

LIVRE BLANC

# Dix recommandations pour mieux affronter les crises sanitaires de demain.

Médecins spécialistes libéraux  
et établissements de santé privés

**BRANCHET**  
L'ASSURANCE DES MÉDECINS  
GROUPE VERPIEREN

  
**AVENIR  
SPÉ**  
SYNDICAT  
DES MÉDECINS  
SPÉCIALISTES

  
**LE  
BLOC**  
AAL  
SYNGOIF  
UCDF

**FONDAPRO**  
Sécurité patient et prévention du risque médical

  
République Française

# Editorial

« Never waste a good crisis - Il ne faut jamais gâcher une bonne crise », disait Winston Churchill. C'est précisément ce que vise ce livre blanc, avec une méthodologie d'écoute des acteurs de terrain et des experts afin de proposer 10 recommandations pour être mieux préparés pour la prochaine pandémie. La pandémie de Covid 19 a montré certaines limites de la gestion du risque pandémique, par un état hyper centralisateur. La gestion de cette pandémie a révélé certains antagonismes : décentralisation versus centralisation; structure administrative versus gouvernance médicale ; responsabilité collective versus responsabilité individuelle d'un praticien envers son patient.

L'assureur des médecins, le Syndicat des spécialistes et la Fondation pour la prévention du risque opératoire ont uni leurs efforts pour faire ces recommandations contraintes par les arbitrages de ressources, qui dans le monde de la santé en France comme ailleurs, dictent souvent les politiques.

On peut regretter qu'aucune entreprise française n'ait pas réussi à produire à temps un vaccin qui fonctionne, alors qu'il y a 20 ans, Pasteur Mérieux était le second fabricant de vaccins mondial et que Marcel Mérieux a bâti la réputation du laboratoire sur une opération commando en 1975, tout à fait similaire à celle dont la France aurait eu besoin cette fois-ci.

Les anesthésistes réanimateurs ont pratiqué la réanimation dans des conditions difficiles. Par ailleurs, il est tout aussi anormal que des

lits réservés au Covid soient restés vides, alors que l'on envoyait des patients dans d'autres régions en TGV... Durant la crise, les stocks de produits et de masques ont été gérés en flux tendu. En sortie de crise, le personnel soignant vient aussi cruellement à manquer, du fait d'une gestion des ressources humaines tout aussi tendue.

Ceci amène immédiatement à poser la question de la responsabilité collective et de son impact sur la responsabilité individuelle des praticiens. Dans tous les cas quelqu'un est responsable soit des mauvaises décisions, soit de l'absence de décision et ces mauvaises décisions ne datent certainement pas de la crise qui a plus agi comme révélateur. « Only when the tide goes out do you discover who's been swimming naked -ce n'est que lorsque la marée est redescendue que l'on voit qui nage nu » dit Warren Buffet.

La marée est descendue et a révélé qu'une partie du système de santé français n'avait plus de maillot de bain. Puisse ce livre blanc contribuer à ce que tous ses acteurs se couvrent à nouveau pour la prochaine épidémie.

**Philippe Auzimour**

*Directeur général Branchet*



## Table des matières

Préambule.....	4
Comité de pilotage.....	5
Synthèse des 10 recommandations .....	6
Introduction .....	7
<b>Partie I.....</b>	<b>8</b>
<b>À l'écoute des retours d'expérience.....</b>	<b>8</b>
Ce que nous disent les acteurs terrain .....	8
Démarche et profils interrogés.....	8
Résultats de l'enquête menée.....	8
Retours sur le quotidien des acteurs de terrain.....	8
Des difficultés rencontrées sur le terrain.....	9
Pistes de solutions.....	11
Propositions du Président de FONDAPRO - Antoine Watrelot.....	11
Ce que nous disent les experts .....	12
Méthodologie des entretiens.....	12
Rôle des pouvoirs publics.....	14
Une gestion territoriale.....	14
...qui s'appuie sur des forces locales .....	14
Un système d'alerte à (re) construire.....	14
Mobilisation du système de santé.....	15
Se préparer pour mieux réagir .....	15
Casser les silos publics-privés .....	17
Faire confiance au terrain.....	18
Soutenir le terrain au niveau national.....	18
Répondre aux besoins des différentes populations.....	19
Ecouter et soutenir les professionnels de santé.....	19
Faire adhérer la population.....	20
<b>Partie II.....</b>	<b>21</b>
<b>Dix recommandations pour mieux gérer le risque épidémique demain.....</b>	<b>21</b>
Recommandation 1.....	21
Organisation de l'Etat dans la gestion des risques sanitaires.....	21
Recommandation 2.....	23
Place des collectivités territoriales dans la gestion des risques sanitaires.....	23
Recommandation 3.....	25
Système d'alerte, d'anticipation et de gestion des crises sanitaires.....	25
Recommandation 4 .....	26
Réserves sanitaires des professionnels de santé et des produits de santé .....	26
Recommandation 5.....	28
Coordination & définition des rôles respectifs des secteurs publics et privés de la santé dans une crise sanitaire.....	28
Recommandation 6.....	29
Déprogrammations des soins .....	29
Recommandation 7.....	31
Capacités en réanimation .....	31
Recommandation 8.....	33
L'accompagnement des professionnels de santé dans une crise sanitaire pour renforcer leur capacité de résistance .....	33
Recommandation 9.....	34
Vaccination : stratégie, pilotage, rôles des différents acteurs .....	34
Recommandation 10.....	36
Le grand âge et les crises sanitaires.....	36
<b>Conclusion.....</b>	<b>38</b>

# Préambule

Ce travail fait suite aux dix-huit mois de crise sanitaire Covid-19 qui ont été marqués par des épreuves humaines et une crise économique sans précédent depuis la deuxième guerre mondiale. Si on prend en compte les effets long terme de la dégradation des comptes publics et ceux du Covid long par exemple, l'impact global de cette crise est encore difficile à évaluer avec précision.

