense donc que l'ur-

L'URGENCE EST AUJOURD'HUI DE REDONNER AU SYSTÈME DE SANTÉ UNE VISION ET UN PROJET POLITIQUE.

gence est aujourd'hui de redonner au système de santé une vision et un projet politique. Ce projet doit être fondé sur la création d'un Service Public de Santé universel, qui fasse de l'alliance des professionnels de santé et du médico-social, quel que soit leur statut, le point cardinal des organisations. Il s'agirait ainsi de mettre chaque acteur, chaque organisation, au service de la réponse aux besoins de santé de la population et de faire de la nature de leur statut un point secondaire. Bien entendu, les avancées permises par cette crise que sont le virage numérique et la coopération entre les professionnels de santé devront être entretenues. Enfin, je pense que notre système de santé doit se refonder depuis les territoires : en repla-

çant l'État dans un rôle de définition de la feuille de route stratégique, de garant des équilibres et de l'équité et de préparation de l'avenir du système ; en s'appuyant davantage sur les territoires, notamment les Régions, pour coordonner et piloter les différentes politiques qui ont un impact sur la santé et améliorer ainsi l'état de santé des populations.

Cette refondation ne sera bien entendu pas possible sans une évolution profonde des rémunérations et des statuts des personnels comme des structures. Elle ne sera pas non plus possible sans une politique d'investissement en faveur de la santé et particulièrement de sa dimension numérique comme de sa dimension industrielle. Je pense notamment qu'il va falloir de toute urgence accélérer le virage numérique mais aussi reprendre le contrôle de notre destin en recréant en Europe une véritable industrie de santé autonome.

Dans ce « new deal », les femmes et les hommes qui travaillent dans le système devront être mieux considérés et faire l'objet

d'un investissement d'envergure : investir sur leurs formations, sur de nouvelles répartitions des tâches et des rôles, définir de nouvelles rémunérations plus en phase avec la réalité et la complexité de leurs pratiques... ■

tention record (plus de 55 %). Difficile pour les Français d'y voir clair dans la communication de l'exécutif, difficile d'accorder du crédit aux interventions ultérieures. L'opinion dénonce des injonctions trop souvent contradictoires et un manque de cohérence dans le discours. En effet, difficile de reprocher aux Français leur manque de discipline lorsque quelques jours auparavant, le Président de la République se rend au théâtre afin de les inciter à sortir et fréquenter les lieux culturels, expliquant que « la vie continue » et qu'il n'y a « aucune raison, mis à part pour les populations fragilisées, de modifier nos habitudes de sortie ». La méthode Coué tient lieu au final de ligne politique !

Le **16 MARS**, toujours conformément aux recommandations du Conseil scientifique, le Président de la République annonce le report du second tour des élections municipales et le confinement de la population (sans en prononcer le mot) dès le lendemain, midi. Le message d'Emmanuel Macron est fort « nous sommes en guerre » appelant à « l'union nationale » et à ne pas céder à « l'esprit de panique ». Toutefois, à l'image des Anglais qui avaient précipitamment fui Londres pour échapper à la peste de 1665¹⁸, plus d'un million de personnes quittent l'Île-de-France. Autant de situations qui risquent de favoriser la propagation du virus. Le lendemain « voici la cité assiégée par la maladie, mise en quarantaine, au besoin ceinturée par la troupe, confrontée à l'angoisse quotidienne et contrainte à un style d'existence en rupture avec celui auquel elle était habituée¹⁹ ».

À ce stade de la crise sanitaire, comment ne pas penser à une autre crise. Communication erratique, délitement de la « chose » Politique, recherche d'un coupable pour mieux échapper

à ses responsabilités, le spectre d'un nouveau procès de Riom apparaît, ordre et contre-ordre, mensonge et cynisme. Il ne s'agira plus de comparer le nombre de chars « Tigre » avec celui des chars « Renault », mais le nombre de respirateurs, de lits de réanimation avec celui dont dispose nos amis allemands. Plus funeste, chaque soir à heure précise, les Français assistent, médusés, à la lecture compassionnelle par le Directeur Général de la Santé du nombre de morts, d'abord en omettant la catastrophe qui est en train de se dérouler dans les EHPAD. Maurice Gamelin, chef d'État-major en 1939 ne déclarait-il pas : « les troupes adverses progressent suivant nos prévisions » ! Les amateurs de polars ne peuvent s'empêcher de penser à « Pars vite et reviens tard²⁰ » et aux annonces de Joss Le Guern devenu crieur public...

Alors que les Français sont contraints de sortir momentanément d'un état sociétal, de redécouvrir l'autarcie « moderne », l'exécutif est fragilisé par les déclarations d'Agnès Buzyn qui affirme avoir alerté le Gouvernement dès janvier sur le danger du coronavirus, dénonçant au passage un scrutin aux allures de « mascarade ». Une crise de confiance émerge, la crédibilité du Gouvernement est clairement posée. À cela s'ajoute l'hystérie médiatique, chaque jour et à toute heure les informations tournent en boucle sur les écrans de télévisions : hôpitaux à bout de souffle, patients en attente de l'instant fatidique, soignants épuisés... Chaque jour, les médias font état d'une situation aux répercussions sociales et économiques violentes. Chaque jour est égrené le nombre de malades, celui des guérisons, on compte les morts et les hospitalisations.

Le drame se nourrit du doute. Le doute plane sur les chiffres annoncés, sur l'efficacité des me-

sures. On enrage sur l'état d'impréparation. La bravoure de celles et ceux qui luttent pour sauver des vies, de celles et ceux qui luttent pour maintenir la production de produits essentiels à la vie de la nation apparaît comme un nouvel héroïsme. Un rite païen s'instaure, spontané et libérateur. À 20 heures, chacun à son balcon applaudit la conscience professionnelle, le dévouement de celles et ceux qui participent de près ou de loin à la chaîne hospitalière qui prend le visage des soldats de l'an II. Pénurie de matériel, de protections individuelles mais serment d'Hippocrate... L'hôpital fait face, l'hôpital tient !... Verdun et son mythe du « on ne passe pas » redevient d'actualité !

Cette période inédite invite les individus à prendre conscience, que les décisions et comportements individuels ont des répercussions allant jusqu'au dramatique sur le collectif. La santé de chacun dépend du respect par tous des règles sanitaires inhérentes au confinement. Le temps n'est plus au droit mais au devoir ! Mais « trop souvent, le mal individuel l'emporte sur le bien collectif²¹ » comme le démontre le peu de crédit accordé aux restrictions de déplacements les premiers jours de confinement. L'accès aux plages est interdit et les contraventions se multiplient. De son côté, le Directeur Général de la Santé, Jérôme Salomon, s'indigne de voir beaucoup trop de masques dans la rue, quand ces derniers manquent aux soignants. Reconnaisant donc à demi-mot,

**PÉNURIE DE MATÉRIEL,
DE PROTECTIONS
INDIVIDUELLES
MAIS SERMENT
D'HIPPOCRATE...
L'HÔPITAL FAIT
FACE, L'HÔPITAL
TIENT !... VERDUN
ET SON MYTHE DU
« ON NE PASSE
PAS » REDEVIENT
D'ACTUALITÉ !**

que les masques sont une denrée rare... Les filières professionnelles quant à elles dénoncent l'incohérence dans le discours du Gouvernement qui appelle les citoyens au confinement et en « même temps » aussi à travailler...

Si depuis l'apparition du virus sur le sol français, les scientifiques confirment qu'il leur est inconnu, la publication d'un essai clinique initié

par le Pr Didier Raoult et ses équipes fait grand bruit. Le traitement préconisé associe l'hydroxychloroquine et l'azithromycine. Les résultats semblent prometteurs quand bien même la méthodologie scientifique n'est pas respectée. Alors le sujet de la méthodologie fait rapidement débat. En période de « guerre » peut-on s'offrir « le luxe » d'être précautionneux ? L'urgence ne doit-elle pas faire bouger les lignes ? Le sujet embrase l'espace médiatique qui s'en nourrit. Les scientifiques prennent la population à témoin à travers des jouets télévisuelles. Le panel, le sondage, la société média-

tique s'emparent d'un sujet jusqu'alors confiné dans les Académies !

Tout se résume alors à une mobilisation des affects, à une guerre des égos et chaque information est soumise à des commentaires incessants. Les opinions deviennent des croyances collectives, et des fabricants de vérités fleurissent. Les réseaux sociaux se déchaînent. Au pays de Descartes ! Au pays de Pasteur ! Toujours est-il que la contro-

verse autour de l'hydroxychloroquine dépasse le cadre scientifique qui devrait sans doute rester le sien. Exit la sérénité indispensable, bonjour l'hystérie ! Dans ce climat aux allures de chaos, le risque que la parole Scientifique, après celle du Politique, perde sa valeur, n'a jamais été aussi grand. Notamment à l'heure où les médias « traditionnels » ont perdu depuis déjà fort longtemps, le monopole tant de l'agenda que du contenu.

Dans le même temps, les vieux fantômes du nationalisme refont surface : les accords de Schengen sont suspendus et les frontières sont fermées. La crise sanitaire sur fond de crise européenne met en exergue l'absence de coordination entre les États sur leurs stratégies et perspectives. La « santé européenne » n'existe pas²². En effet, si l'épidémie est mondiale, tous les pays n'optent pas pour la même stratégie de lutte contre le coronavirus. Alors que les Sud-Coréens et les Allemands misent sur un dépistage massif de leur population - avec des résultats notables - la France elle, mise sur une stratégie ciblée. « Nous testons toutes les personnes fragiles, à risques, hospitalisées évidemment, mais aussi les foyers collectifs, les résidents d'établissements collectifs de personnes fragiles ou âgées et, évidemment, les professionnels de santé » détaille Jérôme Salomon à l'occasion de son point journalier de situation.

Stratégie ciblée donc, quand bien même l'Organisation mondiale de la santé (OMS) incite vivement les pays à tester massivement - testez, testez, testez ! - leur population car « on ne peut pas stopper cette pandémie si on ne sait pas qui est infecté » explique logiquement le Directeur Général de l'Organisation. Jean-François Del-fraissy, Président du Conseil scientifique dès le **18 MARS**, se prononce alors en faveur de tests

massifs, expliquant que « les tests permettraient en effet, si on les avait en très grande quantité, de tester les individus suspects, ensuite de les isoler, c'est donc un enjeu majeur ». Ou comment adopter une stratégie par défaut en fonction d'une pénurie de moyens... Olivier Véran, un peu plus tard, sous l'influence de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) s'engage à démultiplier le nombre de tests réalisés sur le territoire français pour lutter contre l'épidémie de Covid-19. Il prévoit ainsi 50 000 tests de détection classiques par jour d'ici fin avril et l'arrivée progressive des tests rapides pour atteindre plus de 100 000 tests par jour au mois de juin²³. L'Allemagne, quant à elle convaincue de l'efficacité des tests au sein de sa politique de prévention, indique un objectif de 200 000 tests quotidiens fin avril²⁴.

Le **21 MARS**, le ministre des Solidarités et de la Santé déclare que la France dispose d'un stock d'État de 86 millions de masques, et précise que 250 millions de masques supplémentaires ont été commandés. Depuis des semaines « nous travaillons nuit et jour à augmenter la production et les importations de masques ». Nous sommes toujours loin du compte, mais « dans l'exercice du pouvoir, la raison d'État passe avant le sentiment²⁵ ! ». Olivier Véran assume alors un choix difficile en octroyant prioritairement les masques aux personnels de santé pour « tenir » avec le stock existant le plus longtemps possible. Le message est clair : il n'y aura pas de masques pour les citoyens, ils n'en ont pas besoin ! Le ministre des Solidarités et de la Santé l'assure, les masques ne servent pas à protéger les Français dans la rue, et « l'usage du masque en population réelle ne correspond pas aux recommandations internationales ».

Coté thérapeutique, le débat s'intensifie. Cons-

tatant l'efficacité de la stratégie adoptée dans certains pays tels que la Corée du Sud fondée sur le triptyque : dépistage, diagnostic et traitement, les équipes du P^r Raoult décident d'utiliser l'hydroxychloroquine pour traiter tous les malades atteints du Covid-19 qui se présenteront à l'IHU Méditerranée Infection de la Timone, où des tests seront massivement pratiqués. Au sein de l'IHU on invoque le Serment d'Hippocrate car à ce stade « le seul traitement ayant prouvé son efficacité, c'est celui que nous employons » déclare Philippe Brouqui, Infectiologue à l'IHU. Et à l'IHU « on soigne ! ». Le corps médical apprécie !

Le Président du Conseil régional de l'Ordre des Médecins en PACA quant à lui considère que « la méthodologie ne doit pas être la même qu'en temps de paix ». Pour clore le débat, le Premier ministre par deux décrets des **25²⁶ ET 26²⁷ MARS** autorise la prescription d'hydroxychloroquine sous conditions : l'usage de la molécule est désormais réservé aux établissements de santé et pour les formes les plus graves de coronavirus, excluant de facto la médecine de ville. La prescription médicale devient alors un enjeu politique débattu sur la place publique, sur fond de surmédialisation.

Dans le même temps, Emmanuel Macron, en visite à Mulhouse rend hommage au personnel soignant et annonce « un plan massif d'investissement et de revalorisation de l'ensemble des

carrières pour l'hôpital ». Le Président l'assure, il sera au rendez-vous, la réponse sera profonde et dans la durée. Pour Jean-Paul Ortiz, Président de la CSMF, il ne s'agit pas de financer plus mais de financer mieux. Il faut arriver à un système qui cultive l'efficience autour de la qualité et de la pertinence. Cette prise de parole présidentielle est aussi l'occasion pour certains de souligner une gestion de la crise sanitaire très (trop) hospitalo-centrée. En effet, la santé revêt un caractère global, devant intégrer l'ensemble des acteurs de santé. L'enjeu consiste donc à assurer une bonne coordination tant entre les différentes structures de soins sur le territoire qu'entre les différents acteurs afin d'optimiser les compétences de cha-



cun, d'établir des liaisons rapides et d'assurer la continuité et la permanence des soins au bénéfice des patients.

Au moment où les lits de réanimation manquent cruellement, les chaînes d'information diffusent des images montrant des lits vides... dans les cliniques privées !!

Du côté des médecins libéraux, on se sent oublié. Le Dr Philippe Vermesch, Président du Syndicat des Médecins Libéraux (SML) appelle ainsi le Président de la République à ne pas écarter la médecine de ville - largement mobilisée durant la crise - et à conserver « une vision d'ensemble dans la construction de son futur plan d'investissement, car tous les acteurs auront besoin de moyens ». L'on constate par ailleurs que la crise agit comme « un booster » sur le déploiement du numérique en matière d'organisation et d'accès aux soins. Si la téléconsultation médicale peine à se démocratiser et à s'ancrer dans les habitudes, entre les 16 et 22 mars, 80 000 actes de téléconsultation ont été facturés par les médecins. Soit deux fois plus qu'au mois de février (40 000)²⁸. Ces téléconsultations s'effectuent de plus en plus fréquemment en tiers payant pour faciliter l'accès aux soins et simplifier les modalités de factu-

ration : la semaine du 23 mars, 75 % des facturations ont été pratiquées en tiers payant contre 40 % les semaines précédentes²⁹.

Depuis le début de la crise, le secteur privé le rappelle avec force, il n'est pas assez sollicité. Malgré des retards à l'allumage, les choses finissent par aller dans le bon sens. « Public, privé (...) nous unissons nos forces à chaque instant pour mener le combat contre la pandémie. Toute autre attitude serait irresponsable » affirme le Président de la Fédération des cliniques et hôpitaux privés de France (FHP), Lamine Gharbi. À titre d'exemple, selon la FHP, 200 000 interventions chirurgicales ont été déprogrammées, permettant de libérer « 40 à 60 lits par établissement³⁰ ». Certains déplorent néanmoins un manque de préparation des Agences Régionales de Santé (ARS) et du Gouvernement pour intégrer rapidement le privé à la réponse sanitaire. Toujours est-il que cette collaboration si complexe en temps habituel, arrive à faire ses preuves. À cet égard, le Pr Guy Vallancien, membre de l'Académie de médecine,

considère que « cet épisode infectieux nous amène déjà à repenser l'intégralité de notre système de soins et de prévention dans un esprit de collaboration beaucoup plus étroit entre les

LA CRISE AGIT COMME UN RÉVÉLATEUR DES FRACTURES ENTRE LA VILLE ET L'HÔPITAL, ENTRE LE PUBLIC ET LE PRIVÉ. ELLE MET ÉGALEMENT EN LUMIÈRE LA DÉMONSTRATION PAR L'ABSURDE DE LA SÉPARATION ENTRE LE SANITAIRE ET LE MÉDICO-SOCIAL. À TEL POINT QU'IL FAUT ATTENDRE DÉBUT AVRIL POUR QUE LES DÉCÈS DANS LES EHPAD SOIENT COMPTABILISÉS.

différents secteurs publics et privés ».

La crise agit comme un révélateur des fractures entre la ville et l'hôpital, entre le public et le privé. Elle met également en lumière la démonstration par l'absurde de la séparation entre le sanitaire et le médico-social. À tel point qu'il faut attendre **DÉBUT AVRIL** pour que les décès dans les Ehpad soient comptabilisés. Des voix s'étaient déjà élevées - comme en témoigne une pétition sur le site Change.org, réunissant 45 000 signatures - pour réclamer « un comptage pour empêcher que nos aînés meurent dans l'indifférence nationale ». Pour la première fois, un bilan des décès dans les maisons de retraites est délivré, 884 morts sont à déplorer³¹. Mais le bilan promet d'être bien plus dramatique. Et pour cause, aucun dispositif national ne permettait aux Ehpad de faire « remonter » les données. De plus, tous les résidents présentant des symptômes ne sont pas testés, on en teste deux et si d'autres cas se déclarent, ils sont automatiquement imputés au Covid-19.

Toujours début avril, alors que les citoyens s'interrogent sur la question du port du masque, l'Académie de médecine se prononce en faveur de son port généralisé par la population et recommande qu'il soit rendu obligatoire pour les sorties nécessaires durant le confinement. L'Organisation mondiale de la santé quant à elle, revoit sa doctrine et se prononce également en faveur du port du masque pour renforcer les gestes barrières. C'est ainsi que le Gouvernement, après avoir martelé pendant des semaines que les masques étaient inutiles si l'on est pas malade, trop compliqués à utiliser - « vous savez quoi, je ne sais pas mettre un masque³² » ! un acte très technique paraît-il - incite le grand public à recourir au port du masque « s'il le souhaite ».

Les Français ne savent plus sur quel pied danser.

Ce changement de discours passe mal auprès de l'opinion qui dénonce une stratégie fondée sur des carences logistiques et masquées (!) par des arguments scientifiques à géométrie variable. Le Président du Conseil scientifique Jean-François Delfraissy, reconnaît d'ailleurs dans une interview à un quotidien italien que « l'OMS et le Gouvernement français ont eu du mal à admettre la vérité, qu'il n'y avait pas suffisamment de masques pour tout le monde ». Occasion également pour lui de revenir sur le choix du confinement. Alors que le coût économique du confinement s'annonce colossal, le Président du Conseil scientifique explique que ce dernier a été choisi faute de tests en nombre suffisant. D'ailleurs, si le déficit initial a dicté le choix du confinement, il pèse toujours dans sa durée³³.

Mais « le moment que nous vivons nous rappelle que nous sommes vulnérables, nous l'avions sans doute oublié ». En cette période de crise, il s'agit de rester humble, nous rappelle Emmanuel Macron le **13 AVRIL** lors de son allocution suivie par plus de 36 millions de Français ! Un record ! Reconnaisant que la France n'était « sans doute pas assez préparée », reconnaissant « des failles et des ratés ». Loin du discours martial et de la rhétorique guerrière, le Président appelle à la prudence car si l'épidémie commence à marquer le pas, rien n'est acquis. À cet égard, le confinement est prolongé jusqu'au 11 mai. Les personnes âgées et à risques quant à elles devront s'astreindre à un confinement plus long et la fin du confinement sera actée par la réouverture progressive des établissements scolaires (hormis les universités).

Réouverture ayant vocation à éviter que les iné-



MICHÈLE DELAUNAY

ANCIENNE MINISTRE
DÉLÉGUÉE AUX PERSONNES
ÂGÉES

PRÉSIDENTE DE L'INSTITUT
DE SANTÉ PUBLIQUE,
D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DU
DÉVELOPPEMENT (ISPED)
DE BORDEAUX

Plus d'un tiers des décès liés au Covid-19 concernent les résidents d'EHPAD. Quel regard portez-vous sur la gestion de la crise sanitaire ?

Ce ne sont pas 30 % mais 50 % des morts du Covid-19 qui concernent des résidents d'EHPAD. Ce pourcentage dramatique a été constant depuis le début de la crise. Il réunit les résidents morts au sein de l'EHPAD et ceux qui ont été envoyés en urgence à l'hôpital où ils sont morts. Au premier temps de l'épidémie, les morts en EHPAD n'ont pas été comptabilisés et il a fallu beaucoup attendre pour que la communication gouvernementale en fasse état. Jamais cependant le P^r Salomon, n'a accepté de formuler le total des résidents décédés soit

au sein de l'établissement soit après transfert en urgence à l'hôpital. Santé Publique France était alors la seule source accessible confirmant ce pourcentage terrible

**L'ATTENTION
AUX EHPAD, LA
NÉCESSITÉ DE
LES SOUTENIR,
EN PREMIER
LIEU EN
PERSONNEL ET
EN PRÉSENCE
MÉDICALE, A
ÉTÉ NÉGLIGÉE.**

de 50 %, alors même que les EHPAD ne constituent que 1 % de la population française. Aujourd'hui les résidents d'EHPAD morts de la Covid-19 sont près de 15 000.

Voilà ma principale critique à la gestion de la crise : alors que l'on a su très tôt que les grands âgés étaient principalement à risques (90 % des morts surviennent après 70 ans), l'attention aux

EHPAD, la nécessité de les soutenir, en premier lieu en personnel et en présence médicale, a été négligée. Ils ont constitué un chaudron de contamination dès le moment où le virus était entré dans les établissements. Ma proposition de permettre aux familles qui le pouvaient et le voulaient de reprendre temporairement à domicile « leurs âgés » n'a pas été relayée alors que cela aurait pu sauver des vies. Le personnel des EHPAD est longtemps resté sans matériel de protection, et la seule mesure forte a été d'imposer un confinement en chambre individuelle alors même que cela risquait de provoquer dépressions et syndromes de glissement.

Je fais moins de cas du cafouillage qui a accompagné l'utilisation des masques ; jusqu'à ces derniers jours d'ailleurs les messages gouvernementaux sur les mesures à prendre ne faisaient pas même mention du port de masque. Heureusement, notre système de santé a fait preuve une fois de plus de sa vitalité et de son engagement. De très belles initiatives ont montré aussi sa réactivité,

comme le transport à distance de malades quand les services de réanimation étaient saturés.

Le déconfinement est en cours et j'espère cette fois que le bon sens des populations permettra d'éviter une reprise de l'épidémie. Que chacun de nous y contribue.

La crise engendrée par la Covid-19 réinterroge-t-elle le modèle actuel des EHPAD ?

Oui, et fortement. Nous le savions déjà, ce modèle est à revoir, ne serait-ce que parce qu'il ne répond pas aux attentes de la génération qui va bientôt en avoir besoin.

Le premier changement consiste en la perméabilisation entre vieillissement à domicile et en EHPAD. Dans un territoire, l'EHPAD doit constituer un centre de ressources pour son territoire : il doit pouvoir déployer des professionnels au domicile en cas d'aggravation de l'état d'une personne vivant seule ou insuffisamment aidée ; inversement, il doit pouvoir accueillir temporairement un âgé traversant une crise et

même disposer d'un accueil d'urgence pour soigner et faire le point de la situation du patient afin de mesurer s'il peut ou non retourner à son domicile. De plus, il ne doit plus être ce lieu où l'on entre et où l'on reste jusqu'à la fin, comme l'a hélas démontré la réticence du secteur des EHPAD à laisser sortir temporairement les résidents, sans frais particuliers pour eux ou leur famille.

Une réforme sur la dépendance est prévue. Selon vous quels sont les points majeurs qui conditionneront sa réussite ?

Cette formule était celle du Gouvernement de Nicolas Sarkozy qui l'a, de fait, abandonnée. De même que mon Gouvernement a renoncé à faire l'acte II de la loi ASV qui devait s'appeler « grand âge et établissements ». Espérons qu'après le drame de la Covid, il ne puisse plus désormais en être de même.

La base de cette « réforme » est la revalorisation du personnel de ce secteur qui doit devenir une voie d'excellence,

saluée, gratifiée à la mesure de son engagement. Aux derniers jours de mon ministère, j'avais édité un « plan des métiers de l'autonomie » (toujours en ligne) dont je ne changerais rien aujourd'hui :

**LES GRANDS
ÂGÉS SERONT
BIENTÔT, AVEC
L'ARRIVÉE DE LA
GÉNÉRATION DU
BABY BOOM, 4
MILLIONS. NE LES
LAISSONS PAS
SOMBRER DANS
UNE CITOYENNETÉ
MARGINALE ET
UN MANQUE DE
CONSIDÉRATION
QUI
S'ASSIMILERAIENT
À UNE
EUTHANASIE DE
FAIT.**

formation, meilleurs salaires, passerelles entre les divers métiers de

l'autonomie, progression de carrière en particulier par des échelles de valorisation des acquis de l'expérience, et perméabilisation grâce à cette progression de la barrière entre « soignants » et « non soignants ».

Les deux rapports de Dominique Libault et Myriam El Khomri, sont remarquables et la loi grand âge, que nous attendons tous a d'ores et déjà tout le matériau qu'il faut. Le principe directeur d'un « 5^e risque » doit guider la question du financement. Là aussi, les propositions ne manquent pas et ce 5^e risque, s'il est robuste, marquera un pas aussi important que la Sécurité sociale elle-même quand elle a été mise en place. L'augmentation de l'espérance de vie a une double conséquence : les grands âgés sont plus nombreux, et ils sont plus nombreux à avoir des troubles cognitifs¹ qui imposent l'exigence d'un accompagnement plus médical qui est à la base de cette notion de 5^e risque.

En toutes choses, il faut essayer de tirer le meilleur du pire. Le drame

du grand âge ces derniers mois doit nous amener à poser en profondeur la question de leur place dans la société. Les grands âgés seront bientôt, avec l'arrivée de la génération du baby boom, 4 millions. Ne les laissons pas sombrer dans une citoyenneté marginale et un manque de considération

qui s'assimileraient à une euthanasie de fait. Permettez-moi de détourner quelque peu un mot d'esprit de François Mauriac : « Ce n'est pas parce qu'on a un pied dans la tombe qu'il faut se laisser marcher sur l'autre ». La vie n'a pas moins de valeur quand elle est proche de sa fin, peut-être même

au contraire... ■

¹ L'incidence de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés augmente selon l'âge. Quand en 1945, l'espérance de vie moyenne était de 65 ans, ils étaient relativement peu fréquents en plus d'être moins bien identifiés.

galités - fortement exacerbées par le confinement - ne s'accroissent pour certaines franges de la population. Concrètement, les lieux publics resteront fermés jusqu'à nouvel ordre mais les écoles, lieux de haute contamination pourront rouvrir, alors même que le Président de la République justifiait la fermeture des établissements scolaires par des arguments scientifiques car les enfants et les plus jeunes « sont ceux qui propagent le plus vite le virus ». La décision semble totalement contradictoire. À tel point que certains parents d'élèves envisagent de ne pas rescolariser leurs enfants. Mais, le ministre de l'Éducation nationale l'assure, la reprise des cours « ne sera pas du tout comme avant », évoquant notamment de plus petits groupes dans les classes ou une charge horaire moins importante pour les élèves. Une organisation qui laisse songeur, devant la difficulté voire l'impossibilité de faire respecter les mesures barrières à des enfants en bas-âge...

Lors de cette allocution, le Président déclare également que le dépistage systématique de tous les Français n'aurait pas de sens, seules les personnes présentant des symptômes du Covid-19 pourront être testées à compter du 11 mai, les cas positifs seront ensuite isolés. L'on comprend alors que les personnes asymptomatiques, représentant une fraction non négligeable de la population seront libres de leurs déplacements ! Enfin, toujours à compter du 11 mai, l'État devra être en mesure de procurer un masque grand public à chaque Français. Une annonce qui laisse perplexe au regard des difficultés logistiques rencontrées depuis le début de l'épidémie.

D'autre part, si la France n'a jamais été aussi avancée dans le déploiement de l'IA et du numérique dans le secteur de la santé, la crise demeure essentiellement gérée par l'humain, traditionnellement, avec des moyens parfois rudimentaires. Toutefois, Emmanuel Macron pré-



cise que « pour accompagner cette phase (de déconfinement), plusieurs innovations font l'objet de travaux avec certains de nos partenaires européens, comme une application numérique dédiée qui, sur la base du volontariat et de l'anonymat, permettra de savoir si l'on s'est trouvé en contact avec une personne contaminée ».

Depuis mars, on ne cesse de le marteler, le confinement a un coût colossal tant sur le plan économique que social, il faut donc en sortir et vite. Mais le Président du Conseil scientifique auditionné au Sénat le **15 AVRIL** est sans ambiguïté : « si on n'a pas les pré-requis, il faut rester confinés et s'il faut retarder de quelques jours parce qu'on n'est pas prêts, il faudra retarder de quelques jours ! ». Ces

pré-requis techniques et opérationnels indispensables concernent entre autres, le nombre de tests disponibles et la mise en oeuvre d'un système de traçage des cas positifs.

Le même jour, le nombre de personnes dépistées en France est de 5,1 pour 1000 habitants, loin derrière l'Allemagne (17 sur 1000), et trois fois moins que la moyenne des pays de l'OCDE³⁴. Le Président du Conseil scientifique précise à cette occasion que dix-huit millions de personnes à risques devraient rester confinées après le 11 mai. Ces déclarations donnent le sentiment que la décision est déjà prise par les experts. Un peu plus tard, sous la pression collective, le Président de la République revient sur la décision de prolonger le confinement pour cette fraction de

la population, prenant ainsi de la distance avec son Conseil scientifique.

Le **19 AVRIL**, le Premier ministre et le ministre des Solidarités et de la Santé tentent de préciser les contours de « l'après 11 mai » en se livrant à un exercice pédagogique. Durant deux heures, la gestion de la crise est expliquée aux citoyens, on remet les pendules à l'heure, en quelque sorte. Aucune information concrète ne se dégage et l'exercice qui se veut transparent renforce le sentiment que le Gouvernement navigue à vue. L'opposition hausse le ton « quand on prend zéro risque, ça fait une conférence de presse pour rien, avec zéro annonce, zéro réponse et zéro stratégie de déconfinement » fustige le député Damien Abad.

Néanmoins, cette prise de parole apporte un éclairage sur les essais cliniques en cours et la thérapeutique. Pour l'heure, la population est loin d'être immunisée et aucun traitement n'est pour le moment reconnu mais « les espoirs sont là »... Plus de 30 études et essais pour développer un traitement ont été lancés en France sur un total de 860 dans le monde et le programme « Discovery », essai clinique de grande ampleur lancé au mois de mars vise à tester quatre traitements potentiels, dont l'hydroxychloroquine. Les tests seront effectués sur des patients hospitalisés et gravement atteints par la Covid-19. Le protocole du Pr Raoult ne fournira vraisemblablement pas les effets escomptés puisque ce dernier rappelle que le traitement doit être administré avant d'atteindre un stade critique.

Le lendemain, la porte-parole du Gouvernement, Sibeth Ndiaye, toujours en verve revient sur la doctrine de l'exécutif sur les masques, faisant état de l'absence de consensus scientifique

quant à leur utilité pour les Français. L'opinion ne décolère pas. En effet, comment adopter les justes mesures sanitaires si un consensus ne se dégage pas, au moins sur leur utilité. Le Gouvernement est une fois de plus accusé de cacher l'incurie sur la pénurie des masques derrière le débat scientifique. Mais pendant qu'il tergiverse sur la question, les élus locaux tentent de prendre en charge les commandes de masques et leur distribution.

Bien que l'Administration ait progressivement mis en place des mesures pour enrayer l'épidémie, les acteurs locaux ont dû y faire face dès le début, dans l'urgence, qui plus est avec des moyens très disparates selon les Territoires. Le fossé entre le discours péremptoire et la réalité protéiforme démontre un manque de vision des besoins diversifiés au sein de ces derniers. L'application de règles similaires à tous les Territoires n'est pas adaptée, chacun ayant ses particularités. De plus, égalité ne veut pas dire uniformité des règles. L'épidémie de Covid-19 interroge les limites du modèle actuel, technos-structures et hypercentralisation semblent accentuer les dysfonctionnements déjà bien présents. L'État ne peut pas tout et depuis longtemps.

Le **21 AVRIL**, alors que différentes expressions scientifiques se dessinent en France pour la reprise scolaire, le ministre de l'Éducation nationale présente un plan de réouverture des établissements, progressif - sans les arbitrages de Matignon - se référant à l'académie allemande des sciences. Deux jours plus tard, face à l'inquiétude persistante des Français, Emmanuel Macron précise que le retour à l'école s'effectuera sur la base du volontariat. Ou comment faire porter le poids de l'évaluation d'un risque sanitaire aux parents... Situation extrêmement

Quel a été le rôle du transport sanitaire et de quelle manière les entreprises se sont-elles adaptées pour faire face à la crise du Covid-19 ?

En première ligne lors de l'épidémie de Covid-19, les entreprises de transports sanitaires ont démontré leur valeur ajoutée dans l'organisation de notre système de santé, je tiens à les remercier pour leur adaptation et leur

réactivité face à une situation d'urgence sanitaire inédite. Je tiens également à saluer l'écoute et l'appui du Directeur Général de la CNAM, Nicolas Revel, et de ses équipes, sans lequel nombre d'entreprises auraient connues de grandes difficultés. La crise n'a en effet pas été sans conséquences économiques pour les entreprises du secteur qui ont vu leur activité se réduire de plus de 60 %.

Quels enseignements peuvent être tirés dans le secteur, notamment en termes d'organisation ?