Outre ces épreuves, cette crise est le signe d'un changement de monde, d'une nouvelle ère qui avait commencé avant son apparition. C'est une nouvelle ère de la révolution numérique dont les usages étaient déjà développés mais pas exploitée dans tout son potentiel. Cela devrait conduire à des changements structurels sur la façon de vivre et de travailler. C'est une nouvelle ère dans la prise de conscience de la menace écologique avec laquelle cette crise sanitaire n'est peut-être pas directement liée mais pour d'autres crises à venir. C'est une nouvelle ère économique avec la prise de conscience des limites de la mondialisation des chaînes de valeur et avec des souverainetés nationales à renforcer.

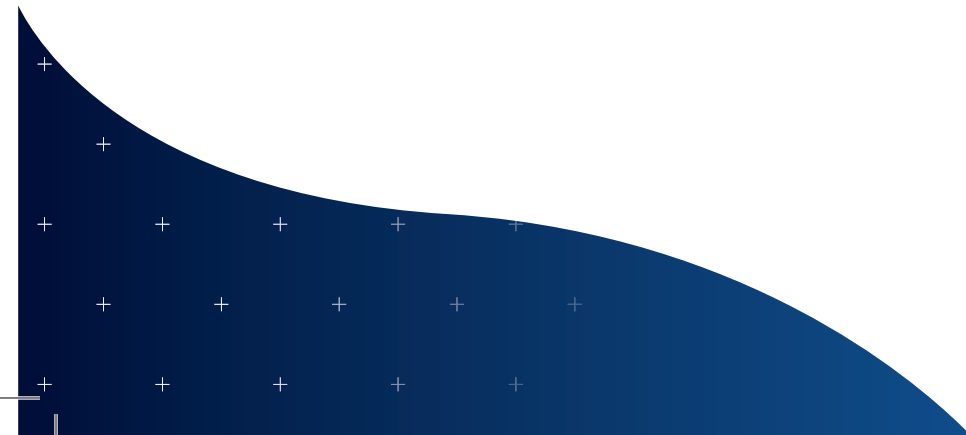
La France, comme la plupart des pays développés n'était pas préparée à une telle crise, ce qui

a probablement aggravé le bilan humain, économique et social. L'objet de ce travail n'est pas de réaliser une analyse critique de la gestion de la crise de ces dix-huit mois mais de réfléchir à dix recommandations qui permettraient de muscler sensiblement les capacités de la France à gérer les futures crises. Cette réflexion n'a pas vocation à repenser le système de santé mais à réorganiser certaines composantes pour le rendre plus résilient et efficace face à de tels risques. Les risques sanitaires envisagés ne sont pas uniquement liés aux maladies infectieuses mais aussi à ceux de nature environnementale, alimentaire, biologique, chimique ou autre.

Enfin, ce travail a fait l'objet d'une réflexion collective avec plusieurs types d'acteurs du système de santé qui ont été directement confrontés au quotidien de cette crise. Il a donc vocation à avoir une application concrète dans le quotidien de tous les professionnels concernés par la gestion des menaces qui pèsent sur nos vies. Cette application dépend avant tout de la décision politique, ce qui a été intégré dans ce travail qui se veut consensuel.

**Frédéric Bizard**

*Professeur d'économie, ESCP*





## Comité de pilotage

### **Philippe Auzimour**

Directeur général de Branchet, Meylan

### **Dr Pierre-Henri Bréchat**

Médecin spécialiste en Santé Publique et en Médecine Sociale

### **Dr Philippe Cadi**

Anesthésiste-réanimateur libéral, Hôpital Privé de Parly II,  
Le Chesnay, URPS Médecine Libérale Ile-De-France

### **Dr Philippe Cuq**

Chirurgien vasculaire libéral, Clinique La Croix du Sud, Quint-Fonsegrives,  
Co-Président d' Avenir Spe-Le Bloc

### **Pr Alain Deloche**

Professeur de chirurgie, co-fondateur de Médecins du monde  
Fondateur de l'association La Chaîne de l'espoir

### **Christelle Galvez**

Directrice des soins, Centre Léon Bérard, Lyon

### **Dr Patrick Gasser**

Médecin spécialiste, Gastroentérologue libéral, L'Hôpital Privé du Confluent,  
Nantes, Co-Président d'Avenir Spe-Le Bloc

### **Pr Laurent Lantieri**

Chirurgien Plasticien, Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris,  
Professeur à l'Université Paris Descartes

### **Pr Olivier Saint-Lary**

Médecin généraliste libéral, Centre Médical du Halage Le Port-Marly,  
Professeur des Universités  
Président du Collège National des Généralistes enseignants (CNGE)

### **Dr Jean-Philippe Masson**

Médecin radiologue libéral, Polyclinique Montréal, Carcassonne,  
Président de la fédération Nationale des Médecins radiologues

### **Dr Antoine Watrelot**

Chirurgien Gynécologue, Hôpital Privé Natecia, Lyon  
Membre titulaire de l'Académie de Chirurgie  
Président de Fondapro

# Synthèse des 10 recommandations

## ■ Recommandation 1

Renforcement de la cellule nationale permanente de gestion et de veille des crises sanitaires, sous la tutelle commune des Ministères de l'Intérieur et de la Santé.

## ■ Recommandation 2

Concevoir une déclinaison régionale de la cellule nationale de gestion et de veille des crises sanitaires qui permette de décentraliser davantage le pilotage opérationnel pour mieux répondre aux spécificités territoriales, de faire intervenir les collectivités territoriales et d'impliquer les professionnels de terrain.

## ■ Recommandation 3

Doter les cellules de gestion et de veille des crises sanitaires d'outils performants de modélisation et d'une base de données accessible en temps réel par tous les acteurs de la crise.

## ■ Recommandation 4

Créer une réserve sanitaire dans chaque région, pilotée régionalement selon un cahier des charges national, comprenant les ressources humaines, les produits et les capacités logistiques indispensables pour répondre rapidement et efficacement à l'irruption d'une crise sanitaire.

## ■ Recommandation 5

Proposer la mise en place d'un système de service public de gestion de crise délivré par le secteur public et le secteur privé afin de mobiliser l'ensemble des ressources disponibles dans les territoires, indifféremment des statuts juridiques des acteurs.

## ■ Recommandation 6

Gérer les déprogrammations selon un modèle médicalisé, inspiré par les sociétés savantes, intégré dans un Plan Blanc plus spécifique aux types de crises et plus flexible, afin de donner une marge de manœuvre suffisante aux professionnels de santé de terrain.

## ■ Recommandation 7

Revoir la carte de France des capacités existantes de réanimation du public et du privé, avec tout le matériel et le personnel adéquat et en intégrant une capacité de montée en puissance de l'ordre de 25 à 30% en lits de réanimation possibles par établissement.

## ■ Recommandation 8

Concevoir un programme de formation continue des soignants des secteurs publics et privés pour les préparer à la gestion d'une situation épidémique.

## ■ Recommandation 9

Mettre en place une stratégie vaccinale qui permette à la France de vacciner 80% de sa population en quelques semaines.

## ■ Recommandation 10

Définir une politique de santé publique qui permette une protection des personnes âgées les plus fragiles efficace, sans les isoler de la société et de leurs proches, et qui minimise l'impact sur le reste de la population en cas de pandémie.

# Introduction

La Covid-19 est la troisième émergence en moins de vingt ans d'un coronavirus très pathogène. Avant lui, il y avait eu le SRAS-Cov en 2003 puis le MERS-Cov en 2012. Les coronavirus sont une famille de virus qui provoquent des maladies allant d'un simple rhume (certains virus saisonniers sont des coronavirus) à des pathologies plus sévères et à des graves épidémies comme le SRAS, le MERS et la Covid 19.

Le virus identifié en janvier 2020 en Chine est un nouveau coronavirus, nommé SARS-CoV-2. La maladie provoquée par ce coronavirus a été nommée COVID-19 par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Depuis le 11 mars 2020, l'OMS qualifie la situation mondiale de la COVID-19 de pandémie, c'est-à-dire que l'épidémie est mondiale.

Les premières personnes à avoir contracté le virus s'étaient rendues au marché de Wuhan dans la province de Hubei, en Chine. La maladie semblerait donc venir d'un animal (zoonose), mais l'origine n'a toujours pas été confirmée plus d'un an après.

Les symptômes principaux sont la fièvre ou la sensation de fièvre et la toux. La perte brutale de l'odorat, sans obstruction nasale et disparition totale du goût sont également des symptômes qui ont été observés chez les malades. Chez les personnes développant des formes plus graves, on retrouve des difficultés respiratoires, pouvant mener jusqu'à une hospitalisation en réanimation et au décès.

Le délai d'incubation est la période entre la contamination et l'apparition des premiers symptômes. Le délai d'incubation de

la COVID-19 est de 3 à 5 jours en général, il peut toutefois s'étendre jusqu'à 14 jours. Pendant cette période, le sujet peut être contagieux. IL peut donc être porteur du virus avant l'apparition des symptômes ou à l'apparition de signaux faibles.

Le Sars-Cov 2 se transmet entre les personnes par les gouttelettes (postillons) émises lors de la toux, les éternuements, la parole ou le chant par un sujet infecté et qui peuvent atteindre la bouche, le nez ou les yeux d'une personne à proximité immédiate (1 à 2 m) et être inhalées. La quantité de gouttelettes émises est variable selon les personnes et les circonstances (effort physique, chant...). On considère que les contacts étroits avec une personne infectée sont le principal mode de transmission de la maladie : même lieu de vie, contact rapproché lors d'une toux, d'un éternuement ou une discussion en l'absence de mesures de protection.

Un des autres vecteurs privilégiés de la transmission du virus au début de la pandémie est le contact des mains non lavées souillées par des gouttelettes. Il semble que ce mode de transmission soit moins important que la transmission par aérosols. C'est pourquoi les gestes barrières et les mesures de distanciation sociale sont indispensables pour se protéger de la maladie.



# Partie 1

## À l'écoute des retours d'expérience

### Ce que nous disent les acteurs terrain

#### Démarche et profils interrogés

##### Comprendre le vécu des professionnels, écouter les expériences du quotidien

Afin de recueillir les retours des acteurs de terrain, FONDAPRO, la Fondation indépendante pour la prévention du risque médical créée sous l'égide de la Fondation de France, a organisé un Tour de France, via le Bus FONDAPRO, pour rencontrer les professionnels de santé, entre avril et juillet 2021.