La crise sanitaire a permis de mettre en lumière le rôle peu connu des transporteurs sanitaires qui se sont révélés être de véritables postes avancés de la santé, notamment via la pré-admission hospitalière. En effet, par la mise en oeuvre de processus de transports et de questionnaires fournis aux patients, les transporteurs ont joué un rôle de facilitateur dans leur orientation à l'hôpital (à titre d'exemple, en cas de suspicion de Covid-19 chez

THIERRY SCHIFANO

**DIRECTEUR GÉNÉRAL
DE SANTÉ MOBILITÉ
SERVICES**

**IL EST
FONDAMENTAL
QUE LE SÉCUR
DE LA SANTÉ
ENGAGÉ PAR LE
MINISTRE DES
SOLIDARITÉS ET
DE LA SANTÉ NE
SE TRANSFORME
PAS EN SÉCUR
DE L'HÔPITAL
PUBLIC !**

un patient, une procédure spécifique était mise en oeuvre). L'on constate alors que le transport de patients constitue l'un des piliers de l'organisation du système de santé, son action devra être amenée à évoluer et à être valorisée. L'ambulancier expert en santé doit être un acteur du décroisement entre la santé et la prévention, entre le handicap et le grand âge. Ainsi, il est fondamental que le Ségur de la Santé engagé par le ministre des Solidarités et de la Santé ne se transforme pas en Ségur de l'hôpital public !

Vous avez créé Santé Mobilité Services, un opérateur capable d'agir à tous les niveaux de la chaîne de transports des patients. Quel en est l'objectif et la finalité ?

Depuis longtemps, les établissements de santé et transporteurs sanitaires font face à des difficultés opérationnelles quotidiennes, plus marquées à l'interface entre le transport et l'entrée ou la sortie des établissements. Les organisations de l'un impactent celles de l'autre, et les échanges ont pu longtemps donner l'impression que les enjeux des deux parties étaient peu compatibles, voire opposés.

Nous savions par expérience que la mise en place d'une communication constructive et cadrée entre les parties participait d'une professionnalisation de l'activité transport et donnait d'excellents résultats pour l'ensemble des acteurs (lissage de l'activité, suppression des annulations de RDV, diminution de la DMS, réduction du temps roulé à vide...). Nous mettons en place des relations

gagnant-gagnant et nous constatons les bénéfices.

Des événements plus récents ont impacté les établissements comme les transporteurs : ces deux dernières années, les transporteurs et les établissements de santé ont dû adapter leurs activités à des évolutions réglementaires fréquentes et complexes, touchant le volume d'activité et le niveau de rémunération des transporteurs sanitaires, mais aussi le volume de dépenses et recettes relatives aux transports sanitaires prescrits par les établissements de santé.

En effet, l'article 80 a transféré entre 10 et 15 % des coûts de transport vers l'enveloppe budgétaire des établissements de santé. Ceci a donc augmenté les dépenses des établissements, et nécessité davantage de contrôles et de suivi à leur personnel. Par ailleurs, les nouveaux suppléments tarifaires facturables au titre des transports par les établissements à l'Assurance maladie, ainsi que leur méthode de calcul, ont été amendés plusieurs fois ces dernières années, nécessitant une réactivité importante de la part des

acteurs de la santé pour intégrer ces changements de manière fiable et efficace.

Du côté des transporteurs, ces transports donnaient lieu à une facturation à hauteur de 100 % des tarifs conventionnels, jusqu'à ce qu'ils soient transférés dans l'enveloppe hospitalière, et donc soumis au Code des marchés publics. Les conséquences sont multiples, et plus que jamais, établissements et transporteurs ont tout intérêt à travailler main dans la main.

Connaissant les difficultés et enjeux de ces deux acteurs majeurs de la santé, nous avons à cœur de proposer aux établissements de santé un panel d'offres de conseil et outils de commande et d'analyse BI, de gestion de projet et AMO leur permettant d'optimiser leur organisation interne, de co-construire une organisation pertinente avec les transporteurs, de rationaliser ce poste de dépense et entrer en maîtrise de cette fonction grandissante. Nous avons créé l'offre Optimos, dédiée aux établissements de santé et médico-sociaux pour les

accompagner, par le biais de prestations sur-mesure, dans une mise en performance de cette activité et sa maîtrise.

NOUS AVONS CRÉÉ L'OFFRE OPTIMOS, DÉDIÉE AUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAUX POUR LES ACCOMPAGNER, PAR LE BIAIS DE PRESTATIONS SUR-MESURE, DANS UNE MISE EN PERFORMANCE DE CETTE ACTIVITÉ ET SA MAÎTRISE.

Le pendant de cette offre était un ensemble d'outils et services destinés aux transporteurs sanitaires, visant à les accompagner tout au long de cette mutation du secteur, et quel que soit le domaine d'ac-

tivité concerné. Nous leur avons proposé des outils numériques permettant l'automatisation et la numérisation de nombreux process, mais aussi la mise en place d'un véritable pilotage de leur activité, en lien étroit avec les établissements de santé pour lesquels ils interviennent.

Il est souvent question des établissements de santé, mais les établissements médico-sociaux sont aussi concernés par les transports. Sont-ils intégrés dans cette démarche ?

En effet, les établissements médico-sociaux sont largement concernés par les transports sanitaires ou les transports d'usagers. Nous savons les difficultés qui étaient les leurs dans l'organisation des transports, dans la maîtrise de leurs coûts, et dans le pilotage quotidien de l'activité.

Nous avons construit une offre sous forme de briques, permettant de s'adapter aux différentes structures selon leur taille, leur activité, leur localisation et leurs besoins spécifiques... Nous

accompagnons ces établissements dans la réalisation de leurs appels d'offres, du sourcing à la mise en place des contrats, nous garantissons également la mise en place et le suivi d'un process de facturation fiable et agile et assurons également tout le suivi qualité de l'activité transport.

Les établissements peuvent se recentrer sur leur cœur de métier tout en augmentant la qualité de service rendu à une population fragile et en réduisant les dépenses. De leur côté, les transporteurs peuvent mieux s'organiser et augmenter le taux de remplissage de leurs véhicules.

À nouveau, nous avons pu instaurer des relations gagnant-gagnant durables.. ■

anxiogène lorsque ces derniers sont parfois pris entre la nécessité de retourner travailler et l'inquiétude de voir leurs enfants retourner à l'école. Les contours de la reprise restent flous, la communication du Gouvernement est toujours aussi imprécise qu'au premier jour de la crise.

Pour ne rien arranger, le Conseil scientifique dans un avis publié le **25 AVRIL** préconise un retour à l'école en septembre arguant que les mesures barrières sont particulièrement complexes à mettre en oeuvre chez les jeunes enfants. Cet avis exacerbe l'inquiétude des citoyens qui s'interrogent. Pourquoi remettre les enfants à l'école lorsque les consignes sanitaires sont difficiles à respecter, et peu de temps avant la fin de l'année scolaire ? Certes, la question de la réouverture des écoles est délicate, sujette à émotion voire à angoisse, s'agissant d'un enjeu

de santé publique tout autant que sociétal. Sur ce sujet, n'en déplaise à certains, le Président de la République tranche enfin seul, prenant ainsi de la distance avec les recommandations de son Conseil scientifique.

Par ailleurs, si son allocution du 13 avril laissait entrevoir le bout du tunnel, la prise de parole du Premier ministre le **28 AVRIL**, fait l'effet d'une douche froide. Et pour cause, le déconfinement sera conditionné à une maîtrise de la propagation du virus : moins de 3000 nouveaux cas par jour et des services de réanimation en capacité de faire face. Il s'effectuera par phases au moins jusqu'au 24 juillet, conformément aux préconisations du Président du Conseil scientifique afin de ne pas passer du « noir au blanc » immédiatement. Le déconfinement ne sera pas le même pour tous. Des disparités importantes existent

entre les départements, tous ne sont pas impactés par le virus de la même façon. C'est ainsi que la République française indivisible se retrouve divisée, comme bien souvent : les départements verts d'un côté, les rouges de l'autre. La stratégie de déconfinement repose par conséquent en grande partie sur les collectivités territoriales. Néanmoins, cette sortie de crise progressive laisse planer de grandes incertitudes sur la capacité d'accompagnement des collectivités et des entreprises dans la mise en oeuvre des directives gouvernementales.

De crainte qu'une seconde vague ne vienne frapper de plein fouet un tissu hospitalier désormais bien fragilisé, le Gouvernement choisit d'adopter un plan stratégique fondé sur le triptyque « protéger, isoler, traiter » conformément aux recommandations du Conseil scientifique. À cet égard, il mise, pour casser les chaînes de contaminations, sur d'une part la détection des nouveaux cas via les tests (il sera possible selon le Premier ministre de tester chaque semaine 700 000 personnes) et d'autre part sur la création de brigades ayant vocation à retracer les individus ayant été en contact avec des personnes contaminées. Les modalités restent floues, mais une chose est certaine : il faudra des moyens humains conséquents.

Le Premier ministre annonce compter - il n'est jamais trop tard - sur la mobilisation des médecins généralistes et infirmiers libéraux, qui auront pour mission de déclarer les malades atteints du Covid-19 et ensuite d'identifier les « cas contacts ». Pour ce travail, les professionnels de santé seront entre autres assistés de « brigades » constituées de personnels des CPAM, Conseils départementaux, ou autres organismes tels que la Croix-Rou-

ge. Cette mesure alerte le Président national de la CSMF, Jean-Paul Ortiz, qui redoute une banalisation de l'accès aux renseignements confidentiels : « c'est préoccupant, il serait plus logique de prioriser des solutions avec des personnels habitués au secret médical, issus du monde de la santé ». D'autre part, « le Premier ministre annonce la mise en place de 700 000 tests par semaine à compter du 11 mai. Est-ce vraiment réalisable ? ». Sur le sujet des tests, le Président du Syndicat des Biologistes, François Blanchecotte, quant à lui, considère que l'objectif est ambitieux car la France devra être en capacité de multiplier le nombre de tests par trois, puisque la semaine précédente 250 000 tests étaient réalisés par semaine. En outre, dans les départements verts la mise en place de ces tests sera relativement aisée, mais dans les départements rouges la mise en place sera « redoutable ».

Cette stratégie évoquée par le Gouvernement au Sénat sur fond de défiance à l'égard de l'exécutif, ne convainc pas les sénateurs qui rejettent le **4 MAI** le plan de déconfinement adopté par l'Assemblée nationale. Toujours est-il qu'après huit semaines de confinement sans équivalent historique, le Premier ministre confirme le **7 MAI** sa levée progressive pour le 11, sur l'ensemble du territoire métropolitain. La réussite du déconfinement suppose alors que tous les moyens soient simultanément mobilisés. Le défi est de taille puisque depuis le début de la crise la pénurie de matériels aura été le fil rouge de la crise sanitaire.

L'opinion reste très critique à l'égard de l'exécutif quant à sa capacité à fournir des masques en nombre suffisant et des tests en temps voulu tout comme sur la réouverture des établissemen-

ts scolaires et le recours au numérique. Une enquête récente du Cévipof et d'Ipsos Sopra Steria indique que l'opinion juge plus sévèrement l'exécutif qu'ailleurs en Europe³⁵.

Si depuis le début de la crise, la question de la mobilisation d'outils numériques de traçage afin de réduire la propagation de l'épidémie fait débat, la sortie de l'application « stop Covid » le 2 juin suscite d'emblée de vives discussions sur l'utilisation des données. Le débat sur cette application vient révéler des divergences philosophiques quant à la conception que chacun se fait de l'arbitrage nécessaire entre liberté individuelle et sécurité sanitaire. Certains voient à travers cette application les prémices d'une société sous surveillance généralisée, d'autres y voient une formidable occasion de « booster » l'essor du numérique.

Pour conclure, face à une situation inattendue et sans précédent, les dirigeants des différents pays ont dû prendre des décisions dans l'urgence et faire preuve d'une réactivité inédite. Et pour la première fois, l'Humain a été privilégié à l'Économie. Le 11 mai, alors que l'attention reste focalisée sur la gestion de crise, la France sort progressivement du confinement (qui a touché

la moitié de la population mondiale). « L'Après » reste flou, avec toutefois la certitude que « nous allons devoir apprendre à vivre avec le virus ». Avec la certitude que la crise économique « ne fait que commencer » et qu'elle sera « brutale ».

**LE DÉCONFINEMENT
NE SERA PAS LE
MÊME POUR TOUS.
DES DISPARITÉS
IMPORTANTES
EXISTENT ENTRE
LES DÉPARTEMENTS,
TOUS NE SONT PAS
IMPACTÉS PAR LE
VIRUS DE LA MÊME
FAÇON. C'EST AINSI
QUE LA RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE
INDIVISIBLE SE
RETROUVE DIVISÉE,
COMME BIEN SOUVENT :
LES DÉPARTEMENTS
VERTS D'UN CÔTÉ, LES
ROUGES DE L'AUTRE.**

Les discours rassurants des débuts laissent place à un goût amer au sein de la population. Si le 12 mars dernier, Emmanuel Macron affirmait qu'un « principe nous guide pour définir nos actions (...) c'est la confiance dans la science, c'est d'écouter celles et ceux qui savent ». L'opinion déplore le manque de consensus scientifique. En effet, depuis le début de la crise le corps médical et scientifique ne s'entend pas - a fortiori de grands professeurs de médecine -, les contradictions sont nombreuses, incompréhensibles. Une crise de confiance apparaît, crise de confiance qui laisse parfois place à des interprétations conspirationnistes ubuesques. Applaudi chaque soir pour remercier un dévouement exceptionnel, le personnel médical a gagné son rang de héros national alors que les maréchaux de l'armée médicale, les profes-

seurs de médecine - pour certains - se sont livrés à un spectacle qui laisse dubitatif, alimentant indirectement la césure entre les élites et le peuple.

La collaboration entre Science et Politique - devenue incontournable dans la construction de l'Action publique en temps de crise sanitaire - n'est pas nouvelle. Toutefois, la crise engendrée par le Covid-19 agit comme un révélateur des difficultés à nouer une relation sereine entre l'expertise scientifique et la décision publique. Les experts sont conviés non plus seulement à produire des connaissances scientifiques au service du décideur, au bénéfice de la population mais aussi à formuler des avis et propositions pour orienter ses décisions pouvant réduire l'autonomie, voire la liberté décisionnelle du Politique. La question de la crise sanitaire et de sa gestion interroge frontalement la place et le rôle de l'expertise scientifique dans la décision publique. Car si depuis le début de la crise Olivier Véran répète inlassablement que les décisions sont « éclairées par les avis scientifiques » mais restent « politiques », au fil des jours le Conseil scientifique qui a endossé le rôle de conseiller du Prince dans la gestion de crise semble faire office malgré lui de paravent.

Enfin, « la crise est le moment où l'ancien ordre du monde s'estompe et où le nouveau doit s'imposer en dépit de toutes les résistances et de toutes les contradictions³⁶ ». C'est un moment de remise en question, de transformation. Nombreux sont ceux qui présentent la pandémie de Covid-19 comme un possible tournant vers « un monde meilleur ». Les prévisions se multiplient, et l'expression « le monde d'après » fait florès. Pourtant, « si l'on observe les grandes pandémies du passé, on est étonné de voir à quel point elles n'ont, finalement, que très rarement bouleversé en profondeur les sociétés³⁷ ». Et, l'Histoire montre qu'une fois les épreuves passées, elles sont vite oubliées. Les sociétés fruits de l'Histoire des Hommes ne se transforment pas du jour

au lendemain. Il est alors fort probable que le monde d'après ressemble à celui d'avant... Une image fidèle, comme disent les Commissaires aux comptes !

11 MAI 2020... Paris s'éveille ! Bien après 5 heures ! La Tour Eiffel a toujours froid aux pieds. Les banlieusards ne sont pas dans les gares et à la Villette on ne tranche pas le lard. Le commissaire Maigret, essoufflé de monter cet escalier qui n'en finit pas, salue en maugréant Lucas. Lui, le fidèle sait pourquoi le patron est de mauvaise humeur. La brasserie Dauphine ne rouvrira pas de si tôt... ■



SOURCES

1. Bartolomé Benassar, Le Monde, « Coronavirus : comment le regard de l'homme a évolué face aux grandes épidémies », 18/04/2020.
2. André Malraux - Les Conquérants, Grasset, Paris, 1928.
3. L'Illiade .
4. Florence Bretelle-Establet et Frédéric Keck - Les épidémies entre « Occident » et « Orient », Extrême-Orient Extrême-Occident, 2014.
5. André Comte-Sponville - face à la crise du coronavirus, gare au pan-médicalisme, Challenges, 28/03/2020.
6. Institut Pasteur.
7. Le Point - Chine : un nouveau virus identifié, un premier cas importé en Thaïlande - 13/01/2020.
8. Jean Delumeau, La peur en Occident, Fayard, 1978.
9. Albert Camus - La Peste, Gallimard, 1947.
10. Paul Reynaud, Allocution à la radio, 10 septembre 1939.
11. Euronews - Coronavirus : comment la France se prépare-t-elle après la hausse du nombre de cas en Italie ? 25/02/2020.
12. Questions au Gouvernement - Séance du 3 mars.
13. Émile de Girardin, La politique universelle (1852).
14. Les Echos - ce qu'il faut retenir de la journée du 11 mars - 11/03/2020.
15. Hervé Chapron et Michel Monier - Vers une Protection sociale hélicoptère ? *Site internet du CRAPS.
16. Hervé Chapron et Michel Monier - Brûle ce que tu as adoré - Crapslog - 06-2020.
17. Hervé Chapron et Michel Monier - Vers une Protection sociale hélicoptère ? *Site internet du CRAPS.
18. Dominique de Rambures, Le Monde, « Pour échapper à la peste de 1665, « 250 000 personnes - soit la moitié de la population - quittent Londres précipitamment », 08/05/2020.
19. Jean Delumeau - La peur en Occident, Fayard, 1978.
20. Fred Vargas - Pars vite et reviens tard, éditions Viviane Hamy, 2001.
21. Daniel Defoe - Journal de l'année de la Peste, Gallimard, 1722.
22. Les Echos - L'Europe à l'heure Shakespearienne : être sociale ou ne pas être - Hervé Chapron - 24/04/2019.
23. La provence - Coronavirus : 50 000 tests classiques et 30 000 tests rapides par jour d'ici fin avril - 28/03/2020.
24. Les Echos - L'Allemagne mobilisée pour passer à 200 000 tests par jour fin avril - 30/03/2020.
25. Samuel Ferdinand-Lop, les nouvelles pensées et maximes (1970).
26. Légifrance - décret n°2020-315 du 25 mars 2020.
27. Légifrance - décret n° 2020-337 du 26 mars 2020.
28. Ouest France - 80 000 téléconsultations enregistrées la semaine dernière, deux fois plus qu'au mois de février - 25/03/2020.
29. Site Améli.
30. Public Sénat - la difficile coordination entre l'hôpital public et le privé - 01/04/2020.
31. Le Parisien - le bilan des décès dans les Ehpad reste très partiel - 02/04/2020.
32. Sibeth Ndiaye, porte-parole du Gouvernement.
33. La Repubblica (quotidien italien) - 12/04/2020.
34. Le Monde - Dépistage du Coronavirus : les raisons du fiasco français sur les tests - 24/04/2020.
35. Sciences Po - L'exécutif français plus durement jugé que ses homologues - 04/05/2020.
36. Antonio Gramsci, Carnets de Prison, Gallimard, 1996.
37. Joe Chandelier, Le Monde, « En période d'épidémie, « les obsessions et les inquiétudes d'une société ressortent plus facilement », 30/03/2020.



UN SYSTÈME DE SANTÉ REVISITÉ PAR LA COVID-19

PAR PIERRE SIMON

ANCIEN PRÉSIDENT-FONDATEUR DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TÉLÉMÉDECINE
DIRECTEUR DE TÉLÉMÉDATION CONSEIL

CHAPÔ

C'EST LA PREMIÈRE FOIS DEPUIS UN SIÈCLE QU'UNE PANDÉMIE VIRALE ENTRAÎNE LE CONFINEMENT DES DEUX TIERS DE L'HUMANITÉ, MET À MAL LES SYSTÈMES DE SANTÉ DE TOUS LES PAYS ET CRÉE UNE CRISE ÉCONOMIQUE ET SOCIALE PROBABLEMENT PLUS GRAVE QUE CELLES DE 1920 ET 2008. ELLE A DE PLUS LA PARTICULARITÉ DE SURVENIR EN PLEIN DÉBAT SUR LA TRANSITION ÉCOLOGIQUE POUR LIMITER LE RÉCHAUFFEMENT CLIMATIQUE À 1,5-2 DEGRÉS CELSIUS.

N

ous limiterons notre analyse à la transformation de notre système de santé post-Covid-19, tout en sachant que cette transformation ne peut ignorer la profonde récession économique à venir et ses conséquences

sociales.

POURQUOI LA COVID-19 A EU UN TEL IMPACT SANITAIRE AU NIVEAU PLANÉTAIRE ?

Nous découvrons que l'allongement de l'espérance de vie à la naissance, dont les pays développés sont fiers, avec son corollaire qui est l'explosion du nombre des maladies chroniques liées au vieillissement (voir graphique p.50), rend les personnes de plus en plus âgées extrêmement fragiles aux agressions extérieu-

res, qu'elles soient infectieuses ou climatiques. La mortalité chez les personnes âgées de plus de 75 ans a toujours été la plus élevée lors des épisodes de canicule (1976, 1983, 2003, 2019) ou lors de certaines épidémies de la grippe saisonnière (1970, 2007, 2015, 2017). La particularité de la Covid-19 est qu'elle a entraîné un arrêt de l'économie mondiale pendant plusieurs semaines, alors que la mortalité ne sera probablement pas supérieure aux précédentes

catastrophes sanitaires. Mais sans les mesures de confinement, et en l'absence de vaccin et de traitement pour les formes les plus graves, la mortalité aurait pu être très supérieure selon les épidémiologistes. Si 5 % d'une population contaminée entraîne 30 000 morts, quel aurait été le chiffre si la moitié de la population avait été contaminée ? De plus, avec 5 % de personnes contaminées, la plupart des systèmes de santé ont été submergés à cause des complications respiratoires de

la maladie qui nécessitent d'énormes moyens de réanimation. Que serait-il advenu des systèmes de santé si l'objectif d'atteindre une immunité collective (60 % de personnes contaminées) avait été choisi par les gouvernements ? Certains pays l'avaient envisagé et ont vite fait machine arrière quand ils ont mesuré le nombre de décès qu'il fallait accepter pour atteindre cet objectif. Le confinement a permis à la plupart des systèmes de santé, dont le nôtre, de faire face à cette vague pandémique, bien qu'il ait fallu prendre rapidement des mesures pour doubler le nombre de lits de réanimation ou augmenter en urgence le nombre de lits des hôpitaux afin de pouvoir accueillir tous les patients ayant une forme sévère de la Covid-19. On estime en France que 100 000 lits ont été occupés par les malades du coronavirus, soit un peu moins du tiers de la capacité hospitalière (390 000 lits, soit 6,5 lits/1000 hab.). Cela a été rendu possible par la mise en place du plan Blanc (suspension des hospitalisations programmées).

Certains estiment que cette crise sanitaire a été mal gérée par les pouvoirs publics. Il s'agit d'avis rétrospectifs, toujours plus faciles à donner. Il faudra

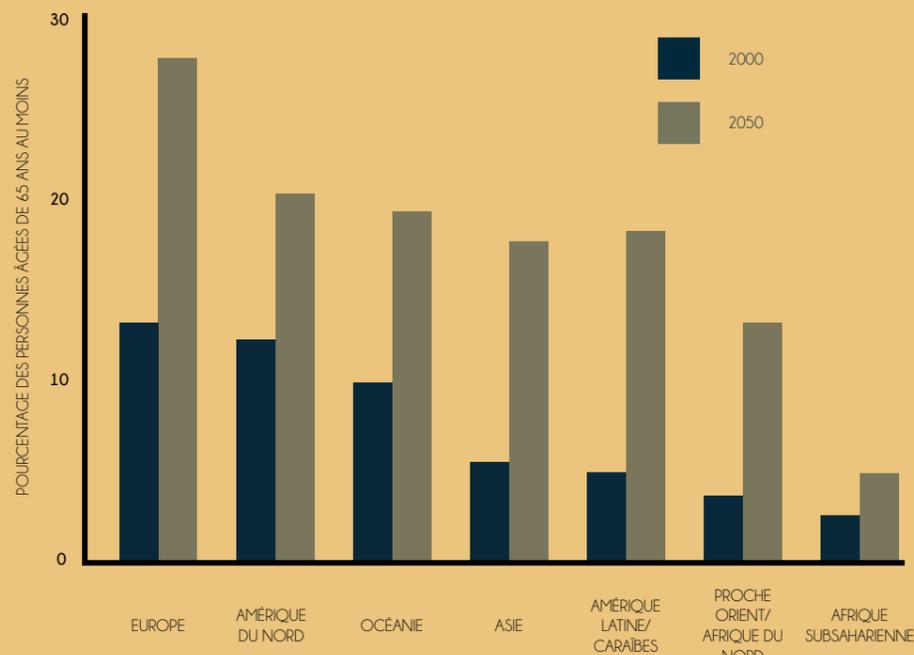
certainement analyser la gestion de cette crise lorsqu'elle sera terminée et en tirer certains enseignements. Pour autant, nous ne pensons pas

qu'un tel reproche puisse être fait aux dirigeants politiques qui ont eu la sagesse d'appuyer leurs décisions sur les avis quasi-permanents d'un Conseil scientifique. Cet agent infectieux était jusqu'alors méconnu et il a fallu s'adapter en permanence à ses spécificités et aux résultats des recherches en cours. Il faut d'ailleurs souligner les avis divergents des médecins universitaires, notamment sur les traitements préventifs des formes graves de la Covid-19 ou curatifs des formes légères par l'hydroxychloroquine associé à l'azithromycine¹.

Il faut par contre saluer la performance logistique de la communauté hospitalière qui a permis de transférer plus de 600 malades graves en assistance respiratoire vers des zones moins touchées par l'épidémie. La réussite de cette stratégie force l'admiration. Quant à la question des masques ou des tests, tous les pays dans le monde ont vécu la pénurie parce que la Chine qui assurait 80 % de la fabrication des masques et des réactifs néces-

LA PARTICULARITÉ DE LA COVID-19 EST QU'ELLE A ENTRAÎNÉ UN ARRÊT DE L'ÉCONOMIE MONDIALE PENDANT PLUSIEURS SEMAINES, ALORS QUE LA MORTALITÉ NE SERA PROBABLEMENT PAS SUPÉRIEURE AUX PRÉCÉDENTES CATASTROPHES SANITAIRES.

ÉVOLUTION DU POURCENTAGE DE LA POPULATION ÂGÉE DE 65 ANS ET PLUS ENTRE 2000 ET 2050.



Source : ONU.

saires à la réalisation des tests était elle-même frappée par l'épidémie et en arrêt économique. Dans un tel contexte, et surtout devant l'incertitude sur l'évolution de l'épidémie, le confinement s'avérait être la seule solution possible pour juguler l'épidémie et éviter le débordement des systèmes de santé, avec le corollaire d'un quasi-arrêt de l'activité économique dans la plupart des pays touchés. En 2020, presque tous les gouvernements de la planète ont donné la priorité à l'urgence sanitaire. Ils ont pris sciemment le risque d'une grave crise économique et sociale. Cela n'avait pas été le cas lors des précédentes crises sanitaires.

Le port généralisé du masque dans la population dès l'arrivée de l'épidémie en France, au début mars, aurait-il permis de maintenir une activité économique normale, comme ce fut le cas dans certains pays asiatiques (Corée du Sud, Hong Kong, Singapour, Taiwan) ? Certains le pensent aujourd'hui à la lumière de l'évolution de l'épidémie dans ces derniers pays. Aujourd'hui, le port du masque grand public, associé aux gestes barrières, est préconisé pour prévenir une possible deuxième vague de l'épidémie. En effet, nous savons que la disparition totale du virus n'a été observée pour l'instant dans aucun pays (graphique p.53). La stratégie du port du masque dans l'espace public, les lieux confinés et dans les transports, qui accompagne le déconfinement, reste toutefois à évaluer. Une étude contrôlée et randomisée à grande échelle est actuellement conduite au Danemark. Elle devrait permettre de mieux préciser l'intérêt du masque grand public pour les futures pandémies. Bien évidemment, l'intérêt du port d'un masque chirurgical ou FFP2 chez les professionnels de santé n'a jamais été remis en cause.

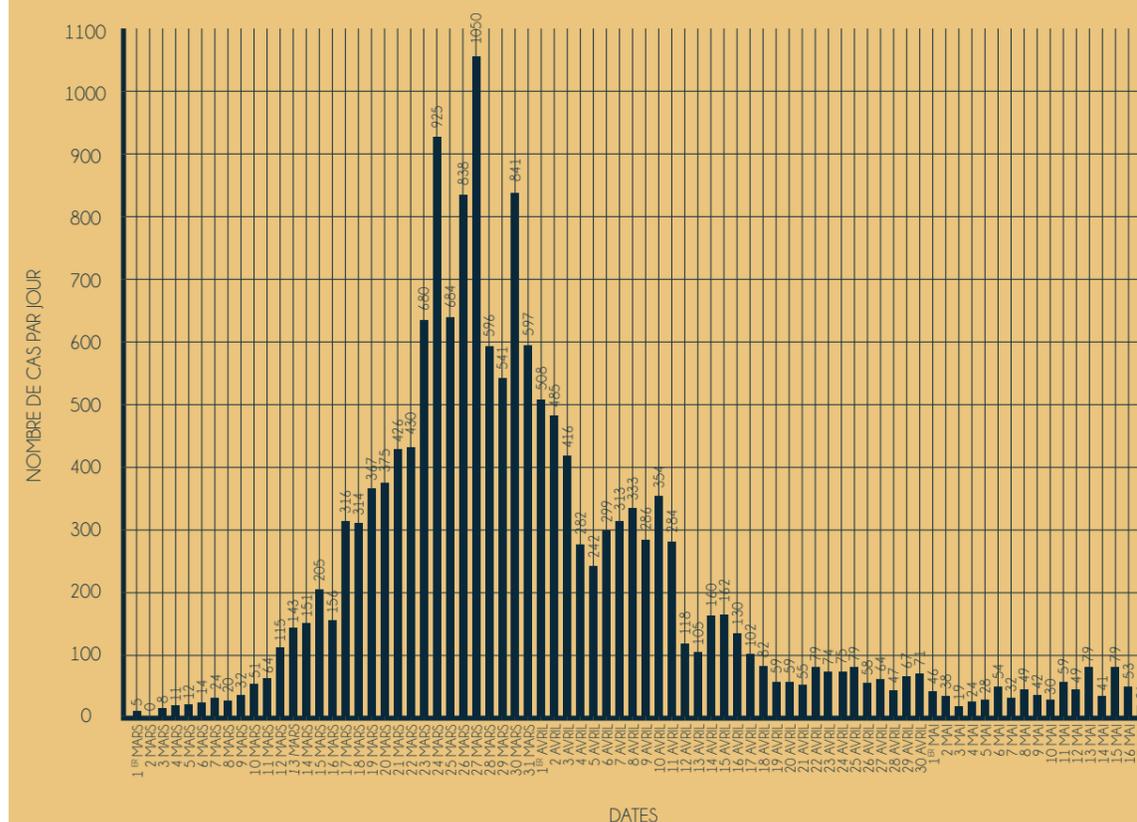
DOIT-ON RÉORGANISER NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ POUR QU'IL PUISSE FAIRE FACE À DE NOUVELLES CRISES SANITAIRES QUI SERAIENT DE PLUS GRANDE AMPLIEUR ?

Il est difficile de répondre par la négative à une telle question pour au moins deux raisons : notre système de santé était déjà en difficulté avant la Covid-19 et les professionnels de santé estiment que la pandémie a confirmé les limites du système actuel.

1. Un système de santé déjà en difficulté avant la Covid-19.

Depuis 2002, date de la mise en œuvre généralisée de la semaine de 35 heures, l'hôpital public n'a fait que dysfonctionner, en grande partie due à ce que la diminution du temps de travail s'est faite à effectif égal. Le dispositif de réduction du temps de travail (RTT) pour les salariés dont la durée de travail est supérieure à 35 heures et le compte épargne temps (CET) qu'elle a généré traduisent parfaitement ce manque de moyens des établissements de santé avec des millions d'heures de travail supplémentaires jamais payées et qui servent en fait soit à prendre des congés, soit à avancer de quelques mois le moment du départ en retraite. RTT et CET n'ont jamais amélioré le travail quotidien des soignants. Ce dispositif l'a au contraire aggravé, car depuis le début des années 2000 la charge de travail à l'hôpital public n'a fait que progresser avec le vieillissement des patients qui le fréquentent, tous atteints de plusieurs maladies chroniques. Le tsunami des maladies chroniques liées au vieillissement des populations est annoncé depuis le début des années 2000, comme le montre le graphique (p.50). Il n'a fait qu'aggraver en 20 ans le fonctionnement des services d'urgences

QUINZE JOURS APRÈS LE DÉBUT DU DÉCONFINEMENT EN AUTRICHE, LE VIRUS CONTINUE D'ÊTRE PRÉSENT SANS POUR L'INSTANT DE DEUXIÈME VAGUE ÉPIDÉMIQUE.



avec une progression des passages de 5 % par an depuis plus de 10 ans, soit 21,4 millions de passages en 2019 alors qu'il n'y en avait que 10 millions en 2009. Illustrant la tension de ces services, 50 % des quelque 730 000 résidents d'Ehpad, qui ont un âge moyen de 85 ans et qui cumulent en moyenne 6 à 8 maladies chroniques, dont la moitié avec des troubles cognitifs, sont hospitali-

sés chaque année avec des durées moyennes de séjour en hospitalisation complète qui vont de 15 à 20 jours². Ce tsunami des maladies chroniques lié au vieillissement des populations ne fera que progresser jusqu'en 2050. Il désorganise en permanence l'hôpital public, contraint de suivre une politique de réduction du nombre de lits d'hospitalisation complète (fermeture de 69 000 lits en

15 ans) et de développer des soins ambulatoires avec la médecine de ville, stratégie nommée « virage ambulatoire de l'hôpital ».

Face à cette situation de l'hôpital public, la médecine de ville est elle-même en grande difficulté, d'une part parce que la nouvelle génération de médecins de soins primaires a réduit son temps de travail de 30 à 40 % par rapport à la génération précédente³ et que la féminisation de la profession conduit au développement du salariat, notamment dans les centres de santé qui offrent des contrats de travail conformes à la semaine de 35 heures. La démographie médicale continue de progresser, mais de façon insuffisante pour répondre à la demande de soins, il faudra attendre une dizaine d'années avant d'évaluer l'impact favorable de l'abolition du numérus clausus à l'entrée des études médicales, instituée dans la loi Ma santé 2022 du 26 juillet 2019⁴ et prenant effet à la rentrée universitaire 2020. L'impact sur le système de santé n'apparaîtra qu'à partir de 2030. Il est devenu très difficile aux citoyens, lorsque leur médecin traitant part en retraite, de retrouver un nouveau médecin. Les départs en retraites créent des déserts médicaux dans les zones rurales, les jeunes médecins préférant s'installer proche des grandes villes. La campagne voit sa densité médicale bais-

ser alors qu'elle augmente autour des grandes villes⁵. Afin d'augmenter la disponibilité médicale, en particulier dans les lieux d'exercice regroupé (maisons de santé, centres de santé, etc.), la dernière loi sanitaire a créé 4000 postes d'assistants médicaux et a demandé aux professionnels de santé de trouver des solutions d'accès aux soins au sein même d'un territoire de santé (300 à 400 000 hab.). Les professionnels de santé libéraux sont invités à s'organiser en Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les hôpitaux publics en groupements hospitaliers de territoire (GHT).

2. La pandémie de Covid-19 a montré que la communauté hospitalière était capable de s'adapter à une situation exceptionnelle.

Malgré cette ambiance de crise chronique de l'hôpital public depuis plusieurs années, force est de constater que l'ensemble de la communauté hospitalière a su faire face, d'une part en augmentant les lits d'hospitalisation dédiés aux patients touchés sévèrement par le coronavirus, grâce notamment à l'arrêt de l'activité des soins programmés (plan Blanc), d'autre part en doublant le nombre de lits de réanimation dotés d'un respirateur, avec l'aide des établissements privés. Applaudis chaque soir par la population, les soignants af-



firmant dans les interviews ne s'être jamais sentis aussi bien dans l'exercice de leur métier, qu'ils y retrouvaient « du sens ». Tous les citoyens garderont en souvenir ces images filmées des services de réanimation où les soignants font une haie d'honneur et applaudissent les patients sortant vivants d'une période de 15-20 jours de ventilation artificielle sous coma thérapeutique. Comme ces témoignages de médecins et infirmiers qui avaient reçu les confidences des patients au moment où ils allaient être endormis pour être mis sous respirateur et qui se demandaient s'ils allaient revoir leur famille à qui ils n'avaient pu dire adieu avant de plonger dans le coma thérapeutique. Près de 40 % ne se réveilleront pas. On ne peut que comprendre les émotions des soignants qui ont trouvé dans ces moments difficiles un sens profond de leur métier.

Il serait néanmoins injuste de ne pas considérer l'ensemble de la communauté hospitalière, car à côté des soignants et des médecins, les administratifs et les non soignants ont eux-aussi contribué au sauvetage des patients les plus

graves en offrant une logistique exemplaire et efficace. Il est vrai que cette période n'était plus pilotée par des règles administratives ou sanitaires tatillonnes. L'initiative collective avait la priorité dans la mesure où elle servait l'intérêt de patients qui étaient entre la vie et la mort, et « quoi qu'il en coûtât », comme par exemple mobiliser un

TGV pour transporter des patients endormis sous respirateur vers des services de réanimation qui disposaient de lits disponibles. Les cas graves n'étaient pas seulement pris en charge sur le plan régional, mais aussi au plan national. L'esprit de solidarité de la communauté hospitalière tout entière était de mutualiser les ressources soignantes et non soignantes disponibles sur l'ensemble du territoire français pour qu'il n'y ait aucune perte de chance pour les malades. Cette communion inédite au sein de la communauté hospitalière conduit certains à y voir maintenant une nouvelle façon de gouverner l'hôpital, qu'il faudrait poursuivre.

3. Les professionnels de santé libéraux et hospitaliers ont utilisé massivement la télémédecine pour assurer la continuité des soins de ville.

Il n'y a pas eu que les cas graves de réanimation qui ont marqué cette période de la Covid-19. Lorsque le confinement a été rendu obligatoire,

les cabinets médicaux des médecins de soins primaires et ceux des médecins spécialistes libéraux se sont vidés en quelques jours. Les consultations externes hospitalières ont été désertées. Pour maintenir l'accès aux soins, des conditions juridiques dérogatoires ont été rapidement mis en place par les pouvoirs publics⁶. Ainsi, la téléconsultation dont le nombre chaque semaine ne dépassait pas 1000 au début mars 2020 est

**LA
TÉLÉCONSULTATION
DONT LE NOMBRE
CHAQUE SEMAINE
NE DÉPASSAIT PAS
1000 AU DÉBUT
MARS 2020 EST
PASSÉE APRÈS LE 15
MARS À 500 000 LA
PREMIÈRE SEMAINE
DU CONFINEMENT ET
À 1 MILLION ET PLUS
À PARTIR DU DÉBUT
AVRIL.**

passée après le 15 mars à 500 000 la première semaine du confinement et à 1 million et plus à partir du début avril. Plus de 60 % des médecins de soins primaires et près de 30 % des médecins spécialistes ont utilisé la téléconsultation pour suivre leurs patients. L'Assurance maladie s'est félicitée que 84 % des téléconsultations réalisées l'ont été par les médecins traitants des patients, confortant ainsi le choix des pouvoirs publics d'une téléconsultation entrant dans le parcours de soin coordonné par le médecin traitant. Outre la téléconsultation, l'accès à la téléexpertise a été élargi et le télésoin a été autorisé pour le pharmacien, l'infirmier, l'orthophoniste, l'ergothérapeute, le masseur-kinésithérapeute, l'orthoptiste, le pédicure-podologue etc.^{7,8,9}

Les conditions dérogatoires de la téléconsultation permettaient aux professionnels médicaux (médecins, sages-femmes) d'utiliser toute solution numérique leur permettant d'entrer en contact avec leurs patients pendant la période

de confinement. Une centaine de solutions numériques dédiées à la téléconsultation et garantissant la sécurité des échanges de données personnelles étaient recensées par le ministère de la Santé et l'Agence du numérique en santé (ANS)^{10,11}. Lorsque les professionnels médicaux ne pouvaient s'équiper de ces solutions, ils étaient autorisés à utiliser exceptionnellement le téléphone ou les solutions GAFAs (WhatsApp, Skype, Face Time, etc.). De même les conditions dérogatoires pour l'exercice du télésoin permettaient de ne pas interrompre les soins qui étaient déjà engagés par différents professionnels de santé paramédicaux avant la mise en place du confinement. Les mêmes solutions numériques que celles utilisées pour la téléconsultation étaient recommandées pour le télésoin¹².

Il est certain que l'explosion des usages de télémedecine et de télésoin pendant la période de la Covid-19 laissera des traces chez les professionnels de santé qui auront découvert une nouvelle forme de pratique à distance de leur métier, pouvant compléter les pratiques

présentielles. Cependant des actions de formation doivent être engagées pour que ces nouvelles pratiques soient de qualité et respectent les recommandations faites par la Haute autorité de santé (HAS) avant la crise sanitaire pour la télémedecine et pendant la crise pour le télésoin.

QUELLES LEÇONS TIRER DE LA CRISE DE

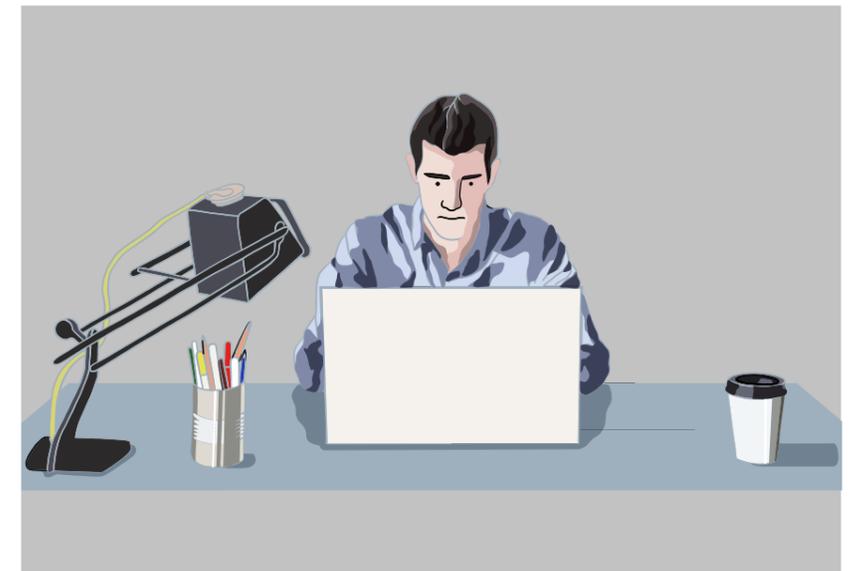
LA COVID-19 POUR NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ ?

1. Les revendications antérieures à la crise s'appuient désormais sur l'analyse de la gestion de la Covid-19.

Il est évident que la communauté hospitalière doit avoir de meilleurs salaires et que ces derniers rejoignent la moyenne européenne. Il faudra probablement supprimer la règle des 35 heures ou alors augmenter de 20 à 30 % le personnel hospitalier pour que les conditions de travail soient immédiatement améliorées. C'est une revendication antérieure à la période Covid-19. Mais la revalorisation des salaires et/ou l'augmentation du personnel soignant ne constituent pas en soi une réforme du système de santé.

Il y a plusieurs façons d'aborder la transformation de notre système de santé pour qu'il s'adapte à la société du XXI^e siècle. Il y a la démarche conduite par de nombreux think tanks qui, en fonction de leur appartenance idéologique, proposent, soit le retour à un hospitalocentrisme avec le renforcement des moyens humains, des salaires et du nombre de lits à l'hôpital public, soit une refondation complète du système qui prenne en compte les nécessaires interactions avec les autres composantes d'un territoire de

santé. La crise semble avoir créé une unanimité pour rejeter le modèle « hôpital entreprise » instauré par la loi HPST de 2009. Tous les acteurs de santé veulent aujourd'hui une gouvernance renouvelée dans un esprit de démocratie participative. Ce que l'épidémie au coronavirus aura démontré c'est l'intérêt d'avoir des marges de manœuvre pour faire face aux grandes crises sanitaires. Certains ont en exemple l'Allemagne qui a abordé la crise avec deux fois plus de lits



de réanimation que la France et de façon générale plus de lits d'hospitalisation complète (8 lits pour 1000 habitants, contre 6,5 lits/1000 hab. en France). Rapporter les meilleurs résultats de l'Allemagne au meilleur équipement de ses hôpitaux est toutefois peu convaincant, puisque près de 80 départements français ont observé les

mêmes résultats qu'en Allemagne sur la maîtrise de la circulation du Covid-19 par le confinement. Seuls 21 départements du Grand Est, de l'Île-de-France, de la Bourgogne-Franche-Comté ont vécu une épidémie hors norme. De même, les pays du nord de l'Europe avec 2 à 3 lits hospitaliers/1000 hab. ont des résultats comparables à ceux de l'Allemagne et du Grand Ouest de la France. Il y a donc encore beaucoup à apprendre de ce virus. Ce qui est certain, c'est que la France n'avait pas une autonomie suffisante pour produire des moyens de protection (masques, tests). Elle dépendait trop de la Chine, comme la plupart des pays touchés par la pandémie.

2. La transformation numérique du système de santé est en route depuis 20 ans et la crise de la Covid-19 va l'accélérer.

Les différents plans depuis 2000

Le Plan Numérique Santé (PNS) lancé un an avant la crise, en avril 2019, était le 4^e plan de transformation numérique depuis le début des années 2000.

Un premier plan « e-santé 2000 » fut lancé fin 1999 par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) à travers une circulaire adressée aux directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (ARH). Ce plan, doté d'une enveloppe de 20 millions d'euros, encourageait les hôpitaux à développer leur système d'information et des solutions de télémédecine entre eux dans le but de créer une nouvelle dynamique au sein d'un territoire de santé. La dotation financière devait permettre aux établissements de santé d'investir dans les moyens numériques de l'e-santé, concept qui venait juste de naître au Congrès international de télémé-

decine qui se tenait à Londres en octobre 1999. Ce plan fut un échec. Les raisons furent analysées dans un rapport ministériel publié en novembre 2008¹³. Ce rapport soulignait, entre autres, l'absence de financement dédié aux pratiques de télémédecine et la totale méconnaissance des professionnels de santé du terrain sur les objectifs de ce plan. Le financement avait uniquement servi aux industriels qui avaient vendu aux établissements de santé divers outils numériques, dont les valises de télémédecine qui ne furent jamais utilisées et que les rapporteurs retrouvèrent dans les placards.

Le deuxième plan intitulé « la télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être » fut confié au député Lasbordes, informaticien, à la demande du Premier ministre de l'époque. Les propositions furent remises à la ministre de la Santé en octobre 2009¹⁴. Le rapport préconisait un plan quinquennal éco-responsable pour le développement de la télésanté en France. Les deux rapports de 2008 et 2009 étaient finalement très proches et complémentaires dans leurs recommandations. Le Gouvernement lança un plan quinquennal de développement de la télémédecine (2012-2017) au Conseil des ministres du 9 juin 2011. Cinq priorités sanitaires furent retenues : 1) le développement d'une permanence régionale ou territoriale en téléradiologie, 2) la mise en place du télé-AVC dans les services d'urgences pour l'usage de la thrombolyse dans les 4 heures qui suivent le début de l'AVC, 3) le développement de la téléconsultation dans les prisons pour améliorer l'accès aux soins des prisonniers (psychiatrie, dermatologie), 4) le développement de la télésurveillance médicale au domicile des patients atteints de maladies chroniques (insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire, diabète, insuffisance rénale) et 5) le

développement des téléconsultations dans les établissements médico-sociaux, dont les EHPAD. Le déploiement de ce plan en ambulatoire fut considérablement freiné par l'Assurance maladie qui refusa, en 2009, le financement dans le droit commun de la Sécurité sociale des pratiques professionnelles de télémédecine. Il faudra attendre les expérimentations de 2014, dotées d'un fond de 45 millions d'euros/an (DGOS) dont seulement 35 % seront utilisés par les ARS, et la promesse présidentielle de 2017 de financer les pratiques de télémédecine dans le droit commun. Ce fut effectif à partir du 15 septembre 2018 pour la téléconsultation, et du 10 février 2019 pour la téléexpertise.

Le Programme d'Investissements d'Avenir (PIA), doté de plusieurs dizaines de millions d'euros, fut lancé à la même époque par le ministère de l'Industrie et du Numérique. Il devait aider à la transformation Numérique de certains parcours de soins grâce à la mise en place de nouveaux outils. Deux séquences (PIA1 et PIA2) se succédèrent pour une soixantaine de projets. L'évaluation de l'impact du PIA sur la transformation du système de santé n'est pas connue. **Le programme expérimental Territoire de Soins Numériques (TSN)**, inscrit dans la feuille de route du Premier ministre en poste en 2013, fut lancé en 2014 dans 5 régions françaises (Aquitaine, Bourgogne, Île-de-France, Océan Indien, Rhône-Alpes). Doté d'une enveloppe de 80 millions d'euros, ce programme prit fin en mars 2017. L'évaluation fut réalisée dans le cadre du PREPS (programme de recherche sur la performance du système de soins) par l'équipe EVA TSN du CHU de Bordeaux et de l'Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement (ISPED) positionné également à Bordeaux. L'évaluation reposait sur le déploiement des usages,

l'impact sur les parcours et les prises en charge des patients, l'impact sur l'organisation du travail des professionnels et l'impact économique. Les résultats de l'évaluation effectuée en 2018 furent mitigés. En fait, l'impact de TSN ne fut apparent et significatif qu'à partir de 2019 dans les 5 régions expérimentales.

Un troisième plan fut lancé en 2016, intitulé « Stratégie nationale e-santé 2020, le numérique au service de la modernisation et de l'efficacité du système de santé¹⁵. Ce plan comportait 4 axes : 1) mettre le citoyen au cœur de l'e-santé, 2) soutenir l'innovation par les professionnels de santé, 3) simplifier le cadre d'action pour les acteurs économiques, 4) modéliser les outils de régulation de notre système de santé. La plupart de ces objectifs ont été repris dans le PNS de 2019. C'est dans le cadre de ce 3^e plan que l'étude expérimentale de financement de la télésurveillance médicale à domicile (programme ETAPES 2018-2021) fut lancée¹⁶. En novembre 2019, 31 000 patients étaient inclus dans ce programme avec une surreprésentation des patients porteurs de dispositifs implantés pour troubles du rythme cardiaque (28 000), les 3000 autres patients étant atteints d'insuffisance cardiaque (500), de diabète (1500), d'insuffisance rénale dialysée ou transplantée (500) et d'insuffisance respiratoire (500). L'évaluation sera réalisée par la HAS et présentée au Parlement en septembre 2021 lors de la discussion de la LFSS 2022.

Le quatrième plan « PNS » est lancé depuis avril 2019 et s'inspire beaucoup des objectifs définis dans le troisième plan de 2016. Il se différencie cependant par la dynamique mise en oeuvre et la volonté d'aller plus vite dans la transformation numérique du système de santé. Les responsables de la délégation du numérique

en santé (DNS) veulent simplifier l'écosystème du numérique. Ils le trouvent trop complexe, avec de nombreuses administrations publiques qui ont en charge « une partie » de la transformation du système de santé. Ils veulent donc mieux coordonner les différents acteurs au sein d'une gouvernance renouvelée. Voulant en priorité aider les industriels à avoir une vision et une feuille de route claires, les responsables de la DNS font aussi le constat que les professionnels de santé n'ont pas reçu jusqu'à présent d'outils suffisamment ergonomiques pour

gagner du temps médical et ils voient là l'explication de leur aversion du numérique. Il faut un chef d'orchestre pour coordonner les différents acteurs. C'est la mission confiée à la DNS par la ministre des Solidarités et de la Santé en avril 2019. Cette DNS s'appuie sur un bras armé, l'Agence du Numérique en Santé ou ANS (ex-ASIPsanté), présidée par un médecin, depuis le 1^{er} janvier 2020. Le citoyen est associé à toutes les décisions que prend le nouveau

Conseil du numérique en santé (CNS), créé dans le 3^e plan et qui se réunit tous les 6 mois. Des ateliers citoyens sont mis en place autour de l'éthique des données de santé, de l'Espace Numérique en Santé (ENS), du handicap, etc. Une logique de l'État plateforme comme mode de gouvernance avec une juste répartition entre les acteurs du public et du privé est priorisée par la DNS. D'où une feuille de route claire, (graphique p.61), avec des piliers fondamentaux que sont l'éthique, la sécurité et l'interopérabilité.

IL SERAIT INCOMPRÉHENSIBLE QUE CE 4^E PLAN DE TRANSFORMATION NUMÉRIQUE DU SYSTÈME DE SANTÉ SOIT ARRÊTÉ PAR LA CRISE SANITAIRE. IL DOIT AU CONTRAIRE ÊTRE ACCÉLÉRÉ.

Il serait incompréhensible que ce 4^e plan de transformation numérique du système de santé soit arrêté par la crise sanitaire. Il doit au contraire être accéléré. Toutefois, il est frappant de constater que peu de professionnels de santé le connaissent. Il faut espérer qu'il sera pris en compte et expliqué dans les prochaines négociations du Ségur santé.

Ce que devrait devenir notre système de santé d'ici 2030

L'organisation de la santé et des soins sera territoriale. La France aura terminé sa transformation numérique. Il n'y aura plus de zones blanches. La 4G, qui permet l'accès à internet, sera accessible partout sur le territoire, la 5G sera déployée dans les grandes agglomérations. La fibre optique sera aussi largement déployée. Cette transformation numérique permettra à tous les citoyens d'avoir accès à leur dossier médical personnel (DMP) et de

bénéficier de conseils de santé et de soins à distance. La demande populationnelle immédiate en matière de santé aura été prise en compte et la réponse organisée. Une plateforme territoriale d'appels orientera l'appelant, soit vers un cabinet médical de soins primaires, soit vers un service d'urgences, ou tout simplement le rassurera, voire prescrira une ordonnance adressée à la pharmacie la plus proche de son domicile par e-prescription. Ces plateformes d'appels auront été mises en place par les CPTS avec la

REPRÉSENTATION GRAPHIQUE DU 4^E PLAN PNS LANCÉ EN AVRIL 2019.



PLATEFORMES NUMÉRIQUES

- ✓ **HEALTH DATA HUB** (exploitation des données)
- ✚ **BOUQUET SERVICES** (des services pour les professionnels)
- ⚙️ **ESPACE NUMÉRIQUE SANTÉ (DES SERVICES POUR LES CITOYENS)**

SERVICES SOCLES



RÉFÉRENTIELS SOCLES



Plateformes numériques | Outils | Gisement des données | Documents de référence

Source : Ministère des Solidarités et de la Santé

collaboration des hôpitaux de proximité et des GHT. Un premier niveau de sélection des motifs d'appel pourra être assuré par un robot (chatbot) qui redirigera ensuite l'appel vers le professionnel de santé de la plateforme en fonction de la demande. Ces plateformes seront distinctes du 15 qui restera le centre d'appel unique pour l'urgence vitale avec le déploiement des moyens mobiles du SAMU. La réponse aux appels immédiats de la population sera professionnalisée. Des infirmier(e)s en pratique avancée (IPA) formé(e)s au conseil en santé seront chargé(e)s de répondre aux appels et orienteront, si nécessaire, l'appelant vers les structures de soins du territoire, soit vers le médecin traitant ou un autre médecin disponible, soit vers un autre professionnel de santé paramédical, soit vers l'accueil de l'hôpital le plus proche. Le parcours de santé et de soin coordonné sera territorial. Que ce soit dans les structures d'exercice regroupé de soins primaires ou dans les services d'accueil de l'hôpital ou de clinique, le patient sera reçu par un(e) IPA formé(e) aux soins primaires qui réalisera la première démarche diagnostique avant que le patient soit vu par le médecin.

La prise en charge des patients atteints de maladies chroniques stabilisées se fera au domicile et leur parcours de soins sera coordonné par le médecin traitant qui délèguera le suivi régulier

à des IPA et qui fera intervenir, si nécessaire, d'autres professionnels de santé médicaux et paramédicaux impliqués dans la prise en charge de la maladie chronique. La prise en charge pluriprofessionnelle sera la règle et son financement sera forfaitisé. Le télésoin et la télé-médecine (télésurveillance médicale, téléconsultation, téléexpertise) seront des moyens largement utilisés et les professionnels de santé se rappelleront la période de la Covid-19 au cours de laquelle ils les auront découverts et utilisés de manière quasi exclusive. Le patient atteint de maladies chroniques sera pleinement acteur de sa (ses) maladie(s) et assurera sa propre surveillance avec l'aide du numérique (e-patient). Il sera aidé et accompagné par des patients experts. Il deviendra naturel aux professionnels de santé médicaux et paramédicaux d'avoir une partie de leur activité professionnelle dans des prestations à distance. Passés dans les usages de la médecine du XXI^e siècle qui aura ainsi

terminé sa transformation numérique en 2030, les services de l'e-santé et les pratiques de télésanté seront banalisés et pourront peut-être se passer des préfixes « e » et « télé ». La coordination sera facilitée par la numérisation de tous les dossiers médicaux et l'usage d'un espace de messagerie sécurisée en santé (MSSanté) entre les professionnels impliqués dans le parcours. Les dispositifs médicaux de télésurveillance au

PASSÉS DANS LES USAGES DE LA MÉDECINE DU XXI^E SIÈCLE QUI AURA AINSI TERMINÉ SA TRANSFORMATION NUMÉRIQUE EN 2030, LES SERVICES DE L'E-SANTÉ ET LES PRATIQUES DE TÉLÉSANTÉ SERONT BANALISÉS ET POURRONT PEUT-ÊTRE SE PASSER DES PRÉFIXES « E » ET « TÉLÉ ».



domicile fonctionneront avec des algorithmes de l'IA qui faciliteront la coordination des soins entre les professionnels de santé et les patients, ainsi que la démarche diagnostique et thérapeutique vis-à-vis, par exemple, d'un début de complication qui sera immédiatement contrôlé. L'hospitalisation ne sera indiquée que pour des examens spécifiques de haute technicité, des actes chirurgicaux complexes et des complications médicales graves.

Les officines seront toujours des îlots de santé de proximité et les pharmaciens seront des acteurs majeurs du parcours de santé et de soin coordonné par le médecin traitant. Ils organiseront régulièrement les téléconsultations demandées par le médecin traitant. Ils auront le rôle d'expert sur le bon usage du médicament. Ils pratiqueront le télésoin pour suivre les patients qu'ils auront pris en charge pour les vaccinations, l'éduca-

tion thérapeutique, l'observance des traitements pharmacologiques relevant de prescription médicale ou non, etc. Ils seront dépositaires des IoT (objets connectés) à finalité médicale et assureront l'accompagnement de leurs usages à domicile. Cette transformation des missions des pharmaciens d'officine aura permis d'arrêter l'hémorragie

des fermetures. L'exercice regroupé de la médecine de soins primaires sera majoritaire, accélérée par la disparition du numérus clausus. Plus de 50 % des médecins généralistes et des médecins spécialistes seront en exercice regroupé. MSP, Centres de santé, Pôle de santé et autres regroupements, notamment ceux favorisés par les collectivités territoriales, seront des établissements de premier recours pour les soins primaires, travaillant en étroite collaboration avec les hôpitaux de proximité. Les professionnels de santé médicaux et paramédicaux de ces structures regroupées seront plus souvent salariés que libéraux. Les soins rémunérés à l'acte seront limités et la plupart des parcours de soins coordonnés seront forfaitisés.

Les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, auront mis en place de nouvelles prestations adaptées à la demande populationnelle

du territoire et au parcours territorial de santé et de soin des patients. Tous les établissements seront pilotés par les algorithmes de l'intelligence artificielle (IA), tant sur le plan administratif que sur le plan des soins délivrés. Les robots continueront d'apparaître et il y aura un débat éthique sur leur utilisation.

La chirurgie ambulatoire représentera au moins 80 % des actes opératoires dont la majorité sera réalisée par des robots pilotés par des chirurgiens ayant acquis une formation en ingénierie. Les rendez-vous de consultations externes seront organisés par des chatbots. Tous les bilans d'imagerie et de biologie seront d'abord traités par des systèmes algorithmiques qui distingueront les résultats normaux des résultats anormaux. Les professionnels de santé médicaux et paramédicaux ne travailleront que sur les résultats anormaux sélectionnés par l'IA. Les GHT et les établissements privés

maîtriseront les filières de soins « gradués » au sein du territoire. Ils seront ouverts sur la ville et géreront les flux des patients entrants dans l'établissement. Grâce à une collaboration avec la plateforme territoriale d'appel et les CPTS, la

fréquentation des services d'urgences sera maîtrisée. Les plateformes de téléexpertise mises en place par les GHT permettront aux médecins spécialistes hospitaliers ou de cliniques de traiter directement avec les médecins de soins primaires, soit pour préparer ou justifier une hospitalisation, soit pour

apporter un conseil au détour d'une hospitalisation à la demande du médecin traitant. Ces actes de téléexpertise entre médecins ou de téléconsultation en présence du patient, sont déjà rémunérés et constituent des recettes pour les établissements. Lorsqu'une hospitalisation aura été décidée, l'admission sera directe dans le service concerné. Ces nouvelles organisations demanderont des moyens humains supplémentaires, tant pour les professionnels de santé médicaux que non médicaux. La suppression du numéris clausus médical et paramédical y contribuera. La même plateforme sera

utilisée pour faire des actes de téléconsultation vers les EHPAD (gériatres, spécialistes) par vidéotransmission. Les résidents des quelque 5000 EHPAD publics seront suivis par des gériatres hospitaliers du GHT. Le GHT maîtrisera

**LES TRANSFORMATIONS
SERONT PROFONDES,
MAIS ADAPTÉES À
L'ÉVOLUTION DE LA
SOCIÉTÉ FRANÇAISE
ET À L'ALLONGEMENT
DE L'ESPÉRANCE DE
VIE. ELLES SERONT
TOUJOURS ÉCLAIRÉES
PAR LE SERVICE RENDU
AUX PATIENTS. IL NE
FAUT PAS LES CRAINDRE
MAIS LES ABORDER
AVEC CONFIANCE ET
SÉRÉNITÉ.**

ainsi le flux des personnes âgées de son territoire par des actes programmés, adaptés à l'état de santé des résidents.

Enfin, les connaissances médicales ne cesseront pas de progresser pour le plus grand bénéfice des patients, grâce au traitement par l'IA des données personnelles de santé anonymisées. En 2030, le Health Data Hub aura commencé à produire des résultats qui auront, à n'en pas douter, un impact sur la performance de la médecine.

En conclusion, on voit dès aujourd'hui comment sera l'organisation de notre système de santé à 10 ans. Tous les outils juridiques sont en place, en particulier ceux apportés par la loi "Ma santé en 2022". La période de la Covid-19 avec son cadre dérogatoire aura permis aux nouvelles pratiques de télésanté d'être découvertes par un grand nombre de professionnels médicaux et paramédicaux. Les transformations seront profondes, mais adaptées à l'évolution de la société française et à l'allongement de l'espérance de vie. Elles seront toujours éclairées par le service rendu aux patients. Il ne faut pas les craindre mais les aborder avec confiance et sérénité. Enfin, elles permettront de faire face à de nouvelles crises sanitaires, qu'elles soient climatiques, infectieuses ou sociales. ■

SOURCES

1. www.doctissimo.fr
2. www.drees.solidarites-sante.gouv.fr
3. www.drees.solidarites-sante.gouv.fr
4. www.legifrance.gouv.fr
5. www.conseil-national.medecin.fr
6. <http://www.telemedaction.org>
7. <http://www.infomie.net>
8. <https://www.legifrance.gouv.fr>
9. www.legifrance.gouv.fr
10. www.solidarites-sante.gouv.fr
11. www.telemedaction.org
12. www.telemedaction.org
13. www.solidarites-sante.gouv.fr
14. www.vie-publique.fr
15. www.solidarites-sante.gouv.fr
16. <http://www.telemedaction.org>



RÉSILIENCE, SOLIDARITÉS, ANTI-CIPATION DE "L'APRÈS" : L'ASSURANCE DE PERSONNES FACE AU COVID-19

**PAR NATHALIE FRANÇOIS
ROMAIN SCOTÉ
& ANTOINE CAULLET**

YCE PARTNERS

CHAPÔ

LE CHOC DE LA PANDÉMIE DE COVID-19 A FAVORISÉ UNE MOBILISATION EXCEPTIONNELLE DU SECTEUR DE L'ASSURANCE DE PERSONNES (ADP) : NOUVELLES SOLIDARITÉS, ORGANISATIONS AGILES ET RÉSILIENTES, RÉFLEXIONS STRATÉGIQUES SUR L'AVENIR DU MARCHÉ ET LE RÔLE SOCIÉTAL DES ACTEURS DE L'ADP SONT DE PREMIÈRES CONSÉQUENCES, AU-DELÀ DES CONSÉQUENCES FINANCIÈRES. EN CELA, LA PANDÉMIE A ÉTÉ UNE « CRISE » DU SECTEUR DE L'ASSURANCE DE PERSONNES AU SENS ÉTYMOLOGIQUE DU TERME.

P

our nous aussi, consultants en organisation et stratégie opérationnelle experts de la Protection sociale, cette crise qui n'est pas terminée nous a permis de prendre des mesures exceptionnelles pour appuyer nos clients. Une des premières décisions que nous avons prises est

d'éclairer, synthétiser les clés de lecture de la crise à travers une veille quotidienne, et préparer notre analyse d'impacts grâce aux retours clients et à notre expertise du secteur ADP. Le présent dossier résume ce travail de compilation et d'analyses.

FAIRE FACE. LA RÉACTION DU SECTEUR : SOLIDARITÉ ET ORGANISATION DE CRISE.

Les réactions et initiatives du secteur : une solidarité entre soutien aux secteurs les plus touchés et pressions politiques.

En comparaison avec les banques et bancassureurs, qui ont été jusqu'à présent épargnés par l'opinion publique, le marché de l'assurance et en particulier les assureurs généralistes ont à l'inverse défrayé la chronique au sujet de leurs dispositifs d'indemnisations et de soutien aux secteurs sinistrés. Pourtant, le débat sur l'indemnisation des pertes d'exploitation a fait de l'ombre aux nombreuses initiatives solidaires des différents acteurs du marché ADP :

- Une **solidarité d'abord financière**, à travers l'apport de fonds aux dispositifs d'aide nationaux et sectoriels, et également technique via l'ajustement exceptionnel des paramètres de base d'un contrat d'assurance : cotisations, garanties couvertes, plafonds de garantie, délai de carence, etc. ;

- Mais également une **solidarité du quotidien**, à travers la mise en place de dispositifs d'aide et d'entre-aide de proximité.

I. Un **accélérateur d'initiatives d'accompagnement des adhérents, des personnes à risques et professions mobilisées**.

Un fort mouvement de solidarité du secteur ADP est en effet rapidement apparu au cours de cette crise sanitaire dans le but d'aider financièrement et humainement les adhérents à traverser cette période : extension de garantie, fonds de solidarité, plateformes... nous avons recensé les principales initiatives lancées depuis mars pour identifier les thématiques ou domaines de soutien qui ont été proposés (voir graphique ci-joint).