Il s'agit d'une enquête menée sous forme d'entretiens individuels auprès de professionnels d'établissements privés de plusieurs régions de France : le Bus FONDAPRO a réalisé sa tournée en Auvergne-Rhône-Alpes, en Nouvelle-Aquitaine et en Occitanie et interviewé plus de 75 professionnels de santé.

Les profils interrogés représentent un large panel de professions de santé : infirmier, médecin, cadre, aide-soignant, pharmacien, etc. Les médecins et infirmiers représentent 70% des professionnels interrogés.

Les entretiens ont été menés par Pierre-Antoine Watrelot, spécialiste facteur humain, société SRM, en sollicitant et recevant les professionnels au sein du Bus FONDAPRO afin d'assurer une confidentialité des propos.

#### Résultats de l'enquête menée

##### Retours sur le quotidien des acteurs de terrain

La crise COVID a été très impactante pour l'ensemble des professionnels de santé, tant sur leur ressenti que celui des patients.

##### ■ Une nouvelle maladie qui effraie

Au démarrage de la crise, personne ne connaît cette pathologie : les professionnels sont apeurés et sont incertains sur sa gravité. Ils ont peur d'être contaminés et cette peur est ravivée à chaque fois qu'un de leurs collègues est positif au COVID.

##### ■ Une solitude qui s'installe

Les professionnels ont un fort sentiment d'abandon de la part de leur hiérarchie. Ils se sentent également très isolés de leur famille : pour ceux qui sont au cœur de la crise, ils ne racontent pas leur vie quotidienne pour ne pas les angoisser ; tandis que pour ceux qui ont été écartés (non mobilisés dans les services COVID, chômage partiel, etc.), ils se sentent honteux de ne pas participer à l'effort national et ne partagent donc pas cette réalité avec leur entourage. Par ailleurs, certains professionnels ont été isolés par leur famille ou leur voisinage qui craignaient la contamination liée au lieu de travail.

##### ■ Une perte de sens

La politique de déprogrammation a engendré une perte de chance pour certains patients qui a été mal vécue par les professionnels de santé : ce sont des patients qu'ils ont revus plusieurs mois après, dans un état aggravé par la maladie. Les professionnels se sentent démunis pour expliquer la situation et rassurer les patients et leur entourage.



### ■ Un quotidien difficile

La crise du COVID a engendré un nombre de décès sans précédent : au quotidien, ce sont des images très choquantes qui ont marqué les professionnels.

D'autre part, le sentiment de mal-être, de lassitude, et de fatigue s'accompagne de tensions et de stress qui rendent le quotidien très pesant.

Une obligation vaccinale parfois mal perçue

Certains professionnels n'ont pas accepté la politique d'obligation vaccinale : ils se sentent accusés de prolonger la pandémie s'ils ne se font pas vacciner ce qui est mal perçu au regard de l'effort fourni durant la crise.

### ■ De la solidarité dans les équipes

Les professionnels partagent un fort sentiment d'entraide dans leurs équipes : une solidarité sans précédent se crée pour s'organiser face à la crise et faire face ensemble. Chacun est dans une démarche de soutien de ses collègues de travail, pour gérer le quotidien difficile. Cette solidarité favorise la résilience des professionnels face à la situation : c'est cette entraide qui leur permet de gérer les épreuves.

### ■ Face aux patients et à leur entourage

Les professionnels ressentent beaucoup d'angoisse, de peur et d'inquiétude chez leurs patients. Ces derniers redoutaient de venir dans les établissements pour se faire soigner, craignant une contamination ou de ne pas être pris en charge car les professionnels seraient réservés aux patients COVID.

Par ailleurs, le caractère inédit de cette crise a poussé les patients et professionnels à plus d'échanges : les professionnels ont pris plus de temps pour expliquer, et répondre aux nombreuses interrogations de leurs patients et entourage.

## Des difficultés rencontrées sur le terrain

### ■ Une charge de travail très inégale

Certains professionnels constatent une forte augmentation de la charge de travail : l'augmentation du nombre de patients, d'une part, et la baisse des effectifs, liée à l'absence de professionnels contaminés ou réquisitionnés dans d'autres établissements, d'autre part, induisent une variation forte de la charge de travail.

A l'inverse, en raison des déprogrammations qui provoquent la fermeture de lits, ou de services, certains professionnels se retrouvent au chômage partiel.

### ■ Un manque d'anticipation

Les équipes sont démunies aux premiers jours de la crise car la crise sanitaire n'est pas un scénario anticipé. Aucune procédure ou protocole de gestion de crise n'existe, que ce soit à l'échelle nationale ou au niveau de l'établissement.

A l'échelle nationale, la répartition des patients et des professionnels entre les secteurs privés et publics n'est pas encadrée : les professionnels constatent une inégalité d'activité très forte d'une structure à l'autre. Le secteur privé est sous-sollicité et n'est pas intégré comme une « réponse » à la crise sanitaire.

Au niveau de la structure, le changement d'activité n'est pas anticipé : les professionnels se coordonnent entre eux pour gérer le changement de typologie de patients (patients COVID au lieu des patients programmés habituels), se former à la prise en charge de patients de réanimation, et adapter les plannings. Il faut déprogrammer les patients durant les vagues de COVID, les reprogrammer ensuite, en tenant compte des équipes mobilisées dans les établissements publics ou mis en chômage partiel.