Sans conteste, la mise en ligne de plateformes digitales dédiées à la crise sanitaire a été l'initiative la plus développée pour essayer d'accompagner les clients du secteur. Deux types de plateformes ont été proposés :

- Des **agrégateurs de services en ligne**, déjà existants ou nouveaux, centralisés à un endroit et répondant aux éventuels besoins d'information, d'occupation suscités par le confinement, l'isolement, la santé ;

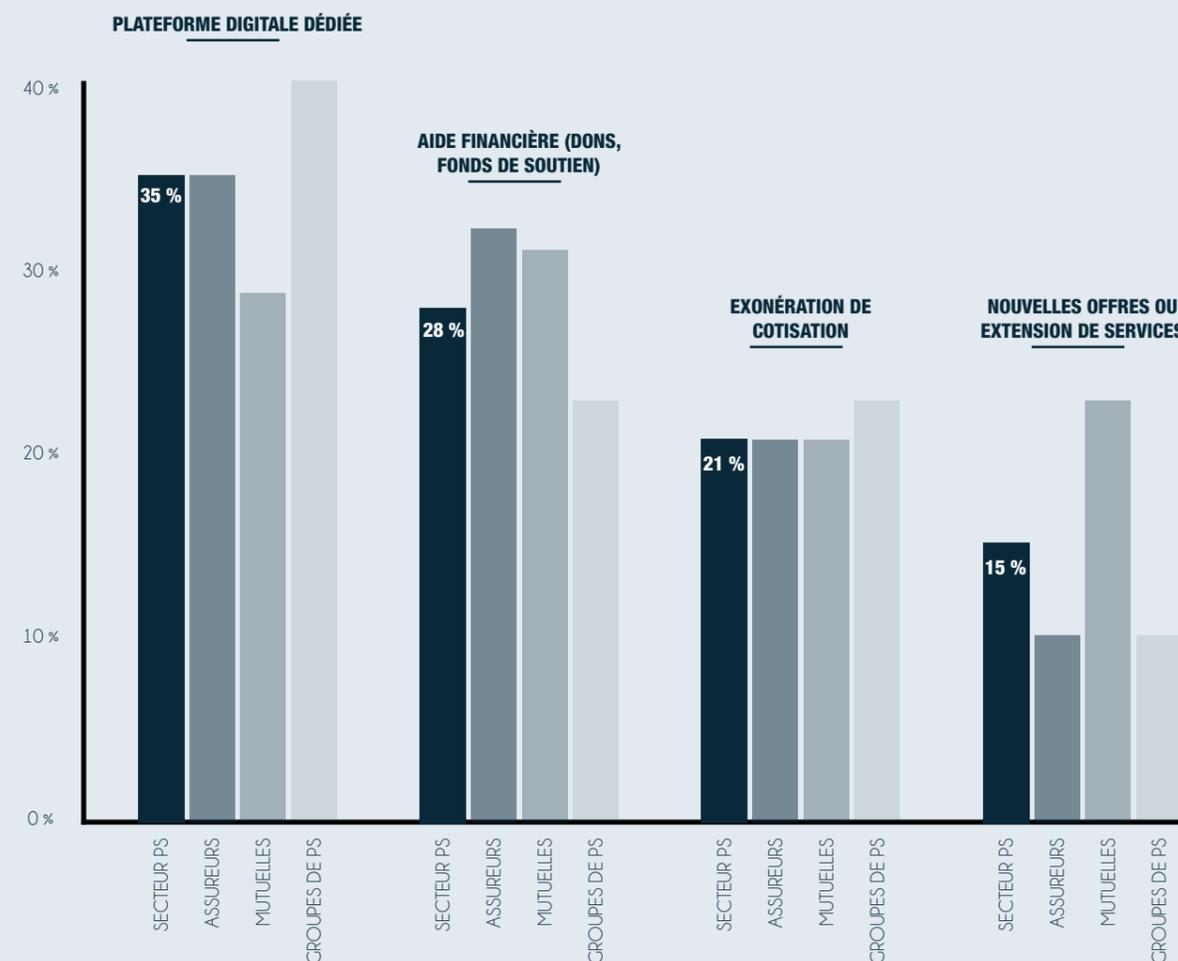
- Des **sites de mises en relation entre adhérents** permettant de véhiculer la solidarité entre individus en proposant de demander une aide particulière.

Se pose la question de la pérennité de ces différentes plateformes mises en œuvre qui, pour la majorité, dans le temps, et hors contexte de crise du Covid-19, peuvent garder une certaine utilité.

Les aides financières ponctuelles ont également été largement mises en place par le monde de la Protection sociale et en particulier des fonds de soutien en faveur de fondations partenaires directement touchées par la crise sanitaire (Fondations d'hôpitaux ou associations caritatives par exemple) permettant à ces derniers de récolter des dizaines de millions d'euros. Dans le prolongement des aides financières ; le secteur s'est également fortement organisé autour du sujet du paiement des cotisations auprès des employeurs ou indépendants qui ont pour la plupart dû faire face à une baisse nette et soudaine de leur activité, et ce en proposant de manière assez généralisée des reports, et pour certains acteurs des exonérations à leurs clients.

Enfin, plusieurs acteurs ont été capables d'étendre leur offre de service en proposant des spécificités ciblées au besoin du moment (soutien psychologique, assistance sociale, garantie prévoyance dédiée...) ou en étendant leur couverture (ex : couvertures décès renforcées). Ces dernières initiatives sont minoritaires compte tenu de la complexité à les mettre en œuvre pour les gros acteurs mais, à l'instar des plateformes dites de solidarité, cette dynamique de nou-

PARTAGE DES DIFFÉRENTES THÉMATIQUES DE SOUTIEN DU SECTEUR PRIVÉ DE LA PROTECTION SOCIALE*



* Étude menée auprès de 15 assureurs, 13 mutuelles et 10 groupes de Protection sociale et analyse de près de 70 initiatives.

veaux services plus protecteurs, plus individualisés au métier ou à la communauté, n'a-t-elle pas vocation à se poursuivre ?

II. Une flexibilité technique pour répondre aux mesures exceptionnelles de soutien à l'économie.

Outre le mouvement de solidarité engagé, deux mesures spécifiques prises par le Gouvernement en soutien à l'économie ont impliqué un besoin accru d'adaptation technique pour le secteur :

- Les arrêts de travail dérogatoires ;
- L'ampleur prise par le chômage partiel.

Les arrêts de travail dérogatoires concernaient deux catégories de personnes : les personnes qui devaient garder leurs enfants sans possibilité de travailler et les personnes considérées comme vulnérables.

Pour ces dernières, le secteur ADP annonçait dès le 23 mars que : « par solidarité avec les personnes fragiles, placées en arrêt de travail selon la procédure dérogatoire, les assureurs prendront en charge, au titre des contrats, les IJ (...) dans les mêmes conditions qu'un arrêt de travail pour maladie prescrit par un médecin » (dans la limite de 21 jours)¹.

Les arrêts pour garde d'enfants n'ont, quant à eux, pas bénéficiés d'un accord de place et leur gestion a été rendue d'autant plus compliquée que rien ne permet a priori dans les systèmes d'information (DSN) et les processus de liquidation de les distinguer d'un arrêt de travail classique (pour maladie).

Le dispositif d'activité partielle, vers lequel les salariés du privé en arrêt de travail dérogatoire

L'AMPLEUR DU CHÔMAGE PARTIEL

Selon les chiffres publiés par la DARES le 26 mai 2020, entre le 1^{er} mars et le 25 mai, les demandes prévisionnelles d'activité partielle concernent : **12,9 millions de salariés pour 1 040 000 entreprises.**

Ces demandes prévisionnelles ne préjugent toutefois pas des mises en chômage partiel effectives (et donc du coût final du dispositif), qui ne sont connues que lors du dépôt de la demande d'indemnisation par les entreprises.

Au 25 mai, les demandes d'indemnisation déjà déposées concernent environ **la moitié des salariés ayant fait l'objet d'une demande prévisionnelle** :

- **53 %** en mars, et **46 %** en avril.

La DARES estime toutefois que **8,6 millions de salariés** auraient effectivement été placés en chômage partiel au mois d'avril (soit 72 %).

ont basculé depuis le 1^{er} mai 2020, a également posé de complexes questions de maintien des garanties et d'assiette de cotisations santé et prévoyance.

Après des tentatives infructueuses de conclusions d'ANI, un projet de loi « portant diverses dispositions urgentes pour faire face aux conséquences de l'épidémie de Covid-19 »² autorise le Gouvernement à prendre, par ordonnances, les mesures nécessaires pour assurer : « le maintien de garanties de Protection sociale complémentaire applicables le cas échéant dans l'entreprise, notwithstanding toute clause contraire des accords collectifs ou des décisions unilatérales et des contrats collectifs d'assurance pris pour leur application ».

Le Gouvernement ayant annoncé le 25 mai le maintien du dispositif sur juin³ (avec une réduction de l'indemnité prise en charge par l'État et l'Unédic, sauf pour certains secteurs spécifiques), ce sujet, et son impact, notamment sur

les cotisations perçues (vu la diminution de l'assiette de rémunération), risquent de continuer à alimenter les discussions du secteur.

Une organisation de crise à la hauteur des impacts sur le métier.

Dans l'ensemble, le secteur de l'assurance de personnes a bien résisté à la crise. Est-ce surprenant ? D'un côté, le secteur de l'assurance a été mis à l'épreuve (essentiellement sur le sujet polémique de la prise en charge des pertes d'exploitation), mais d'un autre côté, l'application des réglementations nationales et européennes (Solvabilité II par exemple, mais aussi Bâle II pour les établissements financiers) fréquemment contrôlées par le Gendarme de la place (ACPR) a préparé les structures au pire : Plan de Continuité d'Activité, marges de solvabilité, maîtrise des risques...

Le secteur était préparé à une crise majeure car une catastrophe d'ampleur mondiale fait partie des scénarios à simuler.

Le secteur de l'ADP a donc su s'adapter et rester en pleine activité en évitant le chômage partiel, et des initiatives intéressantes sont apparues, tels que des « congés de solidarité ». Les courtiers ont toutefois négo-

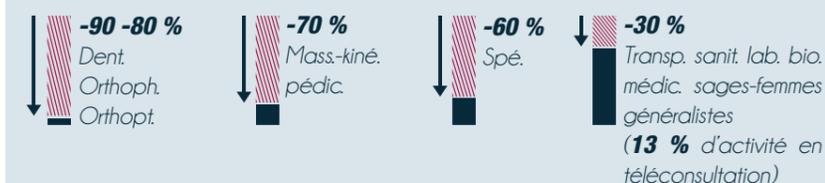
cié un accord de branche à durée déterminée (jusqu'au 1^{er} juillet) pour être autorisés à imposer les congés payés (maximum six jours ouvrables) en cas de difficultés économiques.

Cependant, pour plusieurs acteurs, le déconfinement est presque plus compliqué à gérer que le confinement. Le télétravail reste le mode de fonctionnement privilégié par le secteur : la FFA prévoit un redémarrage très lent de l'activité sur site avec un retour de 10 à 20 % des salariés d'ici fin juin⁴. Les premiers salariés concernés par le déconfinement étant les commerciaux itinérants, et le réseau commercial au fur et à mesure des réouvertures d'agences qui est encore très variable.

En tous les cas, cette période devrait amener de nombreux acteurs à « penser une nouvelle

LES REMBOURSEMENTS DE SOINS NON-HOSPITALIERS : L'ESSENTIEL DES CHIFFRES

DES REMBOURSEMENTS DE SOINS DE VILLE EN BAISSÉ :



MAIS UNE EXPLOSION DES IJ SPÉCIFIQUES COVID :



L'un dans l'autre, l'Assurance maladie relève une **BAISSE DE 11,6 % DES REMBOURSEMENTS** entre le 18 mars et le 28 avril par rapport à 2019⁵

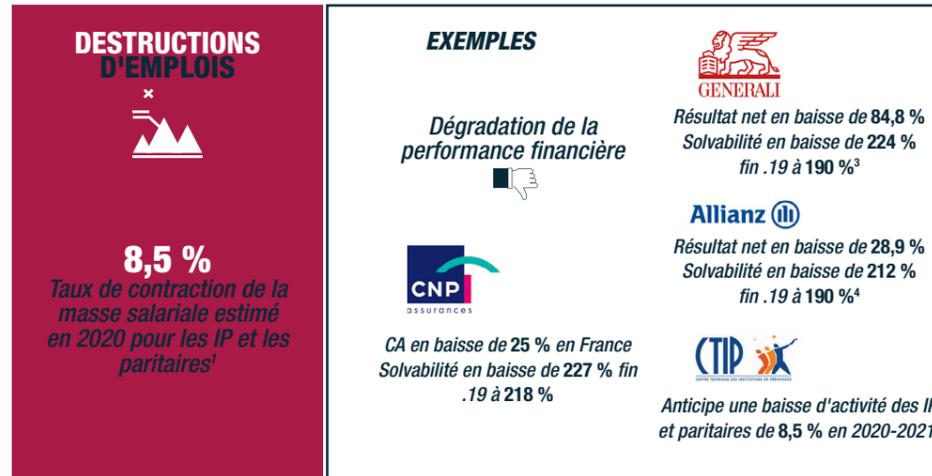
¹ « Les Remboursements de soins du régime général à la fin avril 2020 ». L'Assurance Maladie. 18 mai 2020.

LES IMPACTS FINANCIERS DE LA CRISE SUR L'ADP : L'ESSENTIEL DES CHIFFRES

DES FACTEURS DE FRAGILISATION MULTIPLES, PARMIS LESQUELS :



DES CONSÉQUENCES SUR LA PERFORMANCE OPÉRATIONNELLE ET FINANCIÈRE :



1. DJAMEL SOUAMI, PRÉSIDENT DU CTIP: "L'ACTIVITÉ PARITAIRE DEVRAIT SE CONTRACTER EN 2020 - 2021" L'ARGUS DE L'ASSURANCE 26.05.2020

2. "LES ASSURANCES SANTÉ SECOURUES PAR LA CRISE" LE FIGARO, 19.06.2020

3. "ASSURANCES : LE CORONAVIRUS PLOMBE LE BÉNÉFICE DE GÉNÉRALI" LE FIGARO 21.05.2020

4. "ALLIANZ : LES RÉSULTATS DU PREMIER TRIMESTRE PLOMBÉS PAR LE COVID-19" L'ARGUS DE L'ASSURANCE 18.05.20

5. RÉSULTAT T1 2020 : CNP ASSURANCES PÂTIT DE LA CRISE DU COVID-19. L'ARGUS DE L'ASSURANCE. 15.05.2020

organisation du travail, en tirant les leçons de cette crise », avec notamment la mise en place de « baromètres d'opinion auprès des collaborateurs ». La partie II de ce dossier est d'ailleurs consacrée à l'étude des possibles « après » pour le secteur ADP.

Des impacts sur le marché santé, prévoyance, retraite.

I. Les impacts sur les prestations santé et prévoyance.

Le secteur constate une baisse des prestations en couverture santé, confirmée par l'Assurance maladie (malgré l'augmentation des IJ). Cette baisse fera toutefois l'objet d'un rattrapage post-confinement, lequel devrait s'étendre sur 2021. Elle est de surcroît inférieure à la forte hausse constatée en prévoyance.

II. L'impact financier de la crise sanitaire sur le secteur.

Le secteur constate également une forte baisse de chiffre d'affaires sur la période, avec toutefois un impact contrasté entre les différentes branches d'assurance : les assurances de santé étant moins impactées que les branches d'assurance vie, épargne et retraite.

Dans ce contexte, les résultats du 1^{er} trimestre de grands groupes ont été communiqués et vont dans le même sens.

Si un impact clair commence dès lors à se dessiner sur le ratio de solvabilité de certains acteurs du secteur, celle-ci ne serait toutefois pas en risque à ce jour. Thierry Beaudet⁵, Président de la FNNF, précisait le 13 mai dernier qu'il n'y a « pas d'alertes sur la soutenabilité financière et la solvabilité des mutuelles, dont l'activité est

très centrée sur la santé et la prévoyance, et beaucoup moins présente sur l'assurance vie », ce que confirme d'autres acteurs relevant du secteur de l'assurance : dont AXA⁶ et CNP Assurance⁷.

La prudence est toutefois le maître mot selon la FNNF⁸ et le CTIP⁹ pour garantir l'équilibre entre cotisations payées et prestations versées car l'incertitude est forte sur :

- Le coût des arrêts de travail et du portage des droits pour les salariés qui vont se retrouver sans emploi ;
- Les évolutions des dépenses en santé : « les dépenses de soins de ville sont en recul, mais l'hospitalisation – premier poste de remboursement des mutuelles – est en hausse » ;
- Le report des soins : « les établissements vont devoir reprogrammer toutes les interventions repoussées pour cause de Covid-19 » ;
- Le montant de cotisations non recouvrées pour les contrats collectifs : le secteur redoute que 20 % des cotisations pour lesquelles un report a été accordé restent impayées.

Dans le même sens, l'agence de notation S&P Global Ratings¹⁰ a abaissé la perspective des réassureurs de stable à négative : « Les pertes liées à la pandémie, combinées à la volatilité des marchés financiers et à la baisse des rendements des investissements, empêcheront probablement le secteur mondial de la réassurance de répondre à nos attentes en matière de bénéfices pour 2020 ».

PRÉPARER L'APRÈS. QUEL RÔLE DE L'ADP ET QUEL IMPACT SUR LE MARCHÉ ?

Anticiper les évolutions du marché ADP : une sortie de crise oui, mais à quelle échéance ?

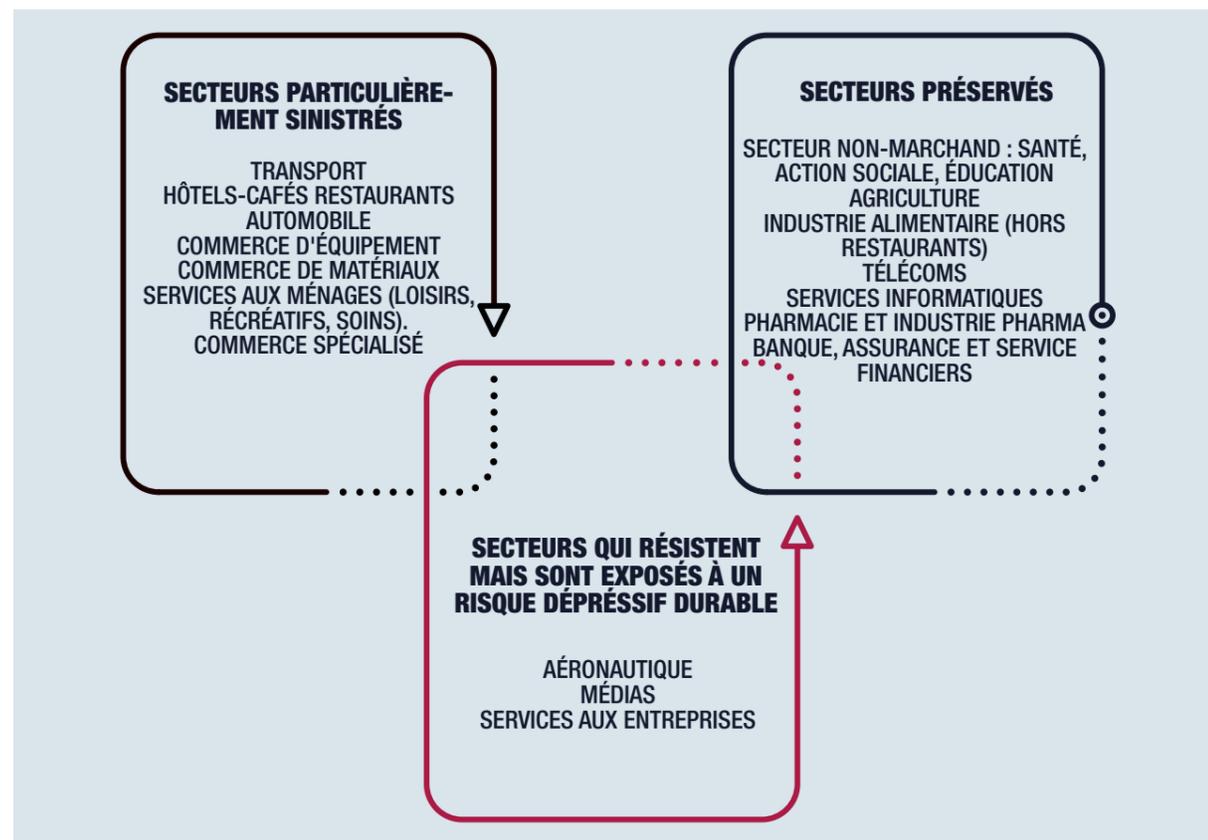
Si la première vague de la crise sanitaire semble, à l'heure où nous écrivons ces lignes, derrière nous, le marché de l'assurance de personnes se prépare à une 2^e vague d'une autre nature : la crise économique qui succédera à la crise sanitaire. Ainsi, certains acteurs tablent sur une attrition du marché jusqu'en 2022.

En effet, les prévisions nationales sont à ce jour pessimistes et à la mesure de l'état exceptionnel

de confinement généralisé décrété en Europe¹¹ :

- Une récession qui devrait s'approcher de 8 % en 2020, le rebond attendu en 2021 (+8,2 %) étant une récupération en trompe-l'œil ;
- Car à court-terme, l'économie devra faire face à des pertes irrécupérables (pertes de production, butoir des capacités de l'industrie, ralentissement de l'emploi et du pouvoir d'achat des ménages) ;
- Les aides consenties aux entreprises, en pre-

COVID-19 : LA CONTAGION SECTORIELLE DE L'ÉCONOMIE RÉELLE



mier chef la « nationalisation des salaires » à travers le dispositif de chômage partiel, et l'ouverture des vannes des crédits de trésorerie sont salvateurs à court-terme, mais auront des effets de long cours sur le niveau d'endettement public et privé ;

- Enfin, la situation est contrastée selon le secteur d'activité (voir tableau p.74).

Du côté des produits d'épargne-retraite, les chiffres de l'assurance-vie pour mars¹² et avril¹³ 2020 affichent un effondrement de la collecte sur ces produits.

Comment réagissent les acteurs de l'ADP face à ce sombre panorama ? Car une crise, c'est aussi une occasion de se renouveler, d'inventer, voire d'en sortir grandi.

- Accélération des projets digitaux et de la distribution web. La crise devrait accélérer fortement la digitalisation du secteur et donner un coup de fouet à la vente à distance. Le mouvement est déjà enclenché puisqu'à titre d'exemple, Olivier Farouz¹⁴, Président du groupe Premium (Predictis et Cap Finances), a annoncé le lancement d'un PER 100 % digital en partenariat avec GAN Eurocourtage en pleine période de confinement.

- Évolution des stratégies d'offres. Elle pourrait également entraîner une évolution des offres elles-mêmes. Antoine Lissowski, Directeur général de CNP Assurances, évoque notamment, à titre d'exemple :

- L'évolution de l'offre prévoyance avec la suppression des délais de carence et déclenchement automatique de services à la personne, comme du portage des repas à domicile, en cas de pandémie ;

- L'évolution de l'offre en épargne retraite avec un dispositif de garantie plancher pour sécuriser l'épargne si les marchés dévissent pour cause de pandémie.

Plus globalement, Isabelle Hébert¹⁵, ex-Directrice Générale du groupe mutualiste MGEN, considère que « la dissociation des risques en assurance de personnes semble un peu dépassée » et invite à se saisir de la crise pour impulser un changement de fond dans le secteur de l'assurance de personnes, vers un modèle plus exhaustif et englobant.

Enfin, il est attendu que les offres du segment TNS/gérants évoluent également face à une forte pression sur les prix et une concurrence acerbote notamment de la part des bancassureurs.

Quels changements réglementaires dans la France post-Covid ?

À l'heure où nous écrivons ces lignes, le calendrier réglementaire avant Covid est resté le même que celui post-Covid. Ainsi en Santé-prévoyance, le calendrier est toujours le suivant, bien que des demandes de reports aient été formulées (notamment pour la RIA en santé). (voir tableau ci-joint).

Pour le domaine épargne-retraite, cette année 2020 devait être le moment de la révolution systémique, une fusion de la totalité de la quarantaine de régimes obligatoires en un système à point unique. Accompagnée de la loi PACTE et ses nouveaux « Plan Epargne Retraite », cette séquence allait redessiner l'ensemble de l'écosystème et inciter les français à se réapproprier le « risque » retraite. La crise sanitaire que nous traversons va décaler cette ambition mais elle n'arrêtera ni le mouvement de convergence entre régimes de retraite déjà engagé depuis

DISPOSITIFS RÉGLEMENTAIRES	ÉCHÉANCE DE MISE EN ŒUVRE
ROC (tiers payant hospitalier)	Septembre 2020 (généralisation)
Résiliation infra-annuelle en santé	1 ^{er} décembre 2020
DSN pour la fonction publique	1 ^{er} janvier 2021
100 % Santé (palier II)	1 ^{er} janvier 2021
Pasrau 2021	1 ^{er} janvier 2021
PRDG (2 ^e volet ASB, ASN, REV, REM)	1 ^{er} janvier 2021
IFRS 17	1 ^{er} janvier 2021

des années (réforme ou pas réforme) ni le besoin des individus de mieux maîtriser et anticiper leur retraite. La grande réforme, elle, reviendra à l'ordre du jour, le besoin d'un retour à l'équilibre financier restant le même.

La période semble propice aux investissements en Unité de compte ce qui est de bon augure pour le PER dont la mise en place est un enjeu de la réussite de l'objectif de développement de l'épargne retraite que porte la loi PACTE et dont la commercialisation avait bien démarré en 2019. Toutefois, une demande de report de l'échéance de commercia-

lisation des anciens produits (fixée au 1^{er} octobre 2020) aurait été formulée par les acteurs de l'assurance, ce qui pourrait nuire au développement de la nouvelle offre.

Enfin, afin de favoriser le pouvoir d'achat par une meilleure redistribution des richesses produites au sein des entreprises, un délai supplémentaire pour mettre en place un accord d'intéressement a été mis en place par le Gouvernement (jusqu'au 31 août 2020 au lieu du 30 juin), qui pourra porter sur une durée de 1 ou 2 ans seulement. La date butoir de versement des primes de participation et d'intéressement est également reportée au 31 décembre 2020 (au lieu de fin mai).

Des mesures dérogatoires ont par ailleurs été mises en œuvre pour les contrats Madelin : le confinement s'ajoute aux exceptions légales pour débloquer l'épargne placée sur les contrats Madelin¹⁶. Bruno Le Maire¹⁷ attire toutefois l'attention des indépendants sur le fait que : « les actions (sur lesquelles les fonds ont été placés) valent moins chères et ce ne serait pas forcément une bonne affaire ».

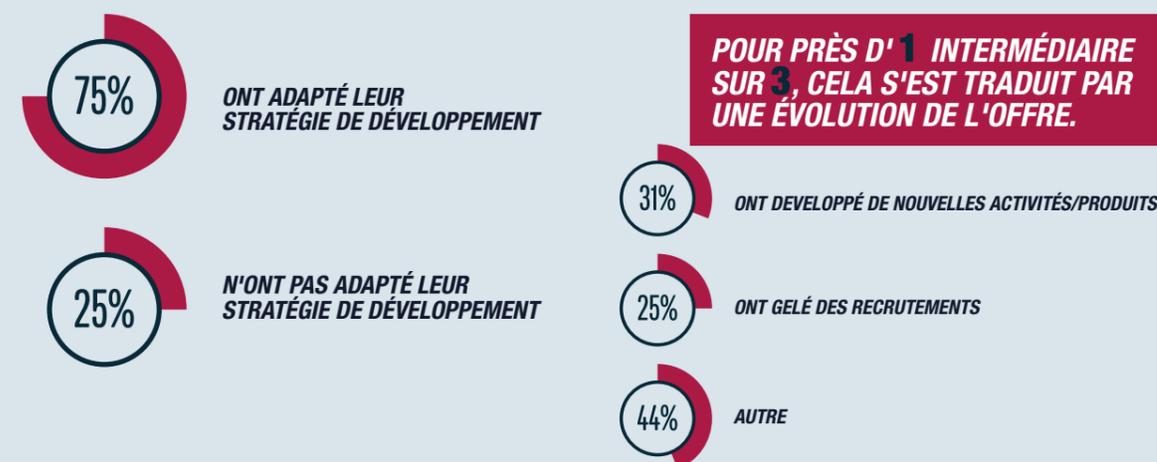
Cependant, un des plus gros dossiers attendu par la Place est la réforme de la prise en charge de la Dépendance. Après le Rapport Libault, qui avait été critiqué par la profession pour ne pas considérer l'ADP comme un pilier de la future architecture, les discussions avaient été ajournées car l'agenda politique était saturé par la réforme des retraites. L'ampleur des victimes parmi les personnes âgées, en particulier celles placées en EHPAD, doublée à la force et à la spontanéité de la mobilisation populaire pour soutenir nos aînés, ont mis sur le devant de la scène les faiblesses de la Protection sociale du 4^e âge.

Un projet de loi - qui devrait être discuté au Parle-

INTERMÉDIAIRES EN ASSURANCE : L'ESSENTIEL DES CHIFFRES

EN RÉACTION À LA CRISE, DE NOMBREUX INTERMÉDIAIRES ONT ADAPTÉ LEUR STRATÉGIE À COURT TERME :

3 INTERMÉDIAIRES SUR 4 ONT ADAPTÉ LEUR STRATÉGIE



LES ACTEURS DE L'INTERMÉDIATION ANTICIPENT DES MUTATIONS DANS LE SECTEUR :



ment « courant juin » - donne un coup d'accélérateur à la création d'une branche dépendance au sein du système de Protection sociale, en lui affectant de nouvelles ressources pérennes de 0,15 point de la contribution sociale généralisée (CSG) (2,3 milliards d'euros) à partir de 2024. Les ressources seraient allouées à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Un rapport permettra de « définir les modalités de création de cette nouvelle branche », à l'occasion de la présentation du projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2021, au début de l'automne.

Pour la FNMF, les recettes annoncées s'avèrent tardives (2024) et ne sont pas suffisantes pour répondre au besoin de financement estimé à 30 milliards d'euros de dépenses (dont 6 milliards d'euros financés par les ménages) pour 2,2 millions de personnes en perte d'autonomie en 2050.

Cependant, les dernières informations semblent confirmer que le secteur de l'ADP serait laissé en marge de ce projet.

Rôle sociétal des mutuelles : un retour aux fondamentaux ?

Dans un contexte de remise en cause du régime d'indemnisation des pertes d'exploitation dans l'opinion publique, et du projet de création d'un 5^e risque de Sécurité sociale sur le volet de la prise en charge de la Dépendance qui de fait ne laisserait que peu de place aux assureurs, le rôle sociétal de l'assurance peut être interrogé.

Est-ce un mal ? Au contraire, la pandémie de Covid-19 aura ouvert la possibilité pour les acteurs de l'ADP de se différencier et d'affirmer leur raison d'être. Le rôle des complémentaires dans le système de santé, l'importance des garanties de

prévoyance en cas de maladie ou d'arrêt de travail lié à ces événements imprévus, la notion même de « risque » et d'aléas imprévus au cœur du métier de l'assurance de personnes... Ces sujets ont eu une résonance particulière durant la crise sanitaire.

Et maintenant ? Comment les acteurs de l'ADP vont traverser cette 2^e vague, celle de la crise économique ? Quelles orientations, quels plans stratégiques, quelle capacité d'innovation et de rebond seront mis en œuvre ?

Chez YCE Partners nous sommes convaincus que la crise que nous vivons est une opportunité pour réaffirmer le rôle sociétal de l'assurance de personnes : davantage de prévention en complément de la Sécurité sociale (une prévention ciblée sur le métier de l'adhérent par exemple, là où la Sécurité sociale a une approche interprofessionnelle), un sens renouvelé pour l'action sociale et le bien-vieillir, et l'enjeu de pédagogie : l'assurance, en mutualisant le risque, nous protège et nous accompagne au plus près de nos besoins en cas de difficultés, mais nous sommes le premier acteur de notre santé. ■

SOURCES

1. Communiqué de presse. « Coronavirus : les assureurs se mobilisent et annoncent de nouvelles mesures exceptionnelles pour protéger les personnes et les entreprises les plus impactées par le virus Covid-19 ». www.ffa-assurance.fr. 23 mars 2020.
2. Texte n° 2915, adopté par la commission spéciale, sur le projet de loi portant diverses dispositions urgentes pour faire face aux conséquences de l'épidémie de covid-19 (n°2907). www.assemblee-nationale.fr.
3. « Évolution de la prise en charge de l'activité partielle au 1^{er} juin 2020 ». www.travail-emploi.gouv.fr. 25 mai 2020.
4. « Coronavirus : 10 à 20 % des salariés de l'assurance sur site, fin juin, selon la FFA ». www.argusdelassurance.com. 7 mai 2020.
5. « Thierry Beudet (FNMF) : « Notre pays aura besoin d'une offre de soins à tarifs opposables » ». www.argusdelassurance.com. 13 mai 2020.
6. « Coronavirus : un impact "significatif" sur le résultat d'AXA ». www.argusdelassurance.com. 6 mai 2020.
7. « Antoine Lissowski (CNP Assurances) : « Nous réfléchissons à l'intégration de l'hypothèse pandémie à notre offre » ». www.argusdelassurance.com. 11 mars 2020.

8. « Thierry Beudet (FNMF) : « Notre pays aura besoin d'une offre de soins à tarifs opposables » ». www.argusdelassurance.com. 13 mai 2020.
9. Prévoyance, la lettre du CTIP. N°69 spécial Coronavirus. Avril 2020.
10. « La réassurance mondiale passe sous perspective négative (S&P Global Ratings) ». www.zonebourse.com. 19 mai 2020.
11. Étude Xerfi. « Covid-19 : la contagion sectorielle de l'économie réelle ». 20 avril 2020.
12. « Assurance vie : Collecte nette négative en mars 2020 ». www.ffa-assurance.fr. 29 avril 2020.
13. « Assurance vie : Collecte nette négative en avril 2020 ». www.ffa-assurance.fr. 26 mai 2020.
14. « Olivier Farouz (Groupe Premium) : les mandataires d'intermédiaires d'assurance ont « continué à performer » ». www.argusdelassurance.com. 13 mai 2020.
15. « Covid-19 : et si c'était le moment de changer... (Tribune d'Isabelle Hébert) ». www.argusdelassurance.com. 6 mai 2020.
16. « Covid-19 : Les indépendants pourront débloquent leur contrat Madelin en anticipé ». www.argusdelassurance.com. 30 avril 2020.
17. « Les indépendants pourront débloquent leur épargne retraite placée sur les fonds Madelin ». www.bfmbusiness.bfmtv.com. 29 avril 2020.

BRÛLE CE QUE TU AS **ADORÉ**

PAR HERVÉ CHAPRON, EX DGA DE PÔLE EMPLOI, MEMBRE DU COMITÉ DIRECTEUR DU CRAPS
& MICHEL MONIER, EX DGA DE L'UNEDIC, MEMBRE DU CRAPS

VOILÀ DONC LA PROTECTION SOCIALE PROMUE AU RANG DE « PREMIÈRE DE CORDÉE ». SI SOUVENT DÉNONCÉE COMME SOURCE DE NOS MAUX, COÛTEUSE, GÉNÉREUSE, REFLET D'UNE SOCIÉTÉ DE FACILITÉ, VOIRE D'IRRESPONSABILITÉ, REDEVENUE SUBITEMENT À LA FAVEUR D'UNE PEUR DIGNE DE CELLE DE L'AN MIL NÉE D'UNE PANDMIE PLANÉTAIRE, LA PROTECTION SOCIALE EST AUJOURD'HUI NON PAS UNE SOLUTION MAIS LA SOLUTION.

Le « quoi qu'il en coûte » aux allures de « brûle ce que tu as adoré¹ » résonne étrangement après le « pognon de dingue² » comme une inversion des valeurs. Du « bashing social³ » au « tout par le social », une révolution copernicienne serait-elle... en marche ? Les charges sociales trouvent un statut nouveau : celui d'investis-

sement. L'orthodoxie financière, le mythique « 3 % de déficit » ne tiennent plus !

Le nouveau monde aux méthodes de blitzkrieg trouvait à travers la Réforme sa légitimité. Il ne tuait pas le Père, tant psychanalyse et psychologie lui étaient étrangères. Il l'ignorait pour mieux le faire apparaître ringard. Et voilà que le virus arrive sur un terrain social fortement dégradé !

La crise des Gilets jaunes avec ses cris de désespoir et ses violences pas toujours spontanées, les affrontements faute d'un minimum de pédagogie, à la suite d'une tentative de réforme du système de retraites, attestant en creux la volonté réformatrice des gouvernants, n'avaient pas tempéré son ardeur. Ignorant jusqu'au mépris la crise de l'Hôpital, plus encore celle des hospitaliers, ce nouveau monde avait affirmé ses priorités une fois pour toute. Déterminé et fi-

dèle à lui-même, rien ne pouvait y faire.

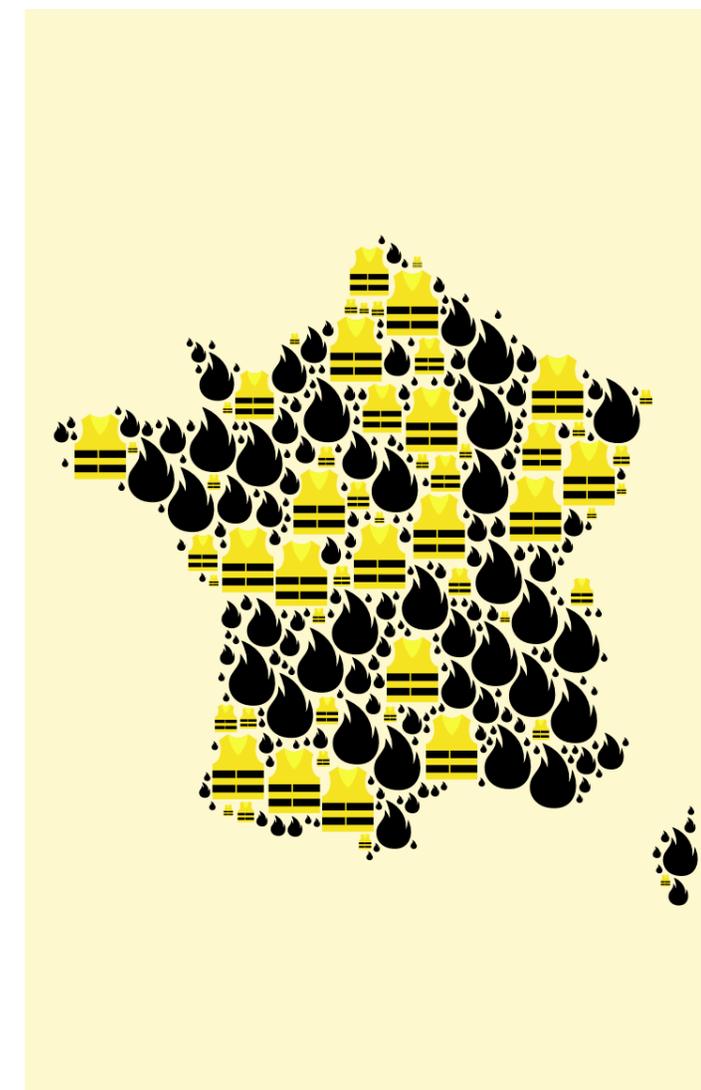
Dans ce contexte bien particulier, la réforme de l'Assurance chômage de juin 2019 apparaissait finalement la seule à pouvoir suivre sa trajectoire, conformément à la philosophie de ses instigateurs, comptable, étatique donc juste !

BRÈVE HISTOIRE D'UNE CHRONIQUE INATTENDUE

Ce nouveau monde avait dès son arrivée aux affaires affirmé sa volonté de fluidifier la société française dont il fallait préalablement modifier l'ADN. Code du travail, Formation professionnelle puis Assurance chômage. Là, au prétexte de l'incitation à la reprise d'emploi, de la défense du pouvoir d'achat et d'ouvrir le dispositif à un public plus large, il fallait d'une part, revoir les conditions de l'indemnisation et, d'autre part, faire de ce qui était une assurance sociale un dispositif de solidarité. Se substituant aux cotisations par le moyen de la CSG l'État devenait financeur ! Le machin des Partenaires sociaux était montré du doigt pour une gestion irresponsable, un mode de management archaïque, un bilan financier

à la dérive. Il fallait donc agir, contraindre les gestionnaires de cette assurance sociale à faire des économies. La réforme se fit donc par décret. En juin 2019,

l'État prenant les choses en main faisait d'une pierre deux coups. Économiser 3,4 milliards d'euros sur deux ans et déstabiliser le petit village gaulois du



paritarisme « pur », dernier carré de résistance à l'éradication en marche des corps intermédiaires.

Avec les Gilets jaunes, malgré leur représentativité contestable et leurs moyens d'action inacceptables, le nouveau monde avait esquissé un léger infléchissement. En leur accordant près de 20 milliards, il reprenait les bonnes vieilles ficelles, celles d'un autre temps « je dépense donc j'agis⁴ » sans pour autant ne rien régler...

Nouvelle inflexion avec la réforme des retraites, désormais sous le tapis. Après deux années de fausse concertation et une année de persuasion vaine, le credo de l'universalité était sérieusement ébréché par quelques entorses et pas des plus minimes. Un nouveau concept était né, celui de l'universalité aux particularités dérogatoires !

Avec le recul, permis par ce confinement, fluidifier la société, que Michel Crozier dénonçait déjà comme bloquée dès 1970, ce fût en fait un « toujours plus d'État » ! 50 % des salariés le sont désormais de l'État, 100 milliards de prêts sont garantis par ce même État

au bénéfice de 500 000 entreprises, des secteurs entiers comme le tourisme, l'aérien

LE VIRUS EST VENU GRIPPER LA DYNAMIQUE DES RÉFORMES. FORCÉMENT IL FALLAIT PROTÉGER, LES INDIVIDUS, L'ÉCONOMIE, LA SOCIÉTÉ.

ou le monde du spectacle sont pieds et mains liés à lui.

LE DOULOUREUX RETOUR-

NEMENT : LA CONJONCTURE IMPOSE SA RÈGLE

Le virus est venu gripper la dynamique des réformes. Forcément il fallait protéger, les individus, l'économie, la société.

Alors l'heureuse décision est prise de dépenser sans compter. Pour pallier, autant que faire se peut, les insuffisances des structures hospitalières et garantir les moyens d'existence à une France confinée.

Voilà donc réapparaître l'Assurance chômage à la faveur du monde agressif de l'invisible. Sous prétexte de mettre fin au traitement social du chômage ce qui n'était pas scandaleux en soi, bien au contraire, l'État à travers son dogme de la verticalité, de l'orthodoxie financière (bien qu'à géométrie variable le plus souvent !), oubliant qu'il était garant et non pas gérant de la Protection sociale, mettait fin à l'État-Édredon⁵ !

Alors que 40 % des demandeurs d'emploi devaient être impactés, soit 1,4 million, par la réforme, il faut, vite, en repousser les effets. Le très modéré, chantre

du syndicalisme d'accompagnement, Laurent Berger représentant la première centrale syndicale de France avait dit cette réforme : c'est « une tuerie⁶ »... Excusez du peu !

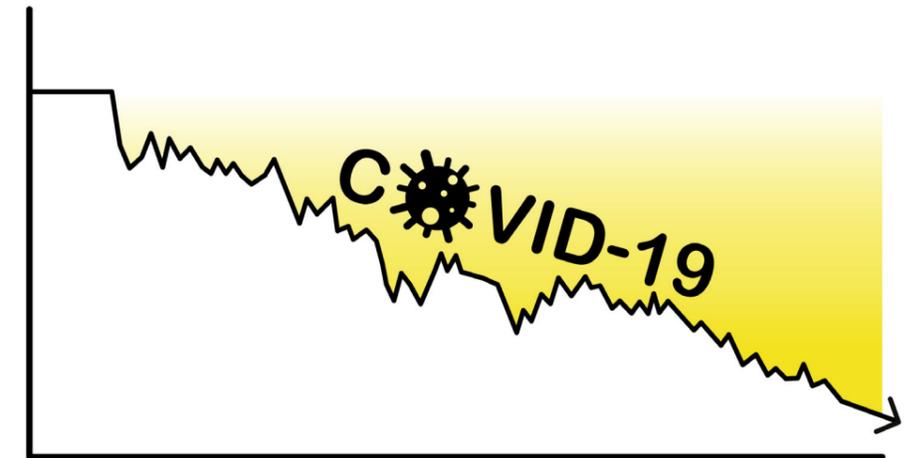
Mais, voilà que cette crise sanitaire fait recourir, comme jamais, à ce dispositif de protection qu'est l'Assurance chômage. Ce modèle coûteux, qui ne favorise pas le retour à l'emploi, géré par un paritarisme hors d'âge est aujourd'hui l'instrument privilégié pour secourir l'Économie et, presque de manière caricaturale, en tout état de cause simpliste pour sauver du naufrage le monde culturel. L'Assurance chômage accusée il y a moins de douze mois de tous les maux, est devenue le navire amiral de la lutte contre la tempête qui souffle sur l'Économie !

L'État est désormais seul à la manœuvre. Dans un moment d'égarement un membre des plus libéraux du Gouvernement pense à nationaliser si besoin est. Le précédent quinquennat,

« facialement » socialiste, s'était déchiré à ce sujet pour en refuser le principe ! Les Partenaires sociaux habitués désormais à passer sous les fourches caudines de l'exécutif, continuent à jouer les Bourgeois de Calais sans trop s'en désespérer⁷ ! La dette pourrait atteindre 60

tarissement des cotisations, repoussées en termes d'échéance ou en voie d'annulation...

D'une manière tout aussi dramatique qu'inattendue, la crise sanitaire convoque enfin la question délicate, toujours éludée, écartée en permanence



milliards d'euros, en fin d'année. L'indemnisation s'emballe, sous l'effet du chômage partiel, remède miracle pour plus de 12 millions de salariés, par l'allongement de l'indemnisation pour les demandeurs d'emploi arrivés en fin de droit, par les différentes mesures prises en urgence et à l'évidence par le

par le débat démocratique, celle de la signification du déficit. Les experts disent : le modèle économique de l'Assurance chômage est contracyclique ! C'est bien là la nature de ce dispositif : soutenir quand il n'y a pas assez d'emplois, soutenir les plus fragiles face aux mutations. Et, en mars dernier, plus

de 12 millions de salariés ne peuvent plus occuper leur emploi, 12 millions de salariés sont fragiles. Illustration cruelle de ce que la « mauvaise gestion » de l'Assurance chômage ne traduit rien d'autre, avant tout l'état de la conjoncture et la nécessaire adaptation des règles.

Le chômage partiel de masse et le report de la réforme de juin 2019 démontrent que là est la vocation première de l'Assurance chômage⁸ qui n'a jamais agi autrement, en soutenant le pouvoir d'achat, en protégeant autant que faire se peut les revenus - la récente réforme sur l'intégration des indépendants au régime le prouve. Son rôle de stabilisateur et donc d'amortisseur social, de soutien à l'activité économique apparaît à l'évidence... et semble même conforter ce qui lui était reproché : être le système le plus généreux de l'OCDE !

Le moment se présente - propice - pour conforter nos « exceptions françaises ». De nombreuses personnalités du monde des arts et de la culture témoignent de leur inquiétude devant les conséquences économiques inéluctables de la crise sanitaire pour les acteurs du secteur culturel. Elles demandent une prolongation de leurs droits dans

le cadre de leur régime spécifique, celui des intermittents du spectacle, d'une année au-delà des mois où toute activité aura été impossible. Le Président de la République au cours d'une visioconférence accepte sans réserve, spontanément devant la Bérézina certaine que ce secteur va subir... La Protection sociale hélicoptère est actionnée par ceux-là même qui se gargarisaient de son « pognon de dingue » ! Voilà un nouveau milliard attribué...

QUELLES LEÇONS RETENIR...

De toute évidence et d'une manière générale, le nouveau monde semble n'avoir pas activé son imagination pour assumer ses ruptures et dessiner des horizons inédits. Rien de neuf pour se confronter frontalement aux réalités des temps de crise, pas d'autre savoir-faire que celui de mettre en surchauffe les outils qu'il fallait, il y a peu encore, jeter !

Si le nouveau monde avait commencé le démontage un à un des vaisseaux de l'ancien monde, il ne les avait pas encore brûlés. C'est heureux !

Après la fin du « social bashing » prononcée lors de

l'allocution présidentielle du 12 mars, le coup d'arrêt du détricotage du système de Protection sociale à la française serait enclenché !

C'est ainsi que le recours massif, généralisé et généreux à l'activité partielle aura été une arme maîtresse du dispositif de gestion de crise. Plus de 12 millions de salariés ont bénéficié de cette possibilité - du jamais vu. Il n'y a là rien de neuf, si ce n'est l'intensité ! Le dispositif a été créé par les Partenaires sociaux dans les années 80, il y a 40 ans ! Le chômage partiel avait déjà été utilisé, de façon homéopathique en comparaison d'aujourd'hui, au début des Grandes Piteuses lors des restructurations massives et des délocalisations. Il semblait alors être l'instrument ad hoc, la panacée pour les chefs d'entreprise face aux mutations du monde. Tout au plus, le Gouvernement actuel s'est-il contenté de conforter ce dispositif en accordant aux bénéficiaires l'abondement aux régimes de retraite.

Côté monde culturel, le régime des intermittents du spectacle se voit doter d'un turbocompresseur. Régime indispensable au rayonnement culturel de la France pour les uns, dérive

financière d'une société du spectacle par trop influente pour les autres, en tout état de cause dérogatoire du régime général de l'Assurance chômage ce n'est pas lui non plus un perdreau de l'année ! Ancien s'il en est, puisque déjà le Front populaire en avait esquissé un embryon, avant même que la Protection sociale se structure à la Libération suivant le programme du Conseil National de la Résistance. Intégré par la suite au régime d'Assurance chômage, il est devenu un statut au sein d'une société éprise d'égalité !

En reconduisant purement et simplement le dispositif propre à la permittance, là encore aucune innovation n'a été recherchée. On aurait pu imaginer, pour sauver cette exception française, un financement solidaire et pour le coup universel, car en réalité, c'est tout autant les intermittents qu'il faut aider, que leur régime d'indemnisation qu'il faut adapter. Il ne s'agit pas seulement, en pareille circonstance, de trouver à prolonger les droits des intermittents mais à réinventer le système d'indemnisation dont ils bénéficient aujourd'hui. À l'évidence, une assurance

contre le chômage ne suffit plus. Il faut que la solidarité vienne la compléter : un effort de solidarité de toute la communauté

LE CHÔMAGE PARTIEL AVAIT DÉJÀ ÉTÉ UTILISÉ, DE FAÇON HOMÉOPATHIQUE EN COMPARAISON D'AUJOURD'HUI, AU DÉBUT DES GRANDES PITEUSES LORS DES RESTRUCTURATIONS MASSIVES ET DES DÉLOCALISATIONS.

nationale devient indispensable. Il faut aujourd'hui que tous les citoyens participent au financement de cette exception fran-

çaise ! En d'autres termes, ce régime des intermittents structurellement déficitaire et plus encore demain, ne doit plus être financé par les seuls salariés du privé. Les professions libérales et indépendantes, les fonctionnaires et parlementaires doivent maintenant participer aussi à la financer. Qui peut, aujourd'hui ne pas être concerné par le sauvetage du patrimoine culturel vivant, ce bien commun ? À cette occasion on aurait pu imaginer la création d'un fonds alimenté par un prélèvement lors de la vente ou la diffusion d'œuvres tombées dans le domaine public, par une taxe sur les maisons de vente⁹...

Conséquence de ce nécessaire « quoi qu'il en coûte », ces mesures imposent au régime d'Assurance chômage dont la gestion paritaire était jusqu'alors contestée par les pouvoirs publics pour sa générosité chronique, une dette de près de 50 milliards...

Rien de très nouveau donc ! Bien au contraire ! La Protection sociale, c'est désormais l'argent hélicoptère et toujours la dette !

En 1968, la jeunesse criait à qui

voulait l'entendre « l'imagination au pouvoir »... Il arrive que le point mort donne le vertige !

... POUR NE PAS RECOMMENCER

Face à pareille crise, on aurait pu espérer voir réapparaître Cortés. La référence aurait été directe, logique, cohérente. Cortés fameux conquistador qui pour s'emparer du royaume des Aztèques et fonder la Nouvelle Espagne brûla ses vaisseaux. Non, on a fouillé les malles, puis on est descendu dans les cales, on a sorti et mis sur la table le jambon et le fromage ! Ce fut Defoe à la place de Cortés !

Il faut voir là le nouveau monde agir à sa manière : agir seul et spontanément¹⁰. Les Partenaires sociaux ont été ignorés. Les « grands parents » voient leur héritage éreinté sans mot dire. La start-up nation a levé des fonds... Des fonds publics !

Pour que tout change, faut-il vraiment que rien ne change ? L'ombre de Tomasi di Lampedusa devient obsédante. L'on perçoit déjà que la reprise sera, cette fois encore, moins

dynamique en France que ce qu'elle est, habituellement, ailleurs. Ce sera une nouvelle conséquence de l'ancien monde, forcément ! Les architectes du

IL FAUT VOIR LÀ LE NOUVEAU MONDE AGIR À SA MANIÈRE : AGIR SEUL ET SPONTANÉMENT. LES PARTENAIRES SOCIAUX ONT ÉTÉ IGNORÉS. LES « GRANDS PARENTS » VOIENT LEUR HÉRITAGE ÉREINTÉ SANS MOT DIRE. LA START-UP NATION A LEVÉ DES FONDS... DES FONDS PUBLICS !

nouveau monde ne l'ont pas encore rendu possible, il leur était donc impossible de ne pas faire avec les possibilités qu'offre

encore l'ancien monde. Ils sont devenus de facto les gardiens du patrimoine. Il faudra bien, cependant, le réformer un jour. Il faudra bien avoir une vision et donner un sens à ce nouveau monde, avant de lui donner un contenu... Pour entrer dans l'Histoire !

Alors arrive la lancinante question du financement ! On a rasé gratis. On a joué « open bar » ! Un jour viendra, celui de la facture. Qu'il faudra d'un moyen ou d'un autre, honorer. L'heure n'est plus aux artifices, aux esquives, à l'anesthésie...

Attendons-nous donc à entendre certains vouloir « Prendre aux riches¹¹ » ! L'idée est excellente, à n'en pas douter. Elle séduit toujours ! Peut-être parce que « Prendre aux riches », c'est sous-entendre que c'est bien là que la richesse se crée. Alors souscrivons nous-même à cette formule... À condition !

Choses rassurantes d'abord. La culture économique du citoyen n'est pas ce que l'on en dit. Elle est de facto de bon niveau : il n'ignore pas qui crée la richesse ! Ensuite, parce que cette voie élude de facto l'État

comme premier recours. C'est triplement heureux !

On savait cet État déjà endetté. Le Covid l'a rendu impécunieux. A contrario, l'on devine aisément que les riches ne le sont pas. Il faut donc en conclure que, dans ce « monde d'après », tout autant anxiogène que libérateur, encore brouillon dans ses expressions, le rôle de l'État devra être revu, recentré sur ces missions que l'on dit régaliennes et que les riches devront impérativement continuer à l'être ! Et peut-être davantage !

État-Gendarme, État-Providence, État-Nounou, État-Édreton, État-Pourboire... La palette est vaste, trop vaste. C'est bien son rôle, son périmètre d'intervention, sa relation aussi avec nos Territoires qu'il faudra enfin redéfinir clairement, sans préjugés et sans arrières-pensées, tout autant que la responsabilité effective de ses agents à remplir les missions qui leur seront confiées.

« Prendre aux riches », c'est également accepter qu'ils puissent et, plus encore, qu'ils doivent continuer à créer de la

ÉTAT-GENDARME, ÉTAT-PROVIDENCE, ÉTAT-NOUNOU, ÉTAT-ÉDREDON, ÉTAT-POURBOIRE... LA PALETTE EST VASTE, TROP VASTE.

richesse et admettre en même temps, une fois pour toutes, que créer de la richesse, ce ne peut être que la célébration de l'union du capital et du travail, que la définition des modalités de constitution du capital de production, de la hauteur de sa rémunération, de la hauteur de la rémunération du risque et bien évidemment de la rémunération du travail...

« Prendre aux riches » enfin, ne doit être rien d'autre que de repenser la chose économique en lui donnant du sens, refonder le social pour lui conférer de

l'efficacité. Osons, alors, voir dans l'objectif de « Prendre aux riches » l'ambition de réconcilier enfin, avec les enseignements tirés de cette crise, l'Économie et le Social pour, entre autres, faire renaître une démocratie sociale légitime donc forte.

Si un consensus doit se faire, il devra insuffler à n'en pas douter, après le glissement progressif amorcé dès le début des Trente piteuses du modèle de Protection sociale, expression d'un État-Providence vers un État-Pourboire, tout son sens à l'obligation sociale que la

Nation, davantage que la République, doit à ses membres. Il sera alors l'heureuse illustration de cette « raison sociale » retrouvée. Cette « raison sociale » imaginée par Adam Smith qui conçoit le progrès social tant comme une condition nécessaire qu'une conséquence obligée du progrès économique.

Entre le repas gratuit de Peter H. Linder et le « no free lunch » de Milton Friedman, la voie est suffisamment large pour que l'indispensable réconciliation de l'Économique et du Social soit tout autant réaliste que réalisable. Car, en réalité, ce sont tout à la fois, les excès néolibéraux et la poursuite entêtée et désespérée de la gratuité universelle, qu'il faut corriger, voire stopper: le confort du low-cost, autant que celui du tiers-payant ont leur responsabilité... Vaste programme !

Encore faut-il « Prendre aux riches » efficacement ! Et ne pas céder là encore à la facilité sous des prétextes fallacieux. Car financer est vain si l'on ne comptabilise pas dettes et créances pour obtenir une image fidèle. La transparence doit sous-tendre l'effort !

Par le mécanisme des allègements, des exonérations voire

des baisses d'impôts, le budget de la Sécurité sociale voit régulièrement ses ressources amputées sans que ses dépenses ne le soient, même si l'ONDAM est là qui les contraint. Alors : on compense¹² !

On compense par des transferts du budget de l'État au bénéfice de celui de la Sécu, conformément à la loi Veil. On a inventé pour cela les « impôts et taxes affectées ».

Ce mécanisme trouble le débat budgétaire, complexifie la lisibilité des comptes publics. Ce mécanisme ajoute un débat au débat : l'État ne compense que partiellement (ou pas du tout).

C'est tellement vrai que le ministère de l'Action et des Comptes publics, lui-même, en convient: « La notion de Protection sociale en France est plus large que le champ des administrations de Sécurité sociale (ASSO) ; elle comprend en effet les dépenses sociales des autres administrations publiques - État et collectivités territoriales - ainsi que celles des organismes privés tels que les mutuelles et les régimes de prévoyance » et nous rassure aussi « les lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS), articulées avec les lois de finances dans le

cadre d'une construction globale cohérente, permettent de piloter les dépenses de Sécurité sociale et le redressement des comptes sociaux ».

Devant cette complexité la tentation est grande, pour les docteurs de Bercy de faire simple... en fusionnant en un budget unique les comptes de la Sécu avec ceux de l'État. Pour simplifier une comptabilité publique « en partie trouble (!) », la recette serait donc de « consolider en un tout » et non pas d'identifier ce qui relève de l'un et de l'autre de ces deux budgets. Voilà, encore, la tentation centralisatrice que nous rappelle Patrice Corbin, membre du Comité directeur du CRAPS (Cercle de Recherche et d'Analyse sur la Protection Sociale), Conseiller-maître honoraire à la Cour des comptes : « C'est une vieille idée de budgétaires qui ne voient que la dimension « prélèvements obligatoires ». Et c'est, à mon sens, une idée perverse parce qu'elle signifie que le social n'existe pas en tant que tel. Dans cet esprit, qui revient à une forme d'étatisation, on ne laisse rien à la société civile. Celle-ci, jusqu'à présent, était impliquée dans la gestion de la Sécurité sociale par le biais des Partenaires sociaux, même si leur rôle a diminué ».

Confirmation est donnée à la lecture du rapport « Les comptes de la Sécurité sociale - 2019 » de la Haute juridiction financière, la Cour des comptes. En démêlant le fatras des « allègements – exonérations - compensations » participant au financement par l'État de la Sécurité sociale, la Cour identifie quelques trous dans la raquette : l'État ne compenserait pas l'intégralité des allègements et exonérations de cotisations sociales dont il enrichit (c'est bien la bonne formulation !) sa politique, dont on ne sait plus si elle est « politique sociale » ou « politique économique ».

Tout ceci ne pourra se faire sans corps intermédiaires reconnus, responsables tant par leur choix que par leur volonté de participer à l'œuvre collective. Or « les corps intermédiaires semblent avoir atteint le grand âge, celui de la dépendance. Les partis (politiques) traversent une crise existentielle violente, celle de la cinquantaine... La place est désespérément vide. Des espèces nouvelles apparaissent : des partis qui n'en sont pas, qui n'auraient pas finalité à le devenir puisque protéiformes à souhait, allergiques à toutes les

LES CORPS INTERMÉDIAIRES NON SEULEMENT SONT UNE PARTIE DE NOTRE MÉMOIRE COLLECTIVE MAIS ILS PARTICIPENT, AVEC UNE AUTRE LÉGITIMITÉ QU'ÉLECTORALE, À L'ÉCRITURE DE NOTRE HISTOIRE SOCIALE. IL EST DONC PARTICULIÈREMENT DOMMAGEABLE À UN MOMENT OPPORTUN DE PENSER ET DE CONSTRUIRE LE « MONDE D'APRÈS » AVEC DES PARTENAIRES SOCIAUX QUI, À L'ISSUE DE LA NÉGOCIATION AVORTÉE DE LA DERNIÈRE CONVENTION DE L'ASSURANCE CHÔMAGE EN JUIN 2019, ONT SUBI NON PAS UNE DÉFAITE MAIS UNE HUMILIATION.

règles établies, mais qui pour autant acquièrent sans coup férir une notoriété sans égale, faux semblant de représentativité, en saturant quotidiennement l'espace médiatique par une expression trop longtemps refoulée¹³. ».

Les corps intermédiaires n'existeraient plus ! Les syndicats tant salariés que patronaux ne représenteraient plus rien, qu'eux-mêmes ; les syndicats et les partis politiques ne font plus masse ! Fort de ce constat, il n'y aurait plus qu'à leur appuyer encore un peu plus sur la tête et... fini les syndicats ! Fini les Partenaires sociaux¹⁴ !

Le croire, c'est croire que les mondes naissent ex nihilo ! Qu'Histoire et Fiction ne font qu'un !

Or, les corps intermédiaires non seulement sont une partie de notre mémoire collective mais ils participent, avec une autre légitimité qu'électorale, à l'écriture de notre Histoire sociale. Il est donc particulièrement dommageable à un moment opportun de penser et de construire le « monde d'après » avec des Partenaires sociaux qui, à l'issue de la négociation avortée de la dernière convention de l'Assurance chômage en juin 2019, ont subi non pas une défaite mais une humiliation.

Certes ils ne sont pas seulement victimes mais fautifs aussi !

Les concepts et pratiques à la mode que sont la co-construction, la démocratie participative et la consultation citoyenne semblent devoir être une solution dont le modèle le plus achevé serait le grand débat, l'âge de tous les possibles !

Mais, de toute évidence réinstaller le débat, impérieuse nécessité, oblige à un prérequis : celui d'interlocuteurs identifiés et responsables. L'individualisme ou le tribalisme, le corporatisme aussi, bien davantage que quelque doctrine politique que ce soit, ont fait oublier que la démocratie ne peut se passer de corps intermédiaires, particulièrement dans une République aux réflexes centralisateurs affirmés.

N'est-il pas biaisé de vanter les réussites économiques de notre bon voisin et d'oublier qu'outre-Rhin les représentations des salariés ont, culturellement, une place reconnue et une voix entendue ?

N'est-ce pas gaspillage que de subventionner autant d'associations et de ne pas les entendre ?

N'est-ce pas enfantillage que de faire émerger des acteurs d'une économie sociale et solidaire pour limiter leur aire d'action ?

N'est-ce pas d'un autre âge que de jouer à l'État centralisateur chaque fois qu'un « acte de décentralisation » est octroyé¹⁵ ?

Faisons donc le pari que le corps social - qui n'est pas qu'électoral - pour brouillon qu'il soit bien souvent dans son expression (re)trouverait à s'exprimer par le canal de corps et organisations intermédiaires auxquels l'État affirmerait reconnaître représentativité et, donc, intérêt !

CONSTATER ET AFFIRMER CE QUE DOIT ÊTRE UN MINISTÈRE DE LA PROTECTION SOCIALE

Santé et Solidarité avec le Travail ont été mis sur le devant de la scène pour combattre d'abord les conséquences funèbres de cette crise sanitaire qui forcément en annonce une seconde, économique pour laquelle Bercy travaille à installer les moyens de la riposte. D'ores et déjà le télétravail a fait son entrée sur scène modifiant profondément notre rapport à l'entreprise et à notre quotidien.

Quelques critiques se sont faites, à bas bruits, sur la dilution des responsabilités dans la gestion des réponses à la crise. Santé et Travail ont, chacun,

mobilisés des moyens complémentaires. Ensemble ces deux ministères « pèsent » 30 % du PIB, en temps normal. Ne faut-il pas, aujourd'hui, envisager qu'ils forment un ministère unifié, celui de la Protection sociale regroupant, Santé, Solidarité, Indemnisation du chômage, Retraite et Fin de vie... Un ministère qui puisse porter non seulement une politique publique de Sécurité sociale, mais une stratégie globale de Protection sociale, et qui serait en capacité, par le moyen de lois de programmation, de prévoir les réponses à une crise. Un ministère dont le budget, exonéré de cette « comptabilité en partie trouble », ne serait plus une loi de financement mais une loi de finance, qui n'aurait plus à souffrir des compensations attendues du budget de l'État ?

Ce ministère, par son poids, serait en capacité de résister aux oukases de Bercy, d'anticiper les colères des ronds-points, les cris de la rue et la pression des réseaux sociaux. Garant du dialogue social, il pourrait paradoxalement participer à réduire le champ d'intervention de l'État, en valorisant les acteurs sociaux tant dans l'Entreprise que dans les Territoires... ■

SOURCES

¹ Baptême de Clovis. Saint Rémi.

² Emmanuel Macron. 12 juin 2018.

³ Cf. « La fin du bashing social ». Michel Monier et Hervé Chapron. CRAPSLOG n°17.

⁴ Cf. « Emploi : tout va très bien madame la Marquise ». Hervé Chapron. Édition Docis. 2016.

⁵ Les Échos. « La fin du traitement social du chômage désormais en marche ! ». 24 juin 2019. Michel Monier et Hervé Chapron.

⁶ 23 septembre 2019.

⁷ Les Échos. « Les trois défaites des Partenaires sociaux ». 11 juillet 2019. Michel Monier et Hervé Chapron.

⁸ Les Échos. « Ce que le déficit de l'Assurance

chômage dit du mal français ». 28 avril 2020. Michel Monier et Hervé Chapron.

⁹ Le Monde. « Le régime des intermittents du spectacle ne doit plus être financé par les seuls salariés du privé ». 5 mai 2020. Michel Monier et Hervé Chapron.

¹⁰ Les Échos. « Dialogue social : Extension du domaine de l'État. ». 31 janvier 2020. Michel Monier et Hervé Chapron.

¹¹ Les Échos. « Prendre aux riches, voilà une excellente idée ! ». 21 avril 2020. Michel Monier et Hervé Chapron.

¹² « 5 leçons pour penser le social au XXI^e siècle ». Ouvrage à paraître. Michel Monier et Hervé Chapron.

¹³ Les Échos. « Les Gilets jaunes : un nouveau syndicalisme... low cost ». 16 mai 2019.