### ■ Un manque de cohérence et de transparence dans les décisions politiques

La stratégie de gestion de crise proposée par les pouvoirs publics ne semble pas cohérente avec la situation vécue sur le terrain par les professionnels : la stratégie de déprogrammation provoque de la perte de chance, le transfert de patients dans une autre région alors que la clinique la plus proche aurait pu accueillir le patient induit une incompréhension et de la frustration.

Les informations relayées par les médias traditionnels sont parfois contradictoires ou erronées, ce qui crée de la peur chez les patients.

### ■ Un manque de constance et d'adhésion aux directives

Les consignes changent très régulièrement et deviennent difficilement applicables car il faut déconstruire sans cesse ce qu'on a construit la veille.

Les équipes sur le terrain ont beaucoup de difficultés à suivre ces changements permanents et à s'approprier les stratégies proposées : le manque de pédagogie et de constance provoque une forte baisse de motivation et d'engagement.

### ■ Un manque d'autonomie

Les professionnels, notamment les managers d'équipes, se sentent infantilisés par les consignes très opérationnelles qu'on leur donne, révélant un manque de confiance : ils attendent, de la part des pouvoirs publics, des directives et des objectifs, mais en gardant de la marge de manœuvre sur la méthode et les moyens employés pour y parvenir.

### ■ Un manque de coordination

Les professionnels ont souffert du manque de coordination avec les diverses parties prenantes de la crise : l'ARS et les autres établissements.

Le travail avec l'ARS est relativement compliqué, soit parce que l'ARS ne prend pas de décisions, soit au contraire lorsqu'elle tente de micro-manager les établissements.

De plus, les établissements privés et publics ne savent pas travailler ensemble : ce manque de coopération existe aussi avec les acteurs de la ville. Il est lié à un problème culturel global, mais aussi à certaines personnalités du secteur public qui ne reconnaissent pas la légitimité du secteur privé : ils ne favorisent pas la collaboration et estiment que le secteur public est le seul acteur pouvant répondre à la crise.

### ■ Un manque d'appui aux professionnels de santé

Les professionnels n'ont pas eu le soutien attendu durant la crise ; ni accompagnement, ni écoute. Le manque de reconnaissance a provoqué beaucoup de départ chez les infirmiers et aides-soignants qui quittent massivement la profession.

Les acteurs de terrain n'ont pas reçu de formation dédiée à la crise, que ce soit sur les nouvelles pratiques, ou la gestion particulière des patients.

### ■ Une grande réactivité des équipes

Face à l'ampleur de la crise, les équipes se sont organisées et ont mis en place des protocoles et procédures pour l'accueil et la prise en charge des patients (mise en place d'une tente de tri), la gestion du matériel malgré les manques et de nouveaux outils d'échange à distance (mail, auto-questionnaires) avec les patients déprogrammés.

Chaque vague de COVID a été l'occasion de tester puis ajuster ces procédures afin d'optimiser cette nouvelle organisation : au fur et à mesure, les équipes sont mieux préparées pour répondre à la crise.

## Pistes de solutions

Afin de mieux appréhender une future crise, les professionnels ont retenu plusieurs pistes de solution :

- **Un système plus flexible**, par la création d'un cadre juridique permettant à chaque professionnel de pouvoir instantanément travailler dans n'importe quel établissement indépendamment de sa structure juridique,
- **L'implication d'un plus large panel d'acteurs** : que ce soit la médecine de ville, les pompiers, ou l'armée,
- **Une autonomie et confiance des acteurs de terrain**, en leur laissant une plus grande marge de manœuvre pour prendre les bonnes décisions au bon moment,
- **La maîtrise des informations divulguées** dans les médias pour assurer un discours et des chiffres cohérents et clairs.

### Propositions du Président de FONDAPRO - Antoine Watrelot

Pour répondre aux enjeux du terrain, FONDAPRO, grâce à son agilité, **souhaite participer à la formation des médecins et soignants**, sur tout le territoire :

Le programme « **Compétences Humaines et Relationnelles** », que FONDAPRO déploiera l'an prochain, répond à certaines attentes des acteurs de terrain : renforcer leur autonomie et leur confiance en laissant une plus grande marge de manœuvre au terrain pour prendre les bonnes décisions au bon moment.

Afin de mieux appréhender de futures pandémies, FONDAPRO souhaite engager sa compétence dans la **formation à la gestion de crise** pour aider à la préparation des médecins et soignants.

Les professionnels de santé ont besoin de recevoir des informations claires et concises : par ailleurs, ils n'ont pas tous les mêmes modalités de consommation d'informations. Il y a donc un besoin de mettre en œuvre des **outils numériques pour diffuser de l'information par des moyens multicanaux**. Cela permet de relayer efficacement l'information et de compenser les informations parfois erronées divulguées dans certains médias. FONDAPRO propose de faire un test dans deux régions, Occitanie et Auvergne-Rhône-Alpes.

Le besoin de **médiation** est plus que jamais nécessaire entre les établissements publics-privés et les professionnels libéraux. FONDAPRO peut définir les qualités requises à l'exercice de médiation et former les leaders URPS et les présidents de CME.

## Ce que nous disent les experts

### Méthodologie des entretiens

Dans ce chapitre, nous donnons la parole aux experts connaissant bien la réalité du terrain.

L'objectif est de les faire réagir sur les enjeux majeurs de notre système de santé pour répondre à une crise sanitaire. Les entretiens ont permis de recueillir le bilan de ce qui a bien fonctionné et, à l'inverse de ce qui a manqué, et de faire émerger les pistes de solutions pour améliorer le fonctionnement de notre système de santé face à une pandémie.