Michel Monier et Hervé Chapron.

¹⁴ « 5 leçons pour penser le social au XXI^e siècle ». Ouvrage à paraître. Michel Monier et Hervé Chapron.

¹⁵ « 5 leçons pour penser le social au XXI^e siècle ». Ouvrage à paraître. Michel Monier et Hervé Chapron.


L'INTERVIEW
BENOÎT BRIATTE

PRÉSIDENT DE LA MUTUELLE
GÉNÉRALE DE LA POLICE (MGP)

INTERVIEW RÉALISÉE PAR NOTRE PARTENAIRE
YCE PARTNERS



**EN CE QUI CONCERNE LES AGENTS
EN ACTIVITÉ EN REVANCHE, IL EST
VRAI QU'ILS SE TROUVAIENT EN
PREMIÈRE LIGNE. POUR EUX, LES
IMPACTS SONT DE DEUX ORDRES :
PSYCHOLOGIQUES ET PHYSIQUES.**


En deux mots, quel est le métier de la MGP ?

La MGP protège la grande majorité des forces de sécurité, c'est-à-dire un peu plus de 230 000 personnes, essentiellement des agents du ministère de l'Intérieur. Nous employons 450 personnes. Je suis Président de cette mutuelle depuis 2011, dont je suis également administrateur depuis 2004.

Vos adhérents ont été particulièrement exposés au risque au pic de la crise : dans quelle mesure ont-ils été touchés ?

Il faut distinguer deux types de populations. Nous couvrons non seulement les agents en activité, mais aussi les agents à la retraite. Ces derniers représentent un peu plus de 40 % de nos adhérents

et ont été ni plus ni moins touchés que le reste des retraités français.

En ce qui concerne les agents en activité en revanche, il est vrai qu'ils se trouvaient en première ligne. Pour eux, les impacts sont de deux ordres : psychologiques et physiques.

Psychologiques d'abord, parce que ces agents ont été confrontés à un risque inconnu. Un risque face auquel, comme beaucoup, ils disposaient d'informations minces, parfois contradictoires, et de moyens de protection limités. La question du port du masque par les policiers a même été un temps débattue dans les médias, certains craignant que cela ne traumatise encore davantage la population...

Physiques ensuite, parce que les agents en service ont été directement exposés au virus. Sur ces impacts, nous disposons encore de peu de données. Cela surprendra peut-être, mais à date nous constatons en réalité, comme la plupart des complémentaires santé, une baisse des demandes de remboursement. Toutefois, il faut se garder de conclure hâtivement que les forces de sécurité ont été épargnées par la maladie car aucun flux ni aucun document ne nous est encore parvenu des hôpitaux, qui ont consacré l'essentiel de leurs forces vives aux soins des malades.

La MGP va-t-elle faire face à une vague de demandes de remboursement dans les jours, les semaines qui viennent ou bien est-ce que cette vague n'arrivera jamais ?

Impossible à dire aujourd'hui.

En tout cas, il faut avoir à l'esprit que la prise en charge moyenne des complémentaires santé en soins d'urgence et de réanimation est en moyenne de 637 euros par jour (20 % du tarif). Avec 21 jours en moyenne pour les malades du Covid-19 et 7 jours en réanimation, l'enveloppe pourrait être conséquente.

Aujourd'hui, la MGP est dans l'incapacité de mesurer avec précision l'impact du virus sur les forces de sécurité ?

Oui. Nous disposons d'informations sur la médecine de ville, mais les hôpitaux constituent encore à ce jour un angle mort. Et les retards de traitement dans les hôpitaux pourraient ne pas être les seuls en cause : depuis le début de la crise, le volume de courrier entrant est largement en-dessous du volume habituel. Peut-être a-t-il été retenu dans quelques entrepôts de La Poste ? Si c'est le cas, ce stock nous parviendra peut-être dans les semaines qui viennent...

Même constat sur les décès que sur les demandes de remboursement : on observe une baisse de 40 % par rapport aux années passées sur la même période. Selon moi, c'est bien le signe que les chiffres dont nous disposons sont encore largement incomplets. Nous restons donc vigilants. Toutefois, à date, nous savons avec certitude que six agents sont décédés des suites du Covid-19 dans le cadre de leur service.

Le métier des mutuelles ne se limite pas au remboursement des dépenses de santé : elles ont aussi une vocation sociale. Comment cela se manifeste-t-il en temps de crise ?

Dans un premier temps, pour lutter contre les impacts néfastes de la crise sur le mental des agents de sécurité, nous avons rappelé à nos adhérents et à l'ensemble des forces de sécurité que nous proposons une plateforme de soutien psychologique dans le cadre de notre garantie "Réflexe Prévention Santé".

Ensuite, nous avons décidé, sans attendre la fin des négociations entre le ministère de l'Intérieur et les syndicats, de classer le Covid-19 comme maladie professionnelle et de tripler le capital décès Covid-19 sans augmentation des cotisations de prévoyance. Et nous avons voulu aller plus loin : nous avons voulu protéger les 11 % d'adhérents qui ne disposaient pas de couverture prévoyance en leur offrant une couverture et en triplant, de la même manière, le capital décès Covid-19.

Enfin, deux Conseils d'Administration ont eu lieu à distance pendant la crise. Les économies réalisées sur les frais de transport et d'hébergement ont été injectées dans un fonds de secours exceptionnel qui pourra servir à soutenir les adhérents en difficulté. Et même si nos élus restent attachés à la rencontre, et que toutes les réunions ne pourront continuer à se tenir à distance dans la durée, cela ouvre indéniablement des pistes de réflexion.

Les crises sont souvent un moment de réinvention. Est-ce que cette crise vous donne de premières idées sur la prévention et l'action sociale de demain ?

Nous avons en effet précipité un projet que nous médions avant la crise, celui d'inscrire demain la MGP comme la première mutuelle à Mission (comme le prévoit la loi Pacte, ndr.).

Le Conseil d'Administration estime que la société de demain ne sera plus celle que nous avons connue avant la crise et qu'il est urgent de réaffirmer ce qui se trouve inscrit dans les gènes de la mutuelle : notre vocation sociale, mais aussi une conscience



**POUR LA PLUPART DES GENS,
UNE MUTUELLE C'EST UNE
COMPLÉMENTAIRE SANTÉ.
CE QUI FAIT DE TOUS LES
ACTEURS PROPOSANT UNE
COMPLÉMENTAIRE SANTÉ... DES
MUTUELLES.**

environnementale, qui devront se doubler à l'avenir d'une plus grande réactivité devant les besoins de nos adhérents. À titre d'exemple sur ce dernier point : alors que les mutuelles sont traditionnellement caractérisées par un temps long, lié principalement à leur mode de gouvernance démocratique, pendant la crise la MGP a su prendre parfois dans l'heure les décisions qui s'imposaient. Les élus souhaitent que cela continue.

La crise a-t-elle précipité un retour aux fondements du projet mutualiste des origines ?

Je crois qu'on peut le dire en effet. Le projet mutualiste remonte à la charte de 1898. En 1898, cette vocation sociale a été inscrite dans nos gènes. En 2011, la loi sur l'Économie Sociale et Solidaire nous a offert une première opportunité de réaffirmer ce qui, en tant qu'acteur sans but lucratif, nous différencie d'une entreprise libérale. Et je crois que la loi Pacte nous permet aujourd'hui une fois encore de revenir à ces valeurs, qui sont des valeurs humaines tout simplement.

Justement, les mutuelles et les assurances sont-elles égales face à la crise que nous traversons ?

Aujourd'hui, la réglementation qui s'impose à nous fait de nous des assureurs à but non lucratif. Par conséquent je crois qu'il faut, au lendemain de la crise, se saisir de la loi Pacte pour se différencier. Car malgré les campagnes de communication de

notre fédération, le mot « mutuelle » reste galvaudé. Pour la plupart des gens, une mutuelle c'est une complémentaire santé. Ce qui fait de tous les acteurs proposant une complémentaire santé... des mutuelles. Pourtant il y a bien une différence entre un assureur et une mutuelle, mais cette différence a été gommée petit à petit par les assureurs...

Sans vouloir jouer les oiseaux de mauvais augure : comment comptez-vous vous préparer aux crises comparables qui pourraient survenir dans les décennies à venir ?

En plus de chercher à prolonger et à renforcer la réactivité et la capacité d'adaptation dont nous avons su faire preuve au pic de la crise, nous cherchons aussi à mieux connaître nos adhérents – et c'est pour cela que nous travaillons avec vous sur le baromètre Santé des forces de l'ordre – pour répondre au mieux à leurs besoins et à leurs attentes, et pour mieux les protéger si une crise devait se reproduire. Rembourser une boîte de médicaments ou une radio c'est la base du métier de complémentaire santé. Demain ce qui fera notre différence c'est notre relation à l'autre. Notre capacité à rassurer dans un monde incertain. Notre capacité aussi à faire en sorte que nos adhérents se sentent bien chez nous, tout simplement, et qu'ils n'aient pas envie de nous quitter, sachant qu'ils perdraient quelque chose, ne serait-ce qu'un état d'esprit et cette considération tout à fait spécifique que nous voulons leur apporter. ■

TRIBUNE

COVID-19, POURQUOI LA FRANCE DOIT DEVENIR UNE NATION DE SANTÉ PUBLIQUE SUITE À LA CRISE QUI A MIS EN LUMIÈRE SES FAIBLESSES EN MATIÈRE DE SANTÉ ?

PAR

FRANÇOIS-EMMANUEL BLANC

DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CCMSA

&

FRANÇOIS KRABANSKY

MÉDECIN SPÉCIALISÉ EN SANTÉ PUBLIQUE



Un constat mettant en évidence des faiblesses à plusieurs niveaux, la prévention, l'organisation des soins, l'utilisation des données et l'information.

La crise sanitaire liée au coronavirus nous a beaucoup appris, sur nous, notre pays, notre santé. Elle nous a permis de constater que les Français étaient capables d'une adaptation considérable et d'une solidarité collective probablement plus importante que ce que nous pouvions imaginer. Elle a aussi mis en évidence les domaines dans lesquels notre pays peut s'améliorer. Il n'en reste pas moins nécessaire d'analyser cette crise avec beaucoup d'humilité. Le pays rencontre déjà des difficultés à faire face aux enjeux de santé connus, pour la plupart, depuis des années. Comment alors appréhender une situation tout à fait inconnue à notre époque ?

Au cours de la crise, nous avons découvert l'im-

portance des gestes barrières, comme le lavage des mains ou encore des mesures telles que l'isolement social. L'application de ces mesures, nouvelles pour les Français, et pourtant efficaces dans la plupart des épidémies annuelles comme la grippe qui fait entre huit et onze mille morts par an, dépendent largement de notre comportement. Difficile d'évaluer la façon dont ces gestes ont été appliqués au cours de la crise et pourraient le rester lors d'autres épidémies. Le masque, porté comme emblème de la protection contre le virus, est plébiscité alors qu'il fait partie d'un arsenal de mesures qui ne sont vraiment efficaces qu'ensemble. Ce masque est vu comme un bouclier, un rempart ultime contre le virus. On a d'ailleurs la sensation que le port du masque est perçu comme une protection individuelle, alors qu'il s'agit d'une protection collective, efficace uniquement si une part suffisante de la population le porte correctement. Un biais qui pose question sur la perception des messages portés par Santé Publique France. Les gestes perçus comme une protection individuelle seraient-ils plus suivis que les mesures collectives ? Quelle est alors la compréhension de la nécessité et de l'efficacité des gestes barrières ? Sont-ils appliqués et suffisamment respectés pour avoir un réel impact sur la prévention de l'épidémie ? Au final, sommes-nous assez informés, responsabilisés et autonomes pour faire face collectivement à ce type de crise ?

Nous avons aussi applaudi les professionnels de santé, à 20 heures, pour les remercier de leur travail remarquable, leur engagement exemplaire. Dans les hôpitaux, les services ont réussi un véritable tour de force pour adapter leur organisation et leur activité à la situation d'urgence. Pourtant, là encore, la crise a mis en évidence des dysfonctionnements. L'adaptation aussi rapide pour l'accueil des patients atteints de Covid-19 n'aurait pas été possible sans un investissement impor-

tant des soignants. Des lits de réanimation disponibles dans des établissements privés n'ont pas été utilisés alors que les services des hôpitaux publics commençaient à saturer. Les acteurs de santé, en dehors des hôpitaux ont eu la sensation de ne pas pouvoir apporter toute l'aide que leurs compétences leur permettaient. Des constats qui reflètent finalement des difficultés bien connues de notre système de soins. L'organisation trop lourde des hôpitaux ne disposent pas de moyens d'adaptation rapide et simple du fait des contraintes réglementaires et financières. Il s'agit également des difficultés de coordination des acteurs de santé des territoires, qu'ils soient en ville ou à l'hôpital.

Au début de la crise, tout le monde a suivi de près l'évolution du nombre de cas, de personnes hospitalisées ou en réanimation et de décès ainsi que l'importance de l'épidémie dans les différentes régions. Les chiffres des autres pays ont aussi été suivis de près, dans une forme de compétition à celui qui prendrait les meilleures mesures pour protéger sa population. Les informations disponibles sur l'évolution de l'épidémie ont été précieuses dans les choix qui ont été opérés par les institutions sanitaires, ne serait-ce que pour gérer les capacités des hôpitaux dans l'accueil des cas graves ou l'adaptation des règles de déconfinement

aux situations des territoires. Leur fiabilité et la transparence du recueil des données est un point clé. Ne nous serions nous pas préparés plus tôt si la mortalité affichée par la Chine dès le début de l'épidémie avait été plus proche de celle observée finalement en Europe ? Probablement car, bien que les chiffres de la Chine de contagiosité étaient importants, la mortalité restait faible, faisant penser à une forme de grippe et motivant un discours rassurant. La vérité était tout autre, nous le savons désormais. Par ailleurs, la stratégie de gestion de la crise et les moyens déployés pour prévenir la propagation auraient-ils pu être plus

LA CRISE A MONTRÉ À QUEL POINT UNE ORGANISATION EFFICACE DU SYSTÈME DE SOINS, DÉCLOISONNÉE ENTRE LA VILLE ET L'HÔPITAL ET CAPABLE D'ADAPTATIONS RAPIDES ÉTAIT PRIMORDIALE.

anticipés avec des informations plus précises ? Les mesures prises par le Gouvernement auraient-elles pu être plus adaptées aux situations des territoires pour limiter les répercussions économiques avec des données géographiques en temps réel ?

Nous nous sommes donc rendus compte que la santé dépasse les prises en charge hospitalières, dépasse la médecine de ville, dépasse le soin tout court. Les constats et les questions soulevés par cette crise intéressent de façon non exhaustive la sociologie des comportements, l'économie, la gestion des hôpitaux, l'organisation des soins sur les territoires, l'épidémiologie, la technologie, le numérique, l'utilisation des données et leur analyse et même les relations internationales.

Quelles pistes pour faire face à ces enjeux mis en lumière ?

Tout au long de la crise, il a régulièrement été rappelé l'importance d'adopter les bons gestes, les bons comportements pour lutter contre la diffusion du virus. Pour autant, nombreux sont ceux qui ne savent pas comment s'y prendre. Peu sont ceux qui savent comment réagir face à une situation en lien avec la santé : savoir quand faire appel au médecin, aux urgences ou au samu. Les Français doivent être capables d'appliquer les mesures de prévention collectivement, d'adopter les bons comportements en fonction de situations rencontrées pour ne pas saturer l'offre de soins. Faire face de façon efficace à une crise c'est aussi être conscient du risque. Pas uniquement du danger, mais bien du risque. C'est-à-dire avoir une approche probabiliste de la situation. Comprendre que les mesures barrières ne protègent pas de façon absolue, mais que cumulées, elles diminuent le risque de propagation et donc la mortalité. Il ne s'agit pas seulement de faire connaître et appliquer des gestes, mais de comprendre et analyser une situation et d'adopter les comportements les

plus adaptés à cette situation de façon autonome. Les Français doivent être plus autonomes dans la gestion de leur santé. Faire acquérir ces compétences est l'objectif de la promotion de la santé. Il s'avère donc nécessaire d'utiliser les moyens tels que l'éducation dès le plus jeune âge permettant d'adopter les comportements favorables à la santé et savoir faire face aux différentes situations sanitaires.

La crise a montré à quel point une organisation efficace du système de soins, décloisonnée entre la ville et l'hôpital et capable d'adaptations rapides était primordiale. L'engagement des professionnels de santé a permis une adaptation remarquable de l'offre de soins en cours de crise. Mais on ne peut, à chaque crise, se reposer sur leur engagement. Il faut que le système les aide et les appuie, que les organisations leur facilitent la mise en œuvre de prises en charge efficaces et de qualité. Cela ne sera pas possible sans repenser le système de soins, dans sa structure, ses fondations. On ne peut plus se contenter de modifications à la marge, d'ajustements au fil des plans et des projets de loi de Sécurité sociale. Dans un premier temps, les statuts de la

fonction publique hospitalière, et pas uniquement ceux des soignants, doivent se métamorphoser, devenir plus simples, compréhensibles par tous. Ils doivent être adaptables pour que l'activité pratiquée soit directement liée aux compétences, au potentiel plutôt qu'à un titre. Ces modifications permettront de redonner du sens aux acteurs de santé, d'augmenter l'attractivité des métiers, de favoriser le décloisonnement et donc améliorer le soin dans toutes ses dimensions. Il est impératif, et devient urgent, d'accepter l'autonomie des acteurs de santé territoriaux pour leur permettre d'apporter les réponses sanitaires les plus adaptées aux situations de leur territoire. Par ailleurs, favoriser un pilotage contractuel entre les administrations et les acteurs de santé des territoires

LES FRANÇAIS DOIVENT ÊTRE CAPABLES D'APPLIQUER LES MESURES DE PRÉVENTION COLLECTIVEMENT, D'ADOPTER LES BONS COMPORTEMENTS EN FONCTION DE SITUATIONS RENCONTRÉES POUR NE PAS SATURER L'OFFRE DE SOINS.

faciliterait la réalisation d'objectifs définis dans des stratégies adaptées aux territoires. Le pilotage actuel, normatif, par le biais d'une réglementation lourde et instable, contraint l'action et ralentit l'innovation. Enfin, une gestion budgétaire à long terme est nécessaire pour favoriser l'investissement. Les acteurs de santé ont besoin de visibilité sur plusieurs années pour pouvoir établir des stratégies d'actions et investir dans des innovations. Ce n'est pas possible avec une révision annuelle des finances. Il conviendra donc de sortir d'un pilotage financier et mettre en œuvre un pilotage stratégique avec des objectifs nationaux déclinés sur les territoires, puis opérationnel avec des mesures et actions qui répondent aux objectifs prédéfinis. Ce n'est qu'au regard de ces objectifs et des actions qui en découlent que les moyens à allouer devraient être définis et non l'inverse.

La qualité des données liées à la santé et la capacité à les utiliser, les analyser et les restituer clairement est peut-être l'enjeu qui trouve le plus d'écho tant les chiffres ont été suivis pour mesurer l'action du gouvernant dans un premier temps puis le classement des territoires lors du déconfinement. Au-delà de l'information grand public, une analyse synthétique de données précises et fiables permet de construire des stratégies solides et rapides dans le cadre de crises sanitaires. L'information est primordiale dans la construction de toute stratégie et la définition de ses objectifs. Une stratégie qui doit être précise et rapidement applicable dans une situation de crise. Nous devons donc être capables de collecter les données de façon fiable, de les analyser pour construire des stratégies efficaces et enfin de pouvoir donner une information vérifiée et transparente aux Français. Il est certain qu'une collaboration internationale dans le partage des données garanties fiables serait un outil

LA SANTÉ DOIT ÊTRE CONSIDÉRÉE DANS TOUTES LES DIMENSIONS, SANITAIRE CERTES, MAIS AUSSI EN LIEN AVEC LES SITUATIONS ÉCONOMIQUES ET SOCIALES, LE TRAVAIL, L'ENVIRONNEMENT, L'URBANISME, L'ÉDUCATION ET TOUT CE QUI POURRAIT AVOIR UN IMPACT SUR LA SANTÉ.

de choix dans la gestion de pandémies mondiales. L'utilisation des données de santé fait l'objet de considérations éthiques, et soulève un certain nombre de questions ; peut-on utiliser toutes les données ? Tracer les utilisateurs d'applications au titre de la santé publique ? Mais aussi de questionnements techniques ; comment collecter et analyser des données fiables en temps réel ? Et pratiques ; comment donner une information compréhensible et utile à partir de bases de données brutes ? Il devient urgent de répondre à ces questions. Il devient urgent de se positionner en faveur d'une utilisation pragmatique et utile des données de santé. De se doter de compétences fortes en analyse, en synthèse et pour la restitution au grand public des informations recueillies. Si nous voulons garder l'un des meilleurs systèmes de santé au monde, il nous faudra profiter du potentiel de tous les outils disponibles, intégrant les données de santé mais également l'intelligence artificielle qui sera en capacité de les analyser avec pertinence et rapidité.

Si nous voulons garder l'un des meilleurs systèmes de santé au monde, il nous faudra profiter du potentiel de tous les outils disponibles, intégrant les données de santé mais également l'intelligence artificielle qui sera en capacité de les analyser avec pertinence et rapidité.

Les leçons à tirer devront être ambitieuses, les changements, imprégnés d'une nouvelle vision de la santé, plus globale, portée sur les enjeux à venir et non ceux du passé.

Les leçons à tirer devront être ambitieuses, les changements, imprégnés d'une nouvelle vision de la santé, plus globale, portée sur les enjeux à venir et non ceux du passé.

Devenir une nation de santé publique, une nécessité pour faire face aux nouveaux enjeux de santé.

Notre système de santé est trop basé sur les soins, disons-le encore. Il s'appuie sur un système de soins qui ne répond plus aux enjeux actuels malgré de nombreux aménagements. Sans repenser complètement la Santé en France, notre système risque de ne plus garantir le meilleur pour les Français.

Nous devons devenir une nation de santé publique. En quoi cela consiste ? La Santé doit être considérée dans toutes les dimensions, sanitaire certes, mais aussi en lien avec les situations économiques et sociales, le travail, l'environnement, l'urbanisme, l'éducation et tout ce qui pourrait avoir un impact sur la santé. La promotion de la santé et la prévention doivent être massivement investies, notamment auprès des plus jeunes. Nous devons fixer des objectifs ambitieux et mettre les priorités sur les enjeux de santé au sens large et ne plus se focaliser sur nos capacités à soigner. Qui préfère être hospitalisé, dans le meilleur établissement s'il en est, que de ne pas être malade du tout ? Ne tombons pas dans le piège de mettre tous les moyens à l'issue de la crise dans une solution palliative que représente l'hôpital. Ne tombons pas non plus dans le piège

de voir la santé uniquement par le prisme de son financement et des budgets alloués.

Comment amorcer cette métamorphose vers la santé publique ? Dans un premier temps, il est nécessaire de renforcer nos compétences en la matière. Nous devons capter des talents, possiblement venant de pays plus avancés en santé publique que nous. Il sera nécessaire de créer des formations d'excellence et de rendre accessibles des postes stratégiques aux professionnels ayant des compétences renforcées en santé publique. Nous ne pouvons plus agir de façon individuelle et cloisonnée, il nous faut penser la santé de façon globale. Nous devons devenir une nation de santé publique. ■



TRIBUNE

« PENSER LE CHANGEMENT, PLUTÔT QUE CHANGER LE PANSEMENT »

PAR

MICHEL HANNOUN
PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ
FRANÇAISE D'ÉCONOMIE DE LA SANTÉ
DÉPUTÉ HONORAIRE DE L'ISÈRE

Si la liberté (re)devient la règle et la contrainte l'exception, alors libérons-nous !

Parce qu'on a (trop) entendu des professeurs de certitudes nous expliquer qu'il ne fallait rien dire (peut-être encore moins penser) au-delà de la doxa officielle : l'Union sacrée !

Après la guerre de 14-18, l'objectif général était : « Plus jamais ça ». On connaît la suite !

Après la Seconde Guerre mondiale, en France, on s'était juré de ne pas retomber dans les errements du système politique d'avant-guerre, rendu largement responsable de la défaite. En 1947, François Mauriac écrivait dans son « Journal » cette note : « Tout recommence. Tout demeure désespérément pareil... La III^e République continue ; c'est la IV^e qui est morte ». On connaît la suite !

Après la « guerre du Coronavirus », tout va-t-il rester « désespérément pareil » ou « rien ne sera-t-il plus comme avant » ? On ne connaît pas la suite !

Enfin, le plus dur à vivre et le plus difficile à gérer, c'est l'état permanent d'incertitude que cette crise sanitaire ne cesse d'entretenir.

Me revient en mémoire une enquête publiée en 2017 par deux auteurs américains dont le titre me paraît résumer à lui seul notre situation : « Le Paradoxe de l'autruche : pourquoi on se prépare mal aux désastres ? ».

Les auteurs y énumèrent les six « Constituants » du « préjugé cognitif » qui travaille autant les individus que les gouvernements : myopie, amnésie, optimisme, inertie, simplifications sélectives, suivisme.

J'ai le sentiment profond que la crise que nous sommes en train de vivre ne fait qu'amplifier ces traits familiers d'autant que notre humeur nationale et les chaînes d'information en continu en sont la caisse de résonance.

Alors, fatiguons le doute pour éclairer le chemin qui vient et posons-nous quelques questions sur lesquelles nous mettre d'accord avant de partir

dans tous les sens puis tenter d'y répondre.

La crise n'éclaire-t-elle pas d'une lumière brutale les dépendances que nous avons laissées se créer depuis quatre décennies de ce qu'on appelle la mondialisation ?

Évoquer la grande complexité de la situation suffit-il pour exonérer le Gouvernement de ses responsabilités ?

Reconnaître l'autorité de l'État ne lui impose-t-il pas en échange qu'il assure un certain nombre de services et au premier plan la garantie de la sécurité ?

Le meilleur système de santé du monde n'en avait-il que l'apparence ?

La crise sanitaire, loin de démontrer notre suprématie, n'a-t-elle pas cruellement exposé nos faiblesses : insuffisamment préparés au risque d'épidémie, nous avons manqué de matériel et de logistique, tandis que notre organisation rigide et complexe, dans laquelle le secteur public ignore trop souvent le secteur privé, n'a-t-elle pas rendu le choc sanitaire enco-

re plus difficile à encaisser ?

N'avons-nous pas confondu l'ampleur de nos dépenses de santé avec l'efficacité de notre organisation ?

Puisque nous consacrons à la santé l'un des tous premiers budgets au monde par habitant, puisque la qualité médicale semble au rendez-vous, d'où viennent donc nos faiblesses ?

De notre organisation administrative portée par une centaine d'Agences, de Conseils, de Conférences, d'Autorités, de Comités et j'en passe ?

**PUISQUE NOUS
CONSAQRONS À LA
SANTÉ L'UN DES
TOUS PREMIERS
BUDGETS AU MONDE
PAR HABITANT,
PUISQUE LA QUALITÉ
MÉDICALE SEMBLE
AU RENDEZ-VOUS,
D'OÙ VIENNENT DONC
NOS FAIBLESSES ?**

De chaque organisme de l'Administration dont la survie même procède de sa production de circulaires, d'arrêts, de décrets, de recommandations ou d'instructions dont certaines ne feraient même pas rire Guy Bedos ?

D'une pratique administrative subvertie par une insupportable doxa ?

D'un hospitalo-centrisme excessif qui a voulu faire reposer sur les seuls hôpitaux publics la totalité du poids de la pandémie avant de s'apercevoir que des pans entiers de nos ressources n'ont pas été mobilisés en amont (médecine de ville, pharmaciens, laboratoires, cliniques...)?

De l'idée que « l'État paiera », « Coûte que coûte », (comme si l'État vivait d'amour et d'eau fraîche) en oubliant que l'État c'est nous et que les organisations de proximité et de terrain (Communes, Départements, Régions) sont bien souvent plus efficaces, malgré leur diversité ?

L'obsession française pour l'égalité n'est-elle pas un frein à la solidarité et à l'efficacité ?

La prise en charge des personnes très âgées et/ou dépendantes, notamment dans les Institutions a-t-elle été à la hauteur des proclamations diverses sur la dignité et le respect dus aux anciens ? En entendant égrener le nombre de morts chaque soir par le Directeur Général de la Santé ou le ministre des Solidarités et de la Santé, je me demandais dans quelle société vivions-nous ? Si notre rapport à la mort donc à la vie avait changé

à ce point qu'une fosse commune, que l'absence des rites funéraires les plus élémentaires, ou tout simplement la mort par la radiation de l'État-civil étaient la France même en période de pandémie ?

Je pourrais évoquer des dizaines d'autres questions et notamment celles liées aux conséquences économiques, sociales et financières de cette crise, tant toutes les préoccupations sont liées.

Mais je ne voudrais pas prendre le risque du délayage qui permet d'éviter trop souvent de répondre aux questions essentielles.

D'autant que les questions que j'ai évoquées ne me paraissent pas faire l'objet d'un consensus naturel sur leur intérêt et donc sur l'obligation d'y répondre.

Mettons-nous d'accord déjà sur les questions, sur quelques questions stratégiques que nous nous posons et tentons d'y répondre.

Pour ma part, je ne crois pas à l'efficacité d'un « Ségur de la Santé » qui ne serait en réalité qu'un « Ségur de l'Hôpital public » car c'est bien l'ensemble de notre système de santé, de son organisation à son financement en passant par son effi-

cience qu'il s'agit de traiter. L'Hôpital ne peut pas être à lui seul l'alpha et l'oméga de la stratégie de notre système de santé même s'il en est une partie essentielle.

J'ose suggérer que nous retenions deux pistes importantes de réponses : la Décentralisation et la Réforme du Statut :

**POUR MA PART,
JE NE CROIS PAS
À L'EFFICACITÉ
D'UN « SÉGUR DE
LA SANTÉ » QUI NE
SERAIT EN RÉALITÉ
QU'UN « SÉGUR DE
L'HÔPITAL PUBLIC »
CAR C'EST BIEN
L'ENSEMBLE DE
NOTRE SYSTÈME
DE SANTÉ, DE SON
ORGANISATION À SON
FINANCEMENT EN
PASSANT PAR SON
EFFICACITÉ QU'IL
S'AGIT DE TRAITER.**

- La Décentralisation, pas la régionalisation, pas la déconcentration ni la délégation depuis le pouvoir central.

Je milite depuis longtemps pour la Décentralisation de l'organisation de notre système de santé au niveau de la Région qui me paraît le bon niveau de décision. Il ne s'agit pas de demander des ORDAM (Objectifs Régionaux de Dépenses d'Assurance Maladie) ni que les Régions nomment les Professeurs dans les CHU (elles ne nomment pas les Professeurs dans les lycées dont elles ont pourtant la « compétence »).

Les Agences Régionales de Santé (ARS) ont montré, que, libérées d'une partie de la doxa officielle, elles pouvaient être plus efficaces et résoudre des problèmes trop longtemps considérés comme insolubles.

Il faut aller au bout du raisonnement et ne pas craindre que l'État central qui n'a pas prouvé son efficacité soit remplacé par les Régions dont l'Administration reste à « portée de gifles » du citoyen et des acteurs de la Santé qu'il a applaudi tous les soirs pendant cette crise.

- La Réforme du Statut consiste à tenter une réponse notamment à la désaffection des personnels dans l'Hôpital public.

Entre une Société du Statut dont la défense irraisonnée et souvent inconditionnelle bloque toute évolution et peut représenter une forme de piège pour la survie même de ces emplois et une société du Contrat dont l'application systématique peut inquiéter parfois légitimement par son côté « loi de la jungle », un mix des deux peut permettre une évolution utile et appréciée par tous les acteurs.

Pourquoi le monde de la Santé qui est par essence une activité de la relation, de l'empathie et de l'éthique, ne pourrait-il pas montrer la voie à cet égard ?

Finalement, avec Pierre Dac, ne vaut-il pas mieux « penser le changement » que « changer le pansement ». ■

TRIBUNE

PENDANT

La crise sanitaire créée par le Covid-19, toujours pendante, a constitué un révélateur et un marqueur des questionnements à l'œuvre sur le vieillissement dans certains cercles plus ou moins fermés, même si certaines études à l'instar du rapport Libault étaient momentanément sortis de l'ombre, en marge des travaux consacrés à la réforme des retraites concentrés exclusivement sur le financement et les mécanismes d'acquisition, de service et de montant des retraites, toutes préoccupations à dominante principalement financière.

En désignant les « vieux », présentés en France sans discernement, ni recul ni analyse suffisants,

VIEILLIR, HIER, AUJOURD'HUI, DEMAIN

PAR

DOMINIQUE HÉNON

ANCIEN DIRECTEUR FINANCIER DE LA CPAM DE PARIS

comme une espèce « à risques » pour eux-mêmes et pour les autres, et en les menaçant d'un confinement prolongé, n'a-t-on pas stigmatisé un quart de la population appelé à devenir un tiers de

celle-ci dans à peine deux décennies ainsi que les courbes démographiques le démontrent ?

N'ont-ils pas payé un tribut démesuré (direct ou indirect sous l'effet du syndrome de glissement notamment) à la pandémie au point qu'il faille encore davantage les mettre au ban de la société ?

En tout cas le vent du boulet a soufflé très fort à leurs oreilles et le débat national généré par cette hypothèse et cette valse-hésitation a laissé des traces indélébiles, d'autant plus, comme on le voit en se comparant à d'autres et notamment à des pays dits jeunes (Brésil, Inde, Algérie...), le Coronavirus - avéré partout comme un accélérateur de mortalité - a révélé bien d'autres facteurs de mortalité tout aussi ravageurs, tels que la promiscuité, la ségrégation, la pauvreté, la précarité de classes populaires délaissées y compris par un environnement sanitaire défaillant.

Aussi, s'agissant des « âgés », les pathologies associées à l'âge et au grand âge ne sont pas les causes uniques mais additionnelles de co-morbidités qui ont contribué à les décimer exagérément ?