Le panel d'experts interrogés est pluriprofessionnel, et composé d'acteurs très opérationnels sur le terrain ou avec une vision plus globale : cette diversité de points de vue enrichit les retours d'expérience présentés dans ce chapitre.

### Liste des experts interrogés :

#### **Dr Jean-Claude Azoulay**

Médecin biologiste  
Président de l'URPS des biologistes d'IDF  
Vice-président du Syndicat National des Médecins Biologiste

#### **Thierry Bechu**

Délégué Général - FHP-MCO, Paris

#### **Dr Thomas Borel**

Directeur Scientifique - LEEM, Paris

#### **Dr Thiên-Nga Chamarau-Tran**

Médecin anesthésiste-réanimatrice, Réanimation chirurgicale - Hôpital de Autepierre,  
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg  
Vice-Présidente en charge de la médecine hospitalière de Jeunes Médecins

#### **Dr Marie-Paule Chariot**

Anesthésiste-Réanimatrice libérale - Clinique des Cèdres, Cornebarrieu  
Présidente Nationale de CME de l'hospitalisation privée à but lucratif

#### **Julien Delpech**

Fondateur - Invivox, la plateforme de partage de connaissances  
entre Professionnels de Santé - Paris  
Missionné par M. Olivier Véran, Ministre des Solidarités et de la Santé,  
pour l'anticipation de la prochaine urgence sanitaire

#### **Pr Claude Ecoffey**

Anesthésiologie-Réanimation et Médecine péri-opératoire  
Hôpital Pontchaillou, Rennes  
Membre du CNP ARMPO

#### **Gauthier Escartin**

Directeur de Clinique - Groupe C2S  
Clinique Belledonne, Saint Martin d'Hères (38)  
Clinique Saint Vincent, Besançon (25)  
et Vice-Président - FHP Bourgogne Franche Comté

#### **Dr Etienne Fourquet**

Anesthésiste-Réanimateur  
Président du Syndicat des Anesthésistes Réanimateurs de France (SNARF)  
Vice-Président Avenir-Spé  
Membre du Conseil National Professionnel d'Anesthésie-Réanimation  
et Médecine péri-opératoire (CNPARMPO)



**Olivier Hassid**

Président - Corporate Security Intelligence (CSI), Paris

**Dr Eric Henry**

Médecin Généraliste  
Vice-président de la CPTS du Pays de Auray, Président Association SPS

**Vincent Roques**

Directeur de Cabinet - FHF, Paris

**Paolo Silvano**

Directeur Général Délégué - ELSAN  
Membre du Bureau de la FHP MCO

**Guy Vallancien**

Membre de l'Académie de Médecine

**Dr Franck Verdonk**

MCU-PH en Anesthésie-Réanimation, APHP - Sorbonne Université  
Vice-Président du CNP Anesthésie-Réanimation-Médecine péri-opératoire

**Dr Patrick Gasser**

Co Président Avenir Spé Le Bloc

**Jérôme Marty**

Président de l'UFML

**Frédérique Gama**

Présidente FHP MCO

**Pascal Roché**

Directeur général du groupe Ramsay Santé

**Jean Loup Durousset**

Président du groupe Noalys

**Dr Guilaine Kieffer-Desgrippes**

Présidente de l'URPS Grand Est pendant la crise sanitaire

**Pr Pascal Paubel**

PU-PH AP-HP, AGEPS

**Pr Hervé Bouaziz**

Président de la SFAR

**Lors des entretiens, ces experts ont été interrogés sur trois grandes thématiques :**

- le rôle des pouvoirs publics, que ce soit au niveau de l'Etat, des territoires ou des organismes supranationaux,
- la mobilisation du système de santé, ses établissements et ses professionnels,
- les besoins des différentes populations, l'accompagnement des professionnels de santé et l'adhésion de la population aux politiques menées.

## Rôle des pouvoirs publics

### Une gestion territoriale...

**Si l'État est attendu pour donner le cap et prendre les grandes directives, les experts soulignent l'importance d'une gestion de la crise au niveau du territoire.**

L'ARS est l'un des acteurs disposant des prérogatives pour assurer cette gestion et combiner plusieurs rôles :

« *L'ARS doit être le régulateur des acteurs de terrain* » souligne Gauthier Escartin, et « *faciliter les décisions prises par le terrain ; elle a également pour rôle de communiquer les directives de l'Etat au terrain, mais aussi de remonter à l'Etat les alertes transmises par le terrain* » préconise Eric Henry.

Sur certains territoires, l'ARS a su jouer ce rôle en « *facilitant la collaboration entre les établissements via l'organisation de réunions régulières et un partage d'informations* » - Paolo Silvano. Une expérience également vécue par Jean-Claude Azoulay : « *L'ARS a mis en place une réunion quotidienne de coordination des acteurs, à distance. C'est au cours de cette coordination qu'a pu être mis en place la politique de prélèvements dans les EHPAD : cela s'est fait en 3 semaines, au lieu des 7 prévues initialement, notamment via la mobilisation des acteurs privés et une coordination étroite avec les acteurs publiques* ».

Cependant, les experts alertent sur cette gestion qui ne doit pas tomber dans un excès de contrôle : une Directrice d'hôpital public raconte que « *lors de la 2e vague, l'ARS a souhaité normaliser les informations ascendantes avec une paperasserie inapplicable et inutile ce qui a obligé à la faute : soit on prenait le temps de tout remplir ce qui nous aurait empêcher de gérer la situation par ailleurs, soit on désobéissait pour survivre* ».

### ...qui s'appuie sur des forces locales

**Durant la crise, plusieurs experts témoignent de l'aide reçu par des acteurs locaux sur des problématiques très opérationnelles.**

Ainsi, une Directrice d'Hôpital évoque par exemple ses échanges réguliers avec la préfecture. Plus surprenant encore, « *nous avons fait venir le directeur des vols de l'aérodrome de Muret qui a peaufiné, avec la clinique, le plan blanc bactériologique en coordination avec la Région* » nous raconte Marie-Paule Chariot.

Guy Vallancien souligne que ces acteurs sont une force sur laquelle s'appuyer car ils « *connaissent bien le terrain* » : un propos également souligné par Olivier Hassid qui regrette que les mairies « *n'aient pas eu leur rôle à jouer alors qu'elles connaissent bien leurs citoyens. Les sondages montrent que les municipalités ont une grande confiance de la part de leurs citoyens ce qui est un atout majeur : cette relation est à exploiter pour passer les messages (masque, vaccins, etc.), et il serait pertinent de leur donner les moyens d'agir* ». Julien Delpéch remarque que « *les élus ne sont pas inclus dans le processus, ils se sont sentis oubliés, voire humiliés, durant la crise sanitaire. Or ils sont en 1<sup>ère</sup> ligne et peuvent relayer l'information sur le dernier kilomètre* ».

### Un système d'alerte à (re) construire

**Les experts sont unanimes : personne n'a été alerté par les pouvoirs publics de l'arrivée de la pandémie COVID.**

Les établissements et professionnels alertés l'ont été par d'autres voies, non officielles : « *ce sont nos internes qui faisaient des gardes à l'hôpital de Mulhouse qui nous ont prévenus en premier de la situation* » raconte Thien-Nga Chamaraux.

« L'Etat disposait à priori d'informations et de plans de gestion de crise pandémiques : que s'est-il passé ? Pourquoi ont-ils mis tant de temps à réagir, et de façon aussi erratique au début de la crise ? Selon moi, il y a eu une peur de la responsabilité mais également la peur de reproduire ce qui s'était passé durant la crise H1N1 » analyse Olivier Hassid. Il préconise de réaliser un audit des agences françaises existantes qui ont pour rôle la veille et la mise en œuvre de plans sanitaires pour comprendre ce qui n'a pas fonctionné.

Plusieurs experts proposent de réfléchir à un système supranational : Eric Henry suggère que cela devienne une « *prérogative européenne* », Franck Verdonk souligne le besoin essentiel d'un « *outil informatique européen pour détecter et alerter les acteurs : cela peut être le rôle de l'OMS* ».



## Mobilisation du système de santé

### Se préparer pour mieux réagir

**La mobilisation de notre système de santé en temps de crise passe par une préparation, en dehors des temps de crise, importante.**

Une crise sanitaire induit une augmentation très soudaine et très forte du nombre de patients dans les établissements de santé : des patients qui vont avoir besoin d'une prise en charge plus ou moins longue. Pour faire face, notre système de santé doit donc être en capacité de décupler ses forces, sur une longue période et sur l'ensemble de son territoire : cela passe par la mobilisation des ressources humaines et matérielles, et des structures.

Accueillir plus de patients nécessite d'augmenter sa capacité en lits, et notamment ses lits de réanimation. A ce sujet, les experts sont d'accord :

**il ne s'agit pas d'augmenter le nombre de lits de réanimation en situation normale, mais de transformer rapidement des lits « non réa » en lits de réanimation lors de l'arrivée d'une crise.**

Franck Verdonk précise que « *en dehors de la crise, nous avons un taux d'occupation de 80 à 85%, ce qui est un bon ratio* ». Les experts soulignent toutefois plusieurs points d'attention : « *avant la crise, 600 lits de réanimation ont été fermés par manque de personnel. Cela signifie qu'avant de penser à l'augmentation des lits, il faut garantir qu'il y a suffisamment de personnel pour garder les lits existants ouverts* » - Claude Ecoffey. De plus, « *sur certains territoires, tous les lits de réanimation sont concentrés dans le secteur public ce qui ne facilite pas la mobilisation des acteurs privés en cas de crise* » rappelle Gauthier Escartin.



L'enjeu de notre système de santé est donc sa capacité à convertir immédiatement un grand nombre de lits en lits de réanimation lors du déclenchement d'une crise, plusieurs experts se tournent vers la capacité en lits d'USC pour répondre à cet enjeu.

Ainsi, Marie-Paule Chariot déclare que « *les lits d'USC sont un maillon indispensable : en période normale, ils répondent à un besoin plus important en volume que les lits de réanimation et coûtent moins chers. En période de crise, ils peuvent être rapidement transformés en lit de réanimation, si besoin. La multiplication des USC en période normale permettrait de mieux répondre à une crise telle que le COVID* », cette proposition est également appuyée par Claude Ecoffey.

**Cette montée en charge de la capacité en lits nécessite de mobiliser des professionnels de santé formés aux soins critiques, sous la forme d'une réserve sanitaire.**

Pour les professionnels paramédicaux, « *tout est à créer* » souligne Franck Verdonk : « *il s'agit d'identifier le personnel formé pour cette réserve car il a déjà travaillé en réanimation, et de maintenir ses compétences à niveau tout le long de sa carrière* ». Claude Ecoffey, propose un maintien des compétences par « *une formation théorique de 2 à 3 jours sur les soins critiques et une immersion de 3 jours/an* ».