Pourquoi ériger les victimes en boucs émissaires quand on sait qu'en dépit d'une aspiration très majoritaire des retraités français (au-delà de 80 % des sondés selon diverses enquêtes) de vivre leur vieillesse à domicile, ce sont plus de 10 % de ceux-ci qui sont relégués dans des établissements souvent peu propices à leur « bien-être » mais plutôt obsédés par la gestion au moindre coût, voire par la recherche du profit comme les médias le déplorent régulièrement (voir notamment l'article récent de Clément La-

combe, grand reporter à l'Obs, qui a obtenu le prix du meilleur article financier 2020 pour son étude sur le business des EHPAD).

La moitié des décès seraient ainsi imputables aux maisons de retraite où sont parquées des populations âgées ou très âgées vulnérables et souvent précaires en attente de leur dernière heure.

Les historiens retiendront à coup sûr que le Covid-19 a mis en lumière, au-delà des fragilités liées au vieillissement, une vulnérabilité générale de nos sociétés face à l'inconnu et en l'occurrence à un virus microscopique foudroyant qui a mis à mal trop de certitudes, d'impasses et de faux-semblants masquant tant d'autres vulnérabilités accumulées au fil des ans.

À propos de notre société, comme le rappellerait sagement La Fontaine « ils n'en mouraient pas tous mais tous étaient frappés », au moins de stupeur et de désarroi, flagrants dans l'ensemble des classes dirigeantes aux plans spirituel et politique : les églises de toutes confessions se sont claquemurées en remettant leur âme à dieu tandis que les gouvernants se déles-

taient volontiers de leurs responsabilités sur des scientifiques tout-aussi désorientés et divisés.

AVANT

Pourtant en effet - c'était « avant », dans l'ancien monde d'avant le Covid-19 - des ouvrages nombreux rédigés par des philosophes, sociologues, gérontologues, économistes et des groupes de

réflexion transversaux et/ou composites avaient tous martelé la nécessité d'une « approche globale » du vieillissement individuel et collectif en insistant sur les perspectives démographiques et l'émergence inéluctable d'une « Société du Vieillessement », dans laquelle la « qualité de vie et le bien-être des aînés » devait devenir une préoccupation nationale et intergénérationnelle aussi urgente, voire plus urgente, que la clarification et l'amélioration du système des pensions de retraite.

Les pouvoirs publics, depuis plusieurs décennies avaient eux-mêmes planché sur la création de dispositifs multiples, parfois désordonnés, d'aides sociales ciblées pour tenter de répondre à des inégalités et aux besoins criants des plus anciens, via les politiques sociales des caisses de retraite et souvent sous l'impulsion de la CNAV (déploiement sous son égide des démarches de « Bien-Vieillir ») ainsi qu'avec le relais des Coderpa, dans les territoires et dans le cadre « d'actions nationales » telles que Monalisa dédiée à la lutte contre l'isolement.

À cet égard, la loi ASV du 28 décembre 2015, ou loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement, constituait une mise en perspective salutaire de l'ensemble de ces contributions et initiatives publiques et associatives, y compris à travers la création des « Conférences des Financeurs » départementales, placées sous la coordination des conseils départementaux au

sein desquels les « CDCA » composés de retraités bénévoles ont en charge de représenter les séniors et les handicapés.

En parallèle, un grand mouvement était né à la frontière des champs de l'économie sociale et solidaire et de l'économie de marché sous l'appellation de « Silver Économie » prompt à mobiliser des financements et des énergies en faveur du développement de services et produits destinés aux âgés.

Ce nouveau secteur, particulièrement actif et innovant, a désormais créé ses propres réseaux et événements périodiques.

Pour les gouvernements successifs la prévalence des questions financières liées au financement des retraites et de la dépendance a occulté le plus souvent les aspects humains et les conditions de « vie » à la retraite des anciens, ce que le gouvernement actuel n'a pas démenti en oubliant totalement cet existant, y compris lors de l'élaboration de son projet de loi de réforme des retraites, qui ne s'est pas même inspiré de l'avis des CDCA, particulièrement compétents pour exprimer les atten-

tes des retraités...

Il est grand temps dès lors que soient pris en charge, de manière visible et lisible toutes les composantes de cette Société du vieillissement et de son impact sur et pour l'avenir de notre pays.

POUR LES GOUVERNEMENTS SUCCESSIFS LA PRÉVALENCE DES QUESTIONS FINANCIÈRES LIÉES AU FINANCEMENT DES RETRAITES ET DE LA DÉPENDANCE A OCCULTÉ LE PLUS SOUVENT LES ASPECTS HUMAINS ET LES CONDITIONS DE « VIE » À LA RETRAITE DES ANCIENS, CE QUE LE GOUVERNEMENT ACTUEL N'A PAS DÉMENTI EN OUBLIANT TOTALEMENT CET EXISTANT, Y COMPRIS LORS DE L'ÉLABORATION DE SON PROJET DE LOI DE RÉFORME DES RETRAITES, QUI NE S'EST PAS MÊME INSPIRÉ DE L'AVIS DES CDCA, PARTICULIÈREMENT COMPÉTENTS POUR EXPRIMER LES ATTENTES DES RETRAITÉS...

APRÈS

Dans ce contexte le CRAPS possède une légitimité naturelle pour s'impliquer en vue de peser sur les échéances futures, notamment électorales, en développant sa propre vision des améliorations à encourager pour ce qui touche à la situation des âgés en miroir des évolutions prévisibles des autres strates composant la nation. Il pourrait ainsi être proposé de créer un groupe de réflexion en son sein, éventuellement composé de sous-groupes spécialisés dédiés à des chapitres particuliers, tels que :

- Les indicateurs démographiques de l'avancée en âge : espérance de vie en hausse (régulière en France), espérance de vie en bonne santé (pas excellente en France), mortalité différentielle, taux de fécondité (en baisse dans nombre de pays développés), cumul du vieillissement par le haut et par le bas de la pyramide des âges, autant de facteurs qui démontrent la progression du phénomène de vieillissement différencié des sociétés européennes notamment, à l'instar du Japon qui a anticipé et expérimenté cette tendance au plan mondial, etc.
- La place des aînés dans la société, les catégories émergentes et les stéréotypes relatifs au vieillissement. La participation sociale des retraités et des instances qui leur sont dé-

diées (CDCA, groupements, think-tanks, associations de retraités) : partage des temps domestiques, de loisirs, d'engagement social, etc.

- La notion d'âgisme : selon l'OMS, il s'agit de la deuxième discrimination la plus fréquente après le racisme et l'anti-sémitisme. À partir de quand vieillit-on ? Sarcopénie, ostéoporose (ostéopénie), progéria et le vieillissement accéléré. Le jeunisme et autres clichés âge civil et âge biologique : à partir d'études sur des cohortes, une large dispersion peut être constatée pour un même âge civil déterminé. Vieillesse physique et mentale : les fragilités et pathologies associées à la prise d'âge, etc.
- Les aspirations et besoins des aînés et leurs évolutions à mesure du vieillissement : définition d'un revenu décent pour tous les anciens travailleurs retirés, inclus et exclus, maintien d'activités physiques, sportives, sociales et bénévolat, comportements pro-actifs favorables au bien-vieillir, santé et longévité.
- Les ressources des retraités articulées et conditionnées sur et par les carrières professionnelles : persistance ou aggravation des disparités et inégalités correspondantes au genre (la discrimination des femmes dans le monde du travail rejaillit sur le rende-

**DANS CE CONTEXTE LE
CRAPS POSSÈDE UNE
LÉGITIMITÉ NATURELLE
POUR S'IMPLIQUER
EN VUE DE PESER
SUR LES ÉCHÉANCES
FUTURES, NOTAMMENT
ÉLECTORALES, EN
DÉVELOPPANT SA
PROPRE VISION DES
AMÉLIORATIONS À
ENCOURAGER POUR CE QUI
TOUCHE À LA SITUATION
DES ÂGÉS EN MIROIR DES
ÉVOLUTIONS PRÉVISIBLES
DES AUTRES STRATES
COMPOSANT LA NATION.**

ment de leur revenu de remplacement à la retraite), au statut d'activité (les agriculteurs et indépendants restent moins bien traités que les fonctionnaires et salariés) et à l'accumulation de capital (coupable de creuser lourdement les écarts). La mobilisation du patrimoine des retraités dans une perspective inter-générationnelle...

- Le développement d'une approche inter-générationnelle propice à créer une répartition plus juste et solidaire des ressources entre toutes les tranches d'âge de la société eu égard aux besoins spécifiques de chacune devra être encouragée, avec la préoccupation d'organiser la transmission des avoirs et des savoirs des plus anciens vers les plus jeunes, etc.
- Et, bien sûr, une réflexion sur la fin de vie subie ou choisie, à domicile ou en établissement, la perte d'autonomie et son financement, les risques d'arnaques et de maltraitance courants, la maltraitance financière (rapport Koskas), la duplicité des investisseurs dans la construction et la gestion de structures destinées aux aînés orientées parfois vers la recherche du seul profit au détriment du bien-être des résidents, etc.

En conclusion, on conviendra que cette thématique si vaste a déjà été traitée et approfondie par de nombreux experts et groupes de réflexion (parfois sponsorisés, notamment par la Caisse des Dépôts) auxquels participent de nombreux experts et gérontologues avec l'appui d'auteurs reconnus et impliqués, au point qu'en dresser la liste repré-

sente déjà une véritable gageure.

En outre, de nombreux séminaires scientifiques avec le concours d'universités nationales (Paris 1, pour n'en citer qu'une) et internationales (telles l'université Paris-Dauphine à travers sa chaire spécialisée TDTE ou Transitions Démographiques/Transitions Économiques) ont rassemblé autant de sommités que de documentations autour des problématiques évoquées ci-dessus qui pourraient alimenter l'étude proposée ci-dessus aux éminents membres du CRAPS.

Le développement de la Silver Économie qui recouvre un marché à fort potentiel en plein essor depuis quelque 10 années en France repose sur plusieurs constats évoqués dans la présente note, à savoir qu'en 2030 plus de 20 millions de personnes auront dépassé 60 ans et qu'en 2050, près de 5 millions auront atteint 85 ans (contre 1,4 million aujourd'hui), sachant que le CREDOC établit que 54 % des dépenses réalisées par des particuliers dès 2015 étaient le fait des séniors. Ce contexte très porteur entraîne une croissance de la Silver Économie estimée à 0,25 point de PIB par an correspondant actuellement à 93 milliards d'euros et en projection en 2030 à plus de 130 milliards...

Mille et une raisons donc pour que le CRAPS soit pro-actif sur ce terrain, glissant comme l'âge de tous et chacun ! ■

**EN 2030 PLUS DE
20 MILLIONS DE
PERSONNES AURONT
DÉPASSÉ 60 ANS ET
QU'EN 2050, PRÈS DE
5 MILLIONS AURONT
ATTEINT 85 ANS**



TRIBUNE

REBÂTIR NOTRE INDÉPENDANCE SANITAIRE

PAR

OLIVIER LAUREAU

PRÉSIDENT DE LA FONDATION INTERNATIONALE DE RECHERCHE SERVIER ET DU GROUPE SERVIER

La pandémie que nous affrontons encore a fait partager par tous le diagnostic de la perte d'indépendance sanitaire de la France et de l'Europe.

Cet état de dépendance, naturellement préexistant à la crise du Covid-19 et déjà sous-jacent dans le débat public sur les pénuries, est apparu au grand jour.

Ces manifestations les plus visibles sont désormais mieux connues de l'opinion publique et largement débattues sur l'agora.

C'est d'abord la production en Asie, tout spécialement en Inde et en Chine, de 80 % des principes actifs employés pour la production de médicaments princeps et génériques, contre 20 % seulement il y a 30 ans. C'est également la production française de médicaments princeps et génériques qui ne représente plus que 11 % des ventes en pharmacie, contre presque la moitié dans les années 1990. C'est aussi la localisation des fournisseurs hors d'Europe pour des molécules essentielles. Le rapport du Sénat sur les pénuries, en octobre 2018, citait l'exemple des 35 molécules de base en oncologie fabriquées en Asie par trois fabricants. Ce sont, évidemment, les délocalisations massives depuis les années 1990 et les pertes d'expertise industrielle qui leur sont liées.

La crise du Covid-19 a servi de révélateur, au sens

photographique du terme, donnant forme et visibilité à ce qui était déjà.

Elle a suscité ainsi une prise de conscience des pouvoirs publics qui n'avaient pas toujours marqué, on doit à la vérité de le dire, ni dans leurs discours ni dans les politiques publiques impulsées, un vif intérêt pour notre indépendance sanitaire et ses exigences.

Désormais, les responsables politiques et les principales institutions publiques affirment le caractère essentiel de l'indépendance sanitaire et le lien étroit avec le maintien et le développement de filières industrielles, en France et en Europe.

Des ministres, des parlementaires tant français qu'euro-péens, des responsables politiques de toute nature, affichent un volontarisme réconfortant dans le domaine sanitaire, autour de l'ambition éloquentement exprimée par le Président Macron : « *rebâtir notre souveraineté nationale et européenne* ».

Vaste programme certes, mais réalisable si l'on ne s'égaré pas sur les sentiers charmeurs de l'utopie et si l'on ne se satisfait pas du seul pouvoir évocateur des mots.

En effet, la reconstruction par paliers de la souveraineté et de l'indépendance sanitaire exige des actes. Elle exige la cohérence entre le discours et les actes. Elle exige l'élaboration et la mise en œuvre de politiques publiques actives et volontaristes, inscrites dans la durée et qui auront un coût certain.

Ces politiques doivent d'abord favoriser le main-

ten, le développement et l'implantation de sites de R&D en France et en Europe.

Pour la R&D, il s'agit d'abord de sanctuariser ce qui existe et fonctionne dans l'intérêt de tous : le Crédit d'impôt recherche (CIR) et le Crédit d'impôt innovation (CII). Il faut, ensuite, améliorer et amplifier ce qui est déjà opérationnel : aides à l'innovation pilotées par BPI France, cohérence de l'offre publique de recherche, mise en réseau de l'ensemble des acteurs. Sur ce dernier point par exemple, les pierres déjà posées sont nombreuses : Pôles de compétitivité, Instituts Carnot, partenariats public-privé, incubateurs, thèses Cifre, chaires industrielles... Aidons-les à accroître leurs efforts collaboratifs si féconds.

Dans le domaine industriel, ces politiques publiques doivent créer les conditions de développement des capacités existantes, ainsi que celles de la relocalisation d'activités de production, tant pour la chimie fine que pour la production de médicaments.

L'impératif industriel doit ainsi conduire à lancer une vaste cartographie, avec

l'ANSM, des sites de production des principes actifs et des médicaments d'intérêt stratégique, pour identifier les sites existants à soutenir, les failles où l'implantation et la relocalisation doivent être encouragées. L'ensemble des acteurs publics et privés doivent être associés pour cette tâche, ainsi que pour identifier des pistes de sécurisation des chaînes de valeurs stratégiques et des approvisionnements critiques, sans oublier les conditions des relocalisations nécessaires.

Dans ce domaine de la production, une vraie politique de renforcement de la compétitivité de

DES MINISTRES, DES PARLEMENTAIRES TANT FRANÇAIS QU'EUROPÉENS, DES RESPONSABLES POLITIQUES DE TOUTE NATURE, AFFICHENT UN VOLONTARISME RÉCONFORTANT DANS LE DOMAINE SANITAIRE, AUTOUR DE L'AMBITION ÉLOQUEMENT EXPRIMÉE PAR LE PRÉSIDENT MACRON : « REBÂTIR NOTRE SOUVERAINÉTÉ NATIONALE ET EUROPÉENNE ».

nos industries de santé s'impose. Les moyens de cette politique sont déjà largement connus et documentés : réduction de la taxation excessive qui pèse sur la production, réforme d'un environnement législatif et réglementaire qui doit devenir plus « *business friendly* », appui à l'innovation, digitalisation et décarbonation de nos activités industrielles.

Le déploiement plus rapide du digital est particulièrement nécessaire, pour découvrir plus rapidement et efficacement des innovations, pour mieux prescrire et suivre les médicaments mis sur le marché au bénéfice des patients, mais aussi de la collectivité car il y a là un gisement non négligeable d'économies.

Cette politique industrielle a également un volet européen évident. Nous ne pouvons que nous féliciter des efforts en cours de la France et de l'Allemagne, soutenus par plusieurs États membres et de nombreux parlementaires européens, pour convaincre la Commission européenne de sortir d'une approche trop théologique des aides d'État. Il s'agit de permettre l'insertion de la relocalisation et du maintien des activités industrielles de santé indispensables à la souveraineté et à l'indépendance sanitaire, des États membres et de l'Union, comme cause légitime de dérogation au principe communautaire de l'interdiction des aides d'État.

Toutefois, rien ne sera possible si l'on n'aborde pas le tabou suprême, celui des prix des médicaments et plus largement des solutions de santé.

La contrainte majeure des déficits des comptes

sociaux a conduit, depuis 2010, à une maîtrise exclusivement comptable des dépenses de santé centrée sur l'imposition de baisses de prix massives, particulièrement pour les produits établis, sans tenir aucun compte des impératifs industriels et sanitaires, en décalage complet avec les coûts de production français et européens.

Cette politique a dégradé constamment les perspectives du marché local pour les entreprises françaises de santé, fragilisant leur modèle économique. Elles tiennent encore par l'export, qui

est lui-même menacé par ces baisses de prix massives, alors que le prix français sert de référence dans près de 52 pays étrangers.

Ce mode de régulation des dépenses de santé par l'imposition de baisses de prix massives ne peut perdurer si l'on veut reconstruire l'indépendance sanitaire de notre pays.

Là encore, les solutions sont connues. Il faut fixer au Comité Économique des Produits de Santé (CEPS), l'instance compétente en matière de prix, des objectifs nationaux de

politique industrielle et de commerce extérieur. La politique de fixation et de révision des prix doit désormais prendre effectivement en compte les investissements réalisés, en France et en Europe, en R&D et en production. Elle doit aussi prendre en compte l'export, avec un mécanisme combinant un dispositif de prix facial à l'export et des remises pour les produits fabriqués en France et fortement exportés, sans aucun surcoût pour l'Assurance maladie. La mise en place d'un tel système de prix de soutien à l'export créerait de la valeur pour la France et éviterait le phénomène

ne des exportations parallèles qui sont une des causes des ruptures d'approvisionnement dont pâtissent les patients.

Les dispositifs existent déjà pour certains, les discours politiques au plus haut niveau de l'État soutiennent publiquement ces idées que nous défendons depuis longtemps avec les industries françaises de santé réunies dans le G5 Santé, mais l'application « *en vie réelle* » n'est toujours pas au rendez-vous.

Après le « Ségur de la Santé », un CSIS (Conseil Stratégique des Industries de Santé) extraordinaire, à tous égards, serait donc un premier pas pour rendre possible le nécessaire : rebâtir notre indépendance sanitaire.

Pour Servier, 2^e groupe pharmaceutique français, présent dans 149 pays, réalisant 95 % du CA princeps à l'export, ce combat est au cœur de

notre ADN. En effet, nous avons toujours maintenu notre centre de décision en France, mais également l'essentiel de notre R&D avec 70 % de nos chercheurs dans notre pays. Ils seront bientôt tous réunis dans notre nouvel Institut de Recherche Servier Paris-Saclay, pour lequel nous investissons 300 millions d'euros. Rappelons aussi que nous avons 98 % de nos principes actifs princeps produits en Normandie, 35 % de nos médicaments princeps issus de notre site de production dans l'Orléanais.

Ce combat pour l'indépendance sanitaire, il est le nôtre, celui d'un groupe à la forte empreinte française. Il n'est pas antinomique avec l'esprit de conquête des marchés étrangers, notre expérience le prouve. Il est conforme à notre vocation essentielle : demeurer un groupe indépendant engagé pour le progrès thérapeutique au bénéfice des patients. ■

**CE COMBAT POUR
L'INDÉPENDANCE SANITAIRE,
IL EST LE NÔTRE, CELUI D'UN
GROUPE À LA FORTE EMPREINTE
FRANÇAISE. IL N'EST PAS
ANTINOMIQUE AVEC L'ESPRIT
DE CONQUÊTE DES MARCHÉS
ÉTRANGERS, NOTRE EXPÉRIENCE
LE PROUVE. IL EST CONFORME À
NOTRE VOCATION ESSENTIELLE :
DEMEURER UN GROUPE
INDÉPENDANT ENGAGÉ POUR LE
PROGRÈS THÉRAPEUTIQUE AU
BÉNÉFICE DES PATIENTS.**

TRIBUNE

DISTANCIATION SOCIALE ET SERVICE PUBLIC

PAR

ABRAHAM HAMZAWI
PARTNER ASSURANCE MALADIE À SOPRA
STERIA NEXT

Comment le service public peut-il fonctionner en limitant les contacts au strict nécessaire ? Dans le domaine de la Protection sociale se pose la qualité des interactions dans les agences qui accueillent du public. Dans quelle mesure ces contacts sont-ils indispensables ? Combien d'interactions pourraient être évitées si la manière de servir l'usager avait été pensée différemment tout en permettant d'atteindre le même objectif (accéder à un droit, par exemple une couverture maladie) ?

La crise sanitaire liée au Covid-19 nous donne une opportunité unique de repenser l'expérience humaine. Dans certains cas les contacts en face à face semblent incontournables et les conditions

de sécurité (sanitaire) sont alors primordiales. Mais pour une très large majorité des contacts il y a ceux qui devraient être effectués à distance, voire ne devraient pas avoir lieu. Plus généralement il s'agit de réduire les risques tout au long du parcours usager.

L'on nous dit que « *le meilleur service client est celui où le client n'a pas besoin de vous appeler* ».

Comment cette affirmation peut-elle être transposée dans le cadre des démarches administratives ?

Les meilleurs services clients mettent le client au premier plan. Alors, si l'on mettait l'utilisateur au premier plan nous pourrions penser qu'il n'aurait plus de démarches à accomplir. En tout cas sur le plan strictement administratif (collecte de données, remplissage de formulaires, transmission de pièces justificatives).

Dans le cadre de la crise liée au Covid-19 certaines administrations de la Sécurité sociale ont procédé à la prolongation systématique des droits. Ce qui a permis de basculer davantage vers le contrôle a posteriori. L'utilisateur conserve ses droits et l'administration vérifiera une fois les conditions de sécurité sanitaire rétablies si cette conservation est fondée. Cette situation inédite aide très largement à repenser les procédures opérationnelles. La montée en puissance du contrôle a posteriori suppose une meilleure utilisation des données détenues par les administrations. Non seulement celles de la Protection sociale mais celles des autres sphères de l'action publique.

Les administrations pourraient ainsi davantage orienter leurs actions avec pour but d'accompagner, d'informer et de conseiller. Si les démarches s'effectuent sans contact elles n'en demeurent pas moins humaines : elles sont conçues à partir de l'utilisateur. Ce qui suppose de bien connaître ses attentes. Rien n'est plus difficile. Il est en effet assez difficile d'anticiper, de penser et de planifier la manière de faire pour répondre aux attentes. Il faut expérimenter, sans galvauder le principe car si vous savez que cela va fonctionner alors ce n'est pas une expérimentation. Il faut accepter de prendre des risques. C'est le prix de l'innovation. S'il y a échec alors il doit être circonscrit et sans impact significatif. Si l'on échoue il faut échouer vite, comprendre pourquoi, afin de rectifier et recommencer une nouvelle expérimentation. Ce qui suppose que l'on ait bien explicité les hypothèses de travail et l'objectif à atteindre. Le problème c'est que l'échec n'est pas acceptable dans la culture administrative. Ce qui représente un frein à l'innovation. La crise sanitaire à cet égard nous fait réfléchir...

Dans cette démarche d'innovation il s'agit de mettre l'utilisateur au premier plan. Puis d'inventer. Enfin, il faut avoir beaucoup de patience. À cet égard l'analyse des motifs de contact est primordiale. Une meilleure collecte des informations relatives à ces contacts est déterminante. C'est le prérequis pour engager un processus d'amélioration en continu de la manière d'interagir avec les usagers.

Si nous souhaitons véritablement instaurer un mode de travail à distance, y compris pour les agents du service public, les démarches de type "design thinking" doivent être mise en œuvre effectivement. Ce qui implique de comprendre vraiment l'utilisateur, partir de son point de vue, de se mettre à sa place, de vivre son expérience. C'est ainsi que le service sans contact mais humain pourra se développer. Il faut se réinventer et questionner profondément la manière dont les procédures et démarches administratives sont conçues et mises en œuvre.

Les technologies relatives à l'intelligence artificielle et à l'automatisation des tâches (robotic process automation, on parle même d'hyperautomation, c'est-à-dire qui comporte des modules d'analyse de données avancés) vont contribuer à réduire les activités répétitives sans valeur ajoutée et permettre aux agents de passer plus de temps à analyser, comprendre la situation des usagers afin de mieux les conseiller.

Paradoxalement le développement des interactions sans contact avec les administrations va conduire à placer l'humain au centre des solutions technologiques mises en œuvre. Car si l'on veut que le service public sans contact réussisse il faut qu'il soit conçu à partir de l'humain et pour lui. ■



TRIBUNE

NON CE N'EST PAS D'ARGENT DONT L'HÔPITAL A BESOIN PRIORITAIREMENT !

PAR

JEAN-PAUL SÉGADE
PRÉSIDENT DU CRAPS & ANCIEN
DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AP-HM

BERNARD ACCOYER
ANCIEN PRÉSIDENT DE L'ASSEMBLÉE
NATIONALE & DÉPUTÉ HONORAIRE DE LA
HAUTE SAVOIE

P^R JEAN-MICHEL DUBERNARD
PU-PH, DÉPUTÉ HONORAIRE DU RHÔNE &
ANCIEN PRÉSIDENT DE LA COMMISSION
DES AFFAIRES CULTURELLES, FAMILIALES
ET SOCIALES DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE
&

P^R ALAIN BERNARD
PU-PH, & CHEF DE PÔLE CHIRURGIE
CARDIO-VASCULAIRE ET THORACIQUE AU
CHU DE DIJON

C'est désormais admis par tous. Notre système hospitalier est en crise. Le personnel de santé l'avait dit. Avec ses mots et sa conscience professionnelle admirable. La Covid-19 l'a démontré. Avec son cortège funèbre et ses questionnements anxiogènes.

Comme d'habitude, nos réflexes, nos habitudes et pour tout dire notre culture dans un élan pavlovien ont provoqué une inflation tout à la fois d'accusations et de demandes urgentes d'argent pour remédier rapidement aux insuffisances constatées.

La France dépense autant que l'Allemagne pour sa santé par rapport au PIB¹. Il serait donc plus mature de se pencher sur les axes d'amélioration de nos organisations de soins, de nos structures hospitalières et sur le poids des administrations avant de réclamer plus de moyens.

Heureusement que ce n'est pas d'argent dont l'hôpital a le plus besoin ! C'est sans doute une chance pour un pays qui doit vivre désormais avec une dette à hauteur de 140 % de son PIB et dont les fins de mois sont possibles grâce à des taux d'intérêt négatifs !

En réalité, la célèbre phrase de Jean Monnet « Rien ne se crée sans les Hommes, rien ne dure sans les Institutions » pourrait être le fil rouge de la future réforme. Remplaçons Institutions par Organisations et encadrons par quatre principes incontournables la méthode :

Confiance : La responsabilisation des acteurs médicaux dans la gestion de leurs services, comme des gestionnaires dans la définition de la stratégie de leur établissement, suppose que l'on inscrive comme principe de base dans toute réforme le principe de subsidiarité qui induira plus de liberté.

Courage : La contradiction entre une exaltation pour le progrès médical comme technologique et la volonté de garder les mêmes organisations, le même statut reflète une réalité humaine antinomique à toute évolution. Le maintien de rentes de situation, des droits acquis, le jeu de pouvoirs sont des obstacles d'autant plus forts qu'ils revêtent l'habit de l'intérêt du malade !

Liberté : Mettre fin à une tradition jacobine évoluant dans un cadre unique garant d'une égalité virtuelle des acteurs. Les ARS en sont l'exemple type !

Équilibre budgétaire : Base du financement des dépenses de santé et condition sine qua non à la pérennité de notre système de santé. Si l'équilibre budgétaire de notre système de santé est gage de

sa pérennité, celui de nos hôpitaux est la garantie d'investir et de se moderniser. Ces principes ouvrent un possible. Celui de changer de paradigme, ce qui est plus important que trouver des moyens supplémentaires et permettent de redonner élan et dynamisme dans les cœurs des acteurs et donc du sens. Selon la formule de Gresham² sur la monnaie, « les mauvaises règles chassent les bons acteurs ».

Fort de ces principes deux axes doivent être tracés :

D'abord, réformer l'hôpital public sans repenser notre système de santé, c'est continuer un fonctionnement en silos alors que la crise actuelle a démontré que nous avons besoin de tous les acteurs.

En effet, l'hôpital, bien qu'essentiel, n'est qu'un des acteurs de la santé. N'envisager que la réforme de l'hôpital sans impliquer les acteurs de la médecine de ville nous conduira aux mêmes erreurs que par le

passé. La réforme devra être initiée par les Territoires et prendre en compte les besoins de la population, en leur proposant une offre de soins de qualité.

Ceci présuppose que l'on s'intéresse à la mesure de la qualité et que l'on évoque les parcours de soins. La réforme nécessaire de la tarification à l'activité pour les hôpitaux introduisant plus de qualité et prenant en compte les incidences du progrès médical rendra nécessaire une adaptation du paiement à l'acte dans le libéral, mettra fin aux rentes de situation souvent liées à une évolution du progrès technique facilitant la multiplication des actes.

LA FRANCE DÉPENSE AUTANT QUE L'ALLEMAGNE POUR SA SANTÉ PAR RAPPORT AU PIB. IL SERAIT DONC PLUS MATURE DE SE PENCHER SUR LES AXES D'AMÉLIORATION DE NOS ORGANISATIONS DE SOINS, DE NOS STRUCTURES HOSPITALIÈRES ET SUR LE POIDS DES ADMINISTRATIONS AVANT DE RÉCLAMER PLUS DE MOYENS.

Nous n'éviterons pas de revoir la gouvernance des structures hospitalières mais également la place des élus dans les Territoires de santé, en particulier le rôle des Régions pour les CHU. Plus d'État stratège définissant des principes et moins d'État opérationnel voulant gérer l'action de tous. La réforme administrative devra accompagner la refonte des processus décisionnels.

Ensuite, reconnaître les professionnels, c'est valoriser le travail avec des incidences majeures.

L'unanimité observée pour une meilleure reconnaissance des métiers de santé nécessitera de traiter des sujets conflictuels, à commencer par la durée du temps de travail... Les infirmières allemandes sont certes mieux rémunérées mais elles travaillent également plus (38 heures - nuit comprise) et réalisent des actes qualifiés de médicaux en France, laissés actuellement à la seule compétence des médecins. La réforme de la nomenclature des actes devra intégrer de nouvelles frontières et zones de complémentarités entre

les métiers de soins et la pertinence du statut. Comment justifier un statut unique pour gérer des projets professionnels différents ?

Nous n'échapperons pas également à une logique de transparence dans l'évaluation. Force est de constater que la transparence de l'activité médicale reste en panne. Elle n'induit pas une reconnaissance pour les acteurs, ni ne permet d'envisager des pistes d'amélioration. L'exemple des seuils d'activité est révélateur du retard de la France.

Commencer d'abord à mettre en place ces principes, faire aboutir ces axes serait retrouver l'efficacité par la responsabilisation. Alors la reconnaissance deviendra indiscutable... ■

¹ OCDE.

² Thomas Gresham. Banquier anglais (1419-1579), à l'origine de la Royal Exchange de Londres a élaboré une loi monétariste selon laquelle la mauvaise monnaie chasse la bonne...

TRIBUNE



L'HÔPITAL PUBLIC : APRÈS NE SERA PAS COMME AVANT !

PAR

JEAN-PIERRE DEWITTE

ANCIEN DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CHU DE POITIERS ET ANCIEN PRÉSIDENT DE LA CONFÉRENCE NATIONALE DES DIRECTEURS GÉNÉRAUX DE CHU

Deux mois de crise sanitaire aigüe, ont confirmé la place primordiale de l'hôpital public français et tout particulièrement des centres hospitaliers universitaires.

En tout premier lieu, il convient de rendre homma-

ge à tous les personnels de l'hôpital public, parmi lesquels les soignants les plus visibles, mais aussi toutes les autres professions sans lesquelles l'hôpital ne fonctionnerait pas. Plus de cent métiers coexistent quotidiennement dans un CHU.

À l'heure des remerciements, il ne faudra oublier personne.

L'hôpital public a fait preuve d'une extrême adaptabilité, et de l'agilité de ses organisations. Ses personnels ont montré un dévouement et un dépassement de soi exemplaires. Cette réussite collective n'a été possible que grâce aux fondations solides et stables de nos hôpitaux.

À l'heure où certains rêvent d'un nouveau monde et d'une révolution de l'hôpital public, réaffirmons nos valeurs qui ont fait la force et le succès de notre régime de Protection sociale et de l'hôpital public. Soyons les garants des valeurs humanistes qui depuis le XVIII^e siècle nous animent : valeurs de solidarité, d'égalité, de neutralité, qui donnent tout leur sens à l'action des professionnels.

L'hôpital public fonctionne globalement bien, il a fait preuve de son adaptabilité par exemple à travers le développement de la médecine et de la chirurgie ambulatoire, de l'hospitalisation à domicile plébiscitées par les patients qui bénéficient de prises en charge de qualité.

L'objectivité impose de reconnaître qu'avant la crise sanitaire, un malaise gangrénait le monde hospitalier. La succession des années de contraintes budgétaires et normatives a pollué la vie quotidienne des hospitaliers. La qualité légitimement prouvée et recherchée ne pouvait être déployée.

La fermeture des lits, le plafonnement de l'évolution de la masse salariale, le gel des salaires, le retard d'investissements étaient dénoncés par les professionnels, directeurs, médecins, soignants, personnels techniques et administratifs, mais pas entendus.

À cela, il convient d'ajouter le déficit criant du nombre de médecins, conséquence là encore d'un *numerus clausus* beaucoup trop bas, la baisse d'attractivité des fonctions infirmières d'où les postes vacants non pourvus, les remplacements partiellement réalisés. La qualité du travail et la qualité de vie au travail n'étant que des incantations sans traductions concrètes.

Oui, il faut améliorer le fonctionnement de l'hôpital public, mais il ne faut pas se tromper de cibles.

Trois actions m'apparaissent prioritaires :

- La première concerne l'augmentation significative des rémunérations de tous les personnels hospitaliers et en premier lieu celles des catégories les plus basses, aides-soignants, agents administratifs, ouvriers... Les rémunérations des infirmières doivent être au moins égales à celles effectives dans les autres pays européens. Il faut assouplir les règles statutaires de recrutement, de rémunération. Comment recruter un ingénieur biomédical, un contrôleur de gestion, un informaticien en respectant les grilles

de rémunération statutaires ? Il faut permettre le développement de l'intéressement collectif et individuel. L'attractivité pour l'ensemble des professionnels est à ce prix ;

- Il faut relancer le financement de l'investissement hospitalier. Oui le progrès médical, les nouvelles technologies, les systèmes d'information, l'équipement des plateaux techniques, la robotique ont un coût. L'architecture aussi doit être libérée de son carcan de normes restrictives, cessons de réduire les capacités et les espaces de travail, d'hébergement, de vie collective. L'hôpital public est aussi une activité économique productrice de richesses ;

- La troisième action, bien décrite par de nombreux observateurs de cette crise concerne la simplification du fonctionnement interne de l'hôpital, sa complexité est rejetée en interne et inexplicable à l'extérieur. Le choc de simplification souvent annoncé n'a jamais franchi le seuil de l'hôpital.

Une juste mesure est à trouver, mais il convient de libérer les initiatives, simplifier les procédures d'achats... D'une façon générale, il faut privilégier le contrôle à posteriori, car nous sommes bien conscients que liberté rime avec contrôle dans la gestion des fonds publics. Nos ressources nationales connaîtront toujours une limitation.

On ne peut et il ne faut vouloir tout révolutionner en même temps. Il nous faut rester solidaires sur ces trois axes et ne pas commencer ce qu'adorent les Français : la chasse aux sorcières.

Les critiques centrées sur les Directeurs d'ARS pour certains « *boucs émissaires de la crise* » sont injustifiées et déplacées. N'oublions pas qu'ils sont chargés de la mise en œuvre des politiques publiques dans leur ressort territorial. À leur décharge, la réforme territoriale a engendré la création de superstructures difficilement gérables, qui font disparaître l'esprit de la réforme initiale lors de création des ARH.

Ne critiquons pas non plus les Directeurs d'établissements et leurs équipes de direction qui ont également montré un engagement exemplaire dans cette délicate période.

Comment laisser dire que cette crise « *a permis aux médecins de reprendre le pouvoir à l'hôpital* » ? Je suis certain que la gouvernance n'est pas l'enjeu de la réforme annoncée de l'hôpital public.

Quarante ans de direction et d'hôpital m'ont démontré que les relations quotidiennes envers un directeur et un Président de CME qui est le responsable des médecins, sont excellentes dans la quasi-totalité des établissements. Nul n'imagine diriger efficacement sans cette écoute et ce dialogue permanent.

Revendiquer et partager le pouvoir n'est possible que si l'on partage la responsabilité administrative et juridique de la fonction. En quoi la codécision serait bénéfique ? À l'inverse, pourquoi ne pas nommer un médecin à la tête d'une institution hospitalière ? Les textes l'autorisent depuis longtemps, mais il semblerait que les candidatures soient absentes.

De même, ne profitons pas de cette réforme nécessaire pour rejeter le mode actuel de financement des hôpitaux publics. Rappelons que le financement à l'activité ne représente que 50 % du financement d'un CHU.

Observons les difficultés des structures restées au budget global ; les hôpitaux psychiatriques, mal financés et le développement des soins de suite paralysés, alors que leurs créations permettraient de fluidifier le parcours patient.

Après ne sera pas comme avant, l'hôpital public a depuis longtemps besoin d'un traitement de fond et non de remèdes ponctuels successifs.

Nous devons nous interroger sur la gestion statutaire par trop rigide des personnels, sur le statut lui-même de l'hôpital public, sur l'inflation des normes.

Tout en restant sans but lucratif, l'hôpital ne devrait-il pas s'inspirer du modèle des structures d'intérêt collectif...

Dans tous les cas, la gestion de fonds publics nous oblige à la juste dépense et donc à l'efficacité pour offrir à chacun de nous un égal accès à des soins de qualité. ■



REPENSER LA PLACE DES INDUSTRIELS DANS L'ÉCOSYSTÈME DE SANTÉ

PAR

ÉTIENNE TICHIT
DIRECTEUR GÉNÉRAL DE
NOVO NORDISK FRANCE

cialisé dans le diabète, l'hémophilie et les hormones de croissance, nous avons souhaité dépasser le cadre d'une simple gestion interne de la crise sanitaire. Être une entreprise citoyenne et engagée ce n'est pas seulement réagir et prendre les mesures nécessaires pour ses employés, les professionnels de santé et garantir l'accès aux traitements pour les patients, mais c'est aussi accompagner le changement et aider la société à faire face. Et comme nous le savons tous, toute crise est une opportunité de questionner notre contribution à

la société. Notre entreprise vient d'ailleurs de lancer son programme international « *Defeat Diabetes* » visant à mettre en œuvre toutes les mesures nécessaires pour vaincre le diabète que ce soit en termes de prévention, d'accessibilité ou d'innovation.

Agir, entreprendre, être de véritables partenaires ont ainsi guidés notre méthode et nos choix ces huit dernières semaines. Avec cette crise, il n'y avait plus l'hôpital d'un côté, la médecine de ville de l'autre ; les autorités publiques et les entreprises privées. Nous formions une nation avec un objectif prioritaire partagé par tous : dépasser la crise du

Notre vie a été bouleversée et chamboulée par une crise que personne n'avait anticipée. Soudain, nous attendions impatiemment et avec gravité les données sanitaires fraîchement compilées pour voir comment nos vies, nos prévisions familiales, estivales, nos entreprises, nos collaborateurs allaient pouvoir reprendre dans les meilleures conditions sanitaires.

Comme Directeur Général de Novo Nordisk en France, leader pharmaceutique danois spé-

Covid-19 et préparer la suite, en contribuant pleinement à l'accélération de la transformation de notre modèle de société et de santé. Ainsi, pour la santé, la téléconsultation, le télé-suivi, le portage des médicaments, la conduite de la recherche, la relocalisation industrielle, les priorités sanitaires ont été au cœur des débats avec malheureusement des volets oubliés comme, par exemple, le soutien à la précarité et aux personnes âgées ou dépendantes.

Pour cela, Novo Nordisk a d'abord souhaité répondre à l'appel du Président National des Banques Alimentaires, M. Baillet, confrontées au manque de masques et de gels hydroalcooliques, de ressources alimentaires, à l'isolement des personnes les plus précaires. En apportant un soutien sur trois ans, pour un montant de 500 000 euros, et en y associant la Fédération Française des patients Diabétiques (FFD) et la Société Francophone du Diabète (SFD), nous avons souhaité aider les premières victimes de la crise sanitaire : les personnes vivant en extrême précarité qui sont d'ailleurs, plus souvent que d'autres, touchées par le diabète, l'obésité, les problèmes cardiovasculaires... Répondre à l'urgence sanitaire et la précarité alimentaire mais aussi préparer la suite en construisant une équipe pour permettre de prévenir, d'adapter les messages d'éducation à la santé, et parfois de dépister les personnes diabétiques ou obèses était, pour nous, une priorité. Une discussion est par ailleurs engagée avec les Banques Alimentaires pour mobiliser bénévolement l'ensemble de nos collaborateurs lors de la collecte nationale début décembre.

Ensuite, nous souhaitons préparer la sortie du confinement et aider les autorités à mettre fin à la propagation du Covid-19. Pour cela nous avons apporté notre soutien à la solution de télé-suivi COVIDOM développée par l'entreprise Nouveal, avec l'AP-HP, La Poste, Malakoff Humanis et J&J afin de suivre à distance les patients porteurs et organiser au mieux leur parcours de soins (ou l'isolement). Ce soutien a permis d'étendre, gratuitement, l'usage de cet outil aux professionnels de santé de ville partout en France.

ÊTRE UNE ENTREPRISE CITOYENNE ET ENGAGÉE CE N'EST PAS SEULEMENT RÉAGIR ET PRENDRE LES MESURES NÉCESSAIRES POUR SES EMPLOYÉS, LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET GARANTIR L'ACCÈS AUX TRAITEMENTS POUR LES PATIENTS, MAIS C'EST AUSSI ACCOMPAGNER LE CHANGEMENT ET AIDER LA SOCIÉTÉ À FAIRE FACE.

Enfin, afin de limiter l'engorgement du système de soins, nous avons souhaité rejoindre la large « *Coalition Innovation Santé* » autour de France Biotech, France Digitale, l'AP-HP, France Assos Santé et bien d'autres pour développer et mettre en œuvre des solutions innovantes dans le domaine de la santé sur la base des besoins identifiés et remontés par les structures de soins, les professionnels de santé et les associations de patients. Depuis la création de cette coalition le 25 mars dernier, l'appel à projets a remporté un vif succès avec plus de 350 projets qualifiés et plus d'une centaine de besoins recensés auprès des structures de soins et des associations de patients comme la télésurveillance du parcours de soins et le monitoring des données médicales.

Cette crise aura probablement brisé quelques silos, si présents dans la société française et qui existent si peu dans le pays de notre maison mère, le Danemark, où collaborations publiques - privées sont fortement ancrées dans la culture du « *pragmatisme scandinave* ». C'est peut-être une des autres leçons que nous devons tirer de cette crise : l'innovation en Santé ne peut se faire qu'avec l'ensemble des acteurs de Santé et les industriels devraient être davantage associés à cet effort national... ■

DE LA PERTINENCE DU MODÈLE MUTUALISTE AFFINITAIRE PAR LA PREUVE

PAR

GÉRARD VUIDEPOT
PRÉSIDENT DE LA MNH ET
DU GROUPE NEHS



La crise que nous venons de traverser est inédite.

Inédite par son ampleur, inédite par ses conséquences qui nous touchent encore pendant une longue période, inédite par les drames humains qu'elle a générés. Mais inédite aussi par la mobilisation

exemplaire des professionnels de santé, et notamment de l'hôpital public. Inédite, elle l'est également par l'énergie et le professionnalisme déployés par ces femmes et ces hommes pour sauver des vies, les nôtres et celles de nos proches. Inédite, enfin, par la mise à l'épreuve du système de santé français, jusqu'à une extrême limite qui n'a heureusement jamais été franchie grâce à l'engagement de tous ses acteurs, et à leur solidarité exemplaire.

Face à ce caractère exceptionnel, la Mutuelle Nationale des Hospitaliers (MNH) et le Groupe nehs qu'elle a créé ont souhaité répondre présents aux côtés des professionnels du monde de la santé et du social, ancrés, en tant que seule mutuelle affinitaire de ces mêmes professionnels, dans 60 ans de mobilisations pour et avec les soignants.

Poussées par les valeurs mutualistes de solidarité et d'entraide qui fondent leur action, nos équipes ont mobilisé toute leur énergie

pour apporter des solutions concrètes à toutes celles et tous ceux qui prennent soin des autres et de leur santé.

Tout au long de cette crise, la MNH a ainsi apporté une attention toute particulière à ses adhérents et plus largement à tous les professionnels de la santé et du social. Avec l'Humain au cœur de nos préoccupations, nous nous sommes notamment mobilisés aux côtés de l'association Soins aux Professionnels de Santé (SPS)

pour proposer un soutien psychologique pour tous les soignants, gratuit, accessible 24h/24, 7j/7.

Un secours financier a été apporté à tous les adhérents pour leurs frais de garde d'enfants durant la période de confinement, et des améliorations ont été mises en œuvre sur certaines prestations avec la suppression des délais de franchise pour le maintien de salaire en cas d'arrêt de travail.

**POUSSÉES PAR LES
VALEURS MUTUALISTES
DE SOLIDARITÉ ET
D'ENTRAIDE QUI FONDENT
LEUR ACTION, NOS
ÉQUIPES ONT MOBILISÉ
TOUTE LEUR ÉNERGIE
POUR APPORTER DES
SOLUTIONS CONCRÈTES À
TOUTES CELLES ET TOUS
CEUX QUI PRENNENT SOIN
DES AUTRES ET DE LEUR
SANTÉ.**

Soucieuse de la solidarité intergénérationnelle qui fonde le modèle mutualiste, une attention a été portée aux adhérents retraités à travers une écoute et une aide médico-sociales disponibles pour chacun d'entre eux.

Solidaire avec tous, la MNH s'est également engagée aux côtés d'UNÉO pour proposer à tous les agents engagés en première ligne, soignants et militaires, une couverture complémentaire, santé et prévoyance, durant toute la période de crise pour celles et ceux qui n'en possédaient pas une.

ILS ONT FAIT...

En réponse à cette crise, la MNH n'a pas agi seule. Fort de la diversité de ses activités, le Groupe nehs qu'elle a fondé et ses équipes ont mobilisé leurs compétences pour réorganiser des services entiers, étendre leur accessibilité, augmenter leurs capacités productives. Au sein de notre groupe mutualiste, notre préoccupation première a ainsi toujours été celle de l'utilité de nos services pour les professionnels de terrain.

À titre d'exemple, la société SODEL a réadapté l'ensemble de ses chaînes de production pour répondre aux demandes de produits désinfectants. La société NEHS Digital a pour sa part rendu largement accessible sa plateforme nationale de télémedecine, et a travaillé avec la Société Française de Radiologie à la création d'une base de données nationale de scanners thoraciques visant à améliorer la prise en charge des patients Covid+. Les titres de presse du Groupe Profession Santé et d'HOSPIMEDIA ont rendu gratuitement accessible tous les contenus relatifs au Covid-19. La Banque Française Mutualiste a poursuivi son engagement auprès de tous les acteurs publics pour lutter contre la désinformation en partenariat avec Sources de confiance.

Face aux nombreuses difficultés de renforcement des équipes rencontrées par les éta-

EN RÉPONSE À CETTE CRISE, LA MNH N'A PAS AGI SEULE. FORT DE LA DIVERSITÉ DE SES ACTIVITÉS, LE GROUPE NEHS QU'ELLE A FONDÉ ET SES ÉQUIPES ONT MOBILISÉ LEURS COMPÉTENCES POUR RÉORGANISER DES SERVICES ENTIERS, ÉTENDRE LEUR ACCESSIBILITÉ, AUGMENTER LEURS CAPACITÉS PRODUCTIVES.

blissements de santé, nous avons proposé plusieurs initiatives visant à faciliter la diffusion d'offres d'emploi et/ou de remplacement grâce à nos solutions Emploi Soignant, Emploi Médecin, Teamsquare et StaffSanté. De plus, sachant compter sur la solidarité de ses adhérents, la MNH a lancé un appel au volontariat auprès de ses adhérents pour venir renforcer les établissements dans le besoin.

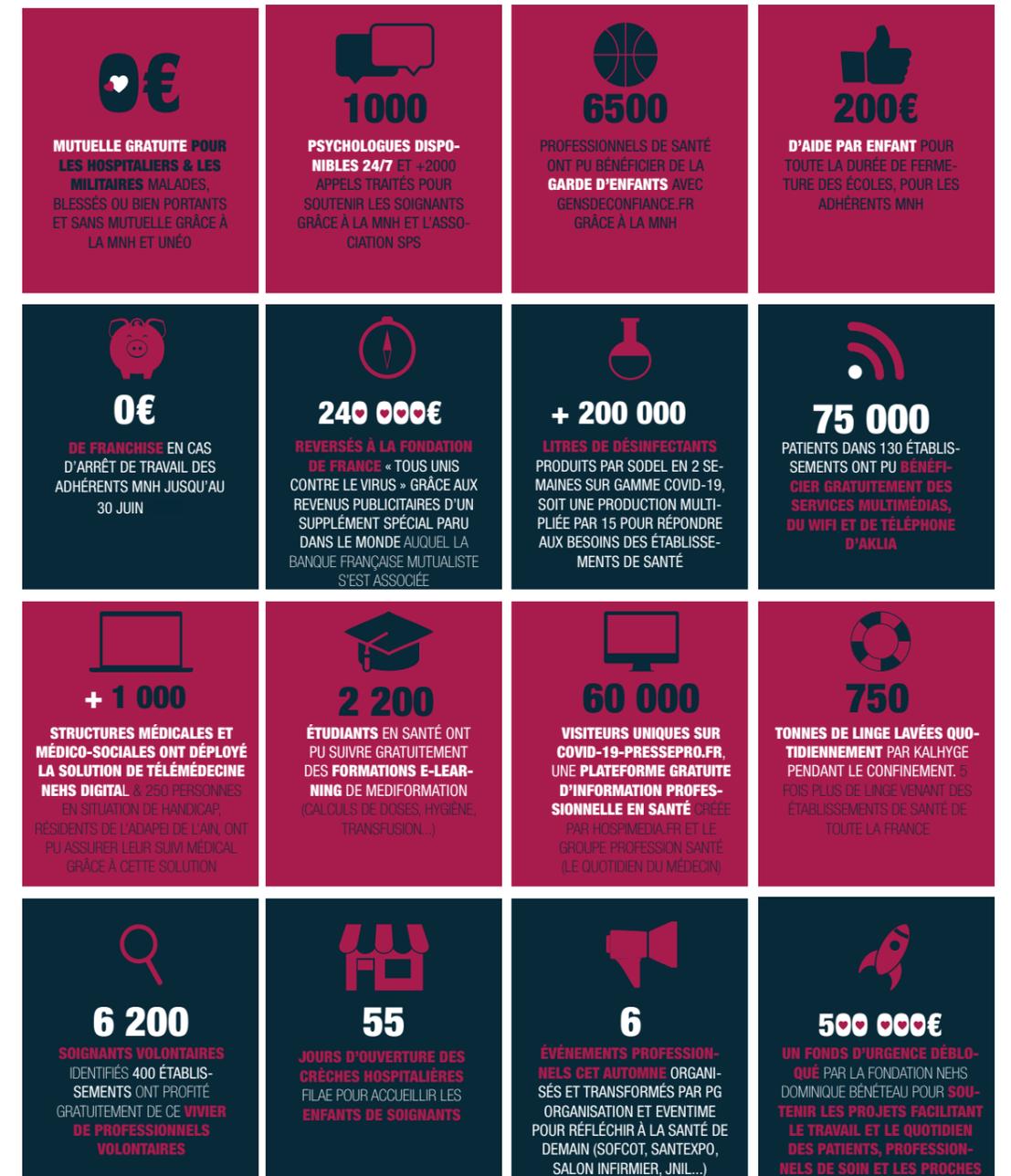
Bien d'autres initiatives seraient à souligner et à mettre en avant, comme l'adaptation dans des délais exemplaires de l'activité de nos sociétés PROSERVE DASRI et KALHYGE pour répondre aux demandes exceptionnelles des établissements de santé dans le traitement de leurs déchets d'activité de soins à risque infectieux ou dans la fourniture, le nettoyage et la désinfection de leur linge de travail.

De cette période, nous avons su tirer la force intrinsèque du modèle mutualiste affinitaire : celui de répondre au

plus près aux préoccupations des professionnels de terrain qui constituent notre raison d'être... ■

ILS ONT FAIT...

LA MNH & NEHS MOBILISÉS ET ENGAGÉS AUX CÔTÉS DES PROFESSIONNELS ET DES ÉTABLISSEMENTS DU SANITAIRE, DU MÉDICO-SOCIAL ET DU SOCIAL PENDANT LA CRISE SANITAIRE





SOLIDE ET SOLIDAIRE FACE AU COVID-19

PAR

BENOÎT BRIATTE
PRÉSIDENT DE LA MGP

La crise sanitaire qui a secoué la France a éprouvé notre pérennité, notre agilité et, d'une certaine manière, notre créativité. Pour la MGP, dont les adhérents membres des forces de sécurité étaient au cœur de la lutte, l'enjeu était de taille. Il a pu être relevé grâce à une mobilisation exceptionnelle et une gestion avisée.

La pandémie de Covid-19 et les mesures de protection que la crise sanitaire a entraînées ont bouleversé la vie des Français, confinés dès le 17 mars. La MGP a surveillé de près l'évolution de la situation et l'implication accrue de ses adhérents, les forces de sécurité, dans la lutte contre le virus. Les travaux que la mutuelle avait menés en matière de gestion des risques lui ont permis de s'adapter rapidement à la situation. Une nouvelle organisation basée sur la disponibilité et l'entraide entre collaborateurs a ainsi été mise en place dès l'annonce du confinement.

Son objectif : assurer à la fois la continuité de service pour les adhérents, avec un niveau de qualité maintenu, et la sécurité des salariés.

Une mobilisation générale

Dès le 17 mars, les agences commerciales de la MGP ont été fermées et l'accès au siège réservé aux quelques collaborateurs dont la présence était nécessaire, dans le respect strict des mesures sanitaires. Tous les salariés qui le pouvaient ont alors poursuivi leur mission en télétravail grâce à une connexion sécurisée et sont venus en renfort des équipes qui en avaient besoin. La priorité a été donnée au paiement des prestations, aux modifications de contrats et aux activités en relation directe avec les adhérents, mais les services transverses se sont eux-aussi mobilisés pour assurer la pérennité de la mutuelle et continuer la mise en place des projets importants. Les élus, de leur côté, ont maintenu le lien avec les adhérents et mis en place des opérations locales de solidarité. Une communication interne soutenue a permis de tenir chacun informé de l'activité de la mutuelle, de mettre en valeur l'entraide qui s'était exprimée et ainsi de porter cet élan au quotidien.

Une proximité à préserver

Maintenir un lien de proximité rassurant avec

les adhérents était impératif. Les conseillers ont continué à répondre à tous les appels avec le renfort d'une quinzaine de commerciaux. L'attention qu'ils ont portée aux adhérents, particulièrement appréciée, a donné lieu à de nombreux témoignages de gratitude. En parallèle, la MGP a mis en place des communications régulières sur le site internet, les réseaux sociaux, par emailings et SMS. Elles ont permis de fournir aux adhérents des

informations fiables et actualisées sur la pandémie et les bonnes pratiques pour se protéger, mais également de leur rappeler l'existence des services proposés, dont certains, à leur disposition depuis plusieurs années pour répondre aux contraintes de leur métier, se révélaient particulièrement adaptés à cette période délicate : la consultation médicale à distance et le soutien psychologique. Parce que les conditions de travail des forces de sécurité et plus particulièrement des policiers se durcissaient, cette proximité s'est éga-

lement exprimée sous la forme d'une campagne de soutien. Diffusée sur les réseaux sociaux et en 4^e de couverture des magazines « Le Parisien » et « Aujourd'hui en France », cette campagne remerciait les forces de sécurité et valorisait leur rôle auprès du grand public.

De la réactivité et des capacités de financement

UNE NOUVELLE ORGANISATION BASÉE SUR LA DISPONIBILITÉ ET L'ENTRAIDE ENTRE COLLABORATEURS A AINSI ÉTÉ MISE EN PLACE DÈS L'ANNONCE DU CONFINEMENT. SON OBJECTIF : ASSURER À LA FOIS LA CONTINUITÉ DE SERVICE POUR LES ADHÉRENTS, AVEC UN NIVEAU DE QUALITÉ MAINTENU, ET LA SÉCURITÉ DES SALARIÉS.

La crise sanitaire a brouillé nos repères habituels, révélant un jour des éléments encore inconnus la veille et impliquant la prise de mesures inédites au niveau national. Pour la MGP comme pour l'ensemble des acteurs de la Protection sociale, la situation impliquait une agilité certaine dans les prises de décisions au profit des adhérents. Encore fallait-il, pour être en mesure d'étudier les actions envisagées, disposer de ressources à allouer rapidement. Les efforts mis en œuvre au quotidien par la MGP pour rationaliser ses coûts, limiter ses frais de fonctionnements et équilibrer ses garanties lui assurent un haut niveau de résilience. Ils lui ont permis de mettre en œuvre un dispositif spécifique à destination des forces de sécurité en activité, en reconnaissance de leur mission essentielle.

Un dispositif spécifique aux forces de sécurité en activité

Ainsi, l'action sociale s'est vue renforcée jusqu'au 31 décembre afin d'apporter un soutien spécifique aux adhérents confrontés à une situation difficile liée à la pandémie. Par ailleurs, alors que les forces de sécurité étaient particulièrement exposées dans le cadre de leur mission, la MGP a choisi de renforcer leur protection décès pour mettre leur famille à l'abri, en multipliant par 3 le capital reversé en cas de décès dû au Covid-19. Elle a décidé également de faire bénéficier ses adhérents qui ne possédaient pas de protection décès de sa garantie Lyria décès, pour 20 000 euros de capital, gratuitement et automatiquement, jusqu'au 31 décembre 2020.

C'EST DANS CETTE OPTIQUE QUE LA MGP S'EST ENGAGÉE À DEVENIR UNE MUTUELLE À MISSION, DONT LA RAISON D'ÊTRE SE RÉVÈLE PLEINEMENT COHÉRENTE AVEC SON HISTOIRE ET SES VALEURS.

Pour eux aussi, le capital versé est triplé, sans délai de carence, en cas de décès dû au Covid-19. Enfin, exprimant plus largement sa vocation affinitaire, la MGP a proposé aux membres des forces de sécurité non adhérents et sans protection de bénéficier eux aussi de ses garanties santé et prévoyance, en leur offrant 4 mois.

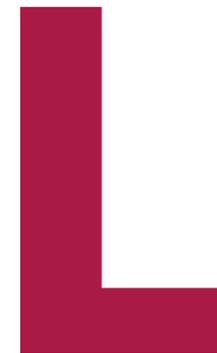
Une réflexion à inscrire dans le futur

Au sortir du confinement, nous ne sommes qu'au début de la réflexion à mener sur la gestion de telles crises sanitaires et leur anticipation. Une responsabilité particulière incombe aux acteurs de la Protection sociale et, plus largement, à tous les acteurs de l'économie sociale et solidaire. Cette réflexion doit se fonder sur les expertises de chacun de ces acteurs et intégrer également les observations issues d'une écoute attentive des adhérents et des salariés. C'est dans cette optique que la MGP s'est engagée à devenir une mutuelle à mission, dont la raison d'être se révèle pleinement cohérente avec son histoire et ses valeurs : favoriser la sérénité de toutes celles et tous ceux qui concourent à la sécurité des personnes et des biens, ainsi que de leur entourage, en étant la mutuelle qui s'engage avec force, dans une démarche de protection durable et de progrès, et intervient quotidiennement à leur côté, avec des solutions spécifiques, adaptées à l'évolution du monde auquel ils appartiennent. ■



CRISE SANITAIRE LA VISION DES ASSUREURS...

PAR PIERRE-HENRI COMBLE
CONSEILLER DU PRÉSIDENT EN CHARGE DE LA STRATÉGIE DE CEGEDIM INSURANCE SOLUTIONS



es assureurs fondent traditionnellement leur métier sur la couverture de risques, dont ils doivent maîtriser tout à la fois la survenance et le coût.

En santé, ils disposent d'abaques leur permettant d'estimer les dépenses de santé par sexe, tranche d'âge, région et de les ventiler par grand domaine : médecine, pharmacie, auxiliaires, optique, dentaire et soins en établissement. Ces éléments, confortés par les publications tirées du SNIIRAM et partagées désormais au sein du Health Data Hub, of-

fraient ainsi une connaissance jusqu'à présent assez fiable de la sinistralité prévisionnelle et - partant - de la charge de gestion associée.

La crise sanitaire a cependant remis en cause ces pratiques : à l'instar des catastrophes naturelles en IARD par exemple, elle a en effet remis en cause les modèles sur lesquels étaient fondés la consommation de produits de santé, la sinistralité et le dimensionnement des équipes de gestion ; elle a obligé les assureurs à s'adapter à un marché aux évolutions erratiques.

Dans ce contexte, les Assureurs clients du CETIP, Opérateurs de Tiers Payant du Groupe Cégédim, lui ont demandé de mettre en

ILS ONT FAIT...

place un outil leur permettant d'analyser, au quotidien, les impacts de la crise sur la consommation des soins, et d'identifier au plus tôt les indicateurs reflète d'un changement de tendance ; pour ce faire, ils ont choisi de mettre en commun les données issues de la gestion du Tiers Payant (utilisé par plus de 20 millions d'assurés), l'anonymat de chaque patient et de son Assureur restant strictement préservé.

La solution développée dans des délais très courts, prend la forme d'une application web accessible à chaque Assureur ; en complément des indicateurs fournis par la base « en vraie vie » THIN gérée au sein du groupe Cégédim, elle offre ainsi à chacun une vision, enrichie chaque jour, des segments majeurs du marché :

- Admissions en séjour, via les prises en charge hospitalières ;
- Activité en médecine de ville, via le relevé des actes de médecins ;
- Délivrances d'ordonnance en pharmacie ;
- Activité des auxiliaires médicaux et des laboratoires ;
- Activité en optique, via les prises en charge.

Cette vision par segment est également déclinée sur les axes temps (mois, semaine, jour), département, et tranche d'âge. Outre l'analyse en volume de prises en charge / factures, l'outil propose des vues en nombre de Professionnels de Santé, et en dépenses de santé.

À ce stade, le retour d'expérience - bien qu'encore récent - des clients permet de tirer



ILS ONT FAIT...



les premières conclusions suivantes concernant cette application :

Les données tirées des activités de gestion représentent, comme les informations tirées du CRM, un réel patrimoine, souvent insuffisamment exploité.

Son exploitation commune permet de constituer un réel observatoire du marché, piloté par les Assureurs ; il permet d'enrichir les outils traditionnels des assureurs d'analyse de leur sinistralité et de leur charge de travail.

Exemples :

- Impacts de la crise sur la consommation

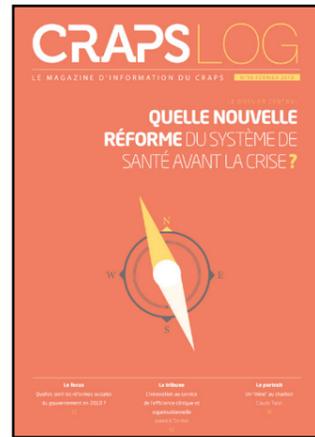
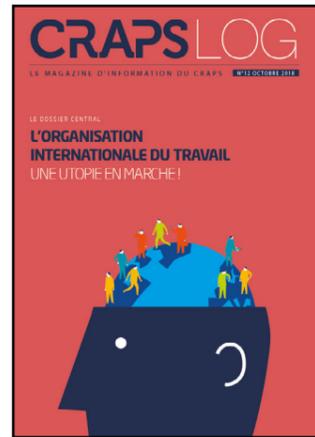
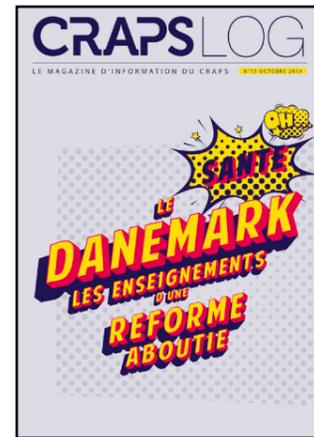
et les coûts techniques ;

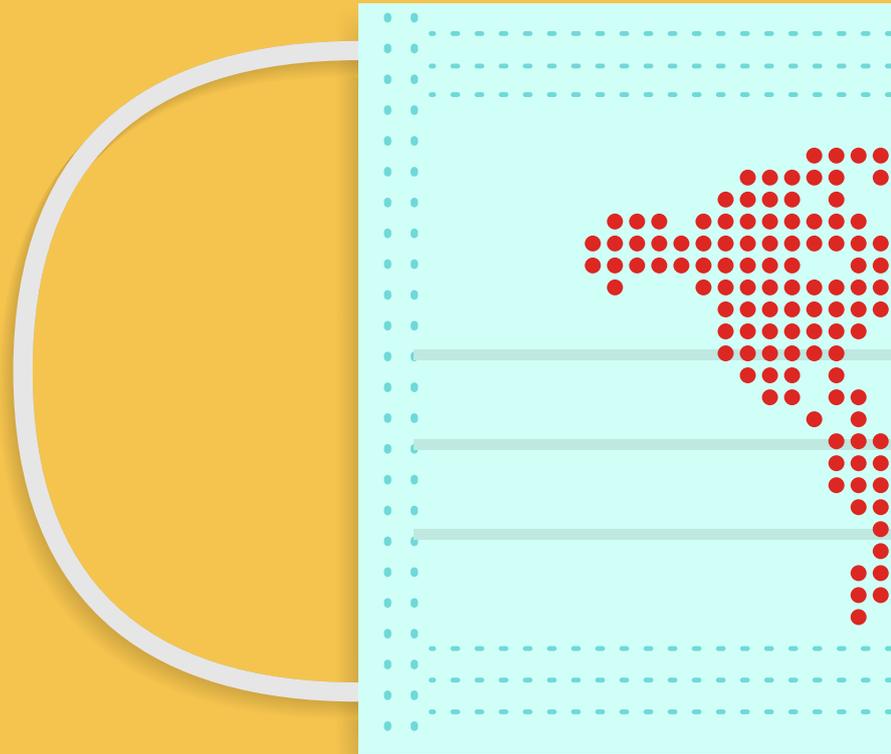
- Profil des populations ayant sollicité des soins pendant la crise ;
- Taux d'usage de la téléconsultation par département, avant / pendant / après la crise ;
- Identification rapide des changements de tendances, et alertes ;
- Comportement des assurés ayant « renoncé » aux soins en médecine de ville ou aux délivrances de prescription en officine.

Il pourrait ainsi augurer le développement de services nouveaux fournis par les Opérateurs de Tiers Payant à leurs clients Assureurs. ■

SI VOUS LES AVEZ MANQUÉS

17 CRAPSLOG à votre disposition... et ils sont gratuits !





ÖÖCRAPS