Pour les professionnels médicaux, les experts soulignent le besoin de **s'appuyer sur les médecins diplômés en Anesthésie-Réanimation**, qui, aujourd'hui, se sont concentrés sur l'anesthésie. Claude Ecoffey propose « *de l'e-learning, de la simulation, et des immersions via 3 vacances annuelles, dans le cadre du DPC, où le médecin pourrait être affecté dans une unité de réanimation* » pour maintenir les compétences.

**L'organisation de cette réserve peut s'inspirer de modèles existants**, Eric Henry propose qu'elle « *s'appuie, par exemple, sur le fonctionnement des pompiers volontaires* ».

Au-delà des compétences en soins critiques, les experts soulignent le manque de formation en gestion de crise : « *c'est traité trop rapidement en formation initiale* » déplore Julien Delpech. Ces formations doivent être repensées « *selon plusieurs modalités : à distance, en présentiel, via des centres mobiles, ou l'utilisation d'un truck pour des formations très interactives. Elles doivent s'accompagner de mises en situation à réaliser dans des centres de simulation ou sur le terrain* » - Julien Delpech

Guy Vallancien propose « *des entraînements, qui pourraient remplacer le service militaire : consacrer une année aux exercices de crise, pour travailler sur les bons réflexes et la cohésion d'équipe* ».

Sur la réserve matérielle, les avis sont plus divergents : « *en temps de crise, l'achat de médicaments géré par l'Etat de façon centralisée a permis de garantir une équité entre les territoires* » constate Thomas Borel. En revanche, Etienne Fourquet pense que « *pour la réserve de matériels (gants, masques, etc.), il est beaucoup plus pertinent de constituer des stocks dans les établissements qui utilisent ce matériel : comme ces stocks sont périssables, l'établissement peut s'organiser et assurer un roulement entre son stock et ses besoins quotidiens afin de ne pas avoir à jeter. A titre de comparaison, en cas d'accident de centrale nucléaire, la réserve d'iode est située dans les pharmacies* ».





## Casser les silos publics-privés

Tous les experts interrogés le soulignent : la collaboration entre les secteurs privé et public du soin n'a pas été à la hauteur de ce qu'on aurait pu attendre en temps de crise.

Guy Vallancien souligne que « notre système de santé avait les capacités humaines et matérielles pour bien mieux répondre à la crise et cette fracture culturelle public/privé a limité l'efficacité de notre système ».

Vincent Roques analyse : « Il existe sans doute historiquement un défaut de coordination entre les établissements publics et privés ».

De plus, elle est inégale sur le territoire : Gauthier Escartin constate que « là où il y avait du dialogue en temps normal entre les établissements publics et privés, il y en a eu durant la crise ; mais à l'inverse, si le dialogue n'existait pas avant la crise, il ne s'est pas créé ».

Thien-Nga Chamaraux nous raconte que « les échanges avec l'hôpital public ont été facilités parce que le personnel médical public et privé se connaissait en partie : soit, par des jeunes médecins qui avaient fait leur internat ensemble, soit par un médecin libéral du privé qui faisait occasionnellement des gardes à l'hôpital public » : c'est également l'expérience vécue par Marie-Paule Chariot sur son territoire « la collaboration privé-public a existé de tout temps entre les services de réanimation ».

L'absence de collaboration est due à la compétitivité des deux systèmes : « tant qu'il n'y a pas de motivation économique commune, cette collaboration est limitée. La T2A est un obstacle structurel à une collaboration plus conséquente » affirme Paolo Silvano.

Selon Etienne Fourquet, l'enjeu se situe également dans la méconnaissance du secteur privé par les acteurs publics : « Il faut se souvenir que tous les libéraux sont issus du système public, lors de l'internat et du clinicat, et certains praticiens du privé ont encore des vacations régulières à l'hôpital public : les professionnels du privé connaissent donc bien l'hôpital public. A l'inverse, les praticiens de l'hôpital public ont des contrats d'exclusivité et ne connaissent donc pas le secteur privé. La difficulté de collaboration est liée à cette méconnaissance ».

« Pourtant, il y aurait un réel intérêt synergique de travailler ensemble : ce sont deux forces complémentaires qui n'apportent pas les mêmes compétences et les mêmes offres de soins. » souligne Franck Verdonk.

Cette collaboration passe par la « mise en place d'une gouvernance nationale de crise qui mêle des professionnels du public, et du privé avec un modèle de coopération pré-établi, et l'écriture de scénarios pour détailler les rôles et responsabilités de chacun en cas de crise » affirme une Directrice d'Hôpital public.

Etienne Fourquet propose de « recréer les passerelles entre public et privé via du compagnonnage et des échanges ; partager des projets qui peuvent être imaginés dans le public et portés par le privé. Il serait intéressant d'avoir un système, comme la vacation, de PdS du public venant ponctuellement travailler dans le privé ».

## Faire confiance au terrain

**Les experts le rappellent, les acteurs de terrain sont à même de prendre les décisions opérationnelles en cas de crise : les pouvoirs publics donnent les grandes orientations mais doivent confier au terrain la gestion de la crise au quotidien.**

« Un équilibre est nécessaire entre la gestion nationale et la gestion sur le terrain. Des lignes directrices nationales sont nécessaires, sans être trop rigides, pour permettre une adaptation au plus proche du terrain » indique Thierry Bechu.

Marie-Paule Chariot souligne que la clinique a très bien fonctionné « en auto-gestion pour les besoins opérationnels au quotidien, notamment sur l'anticipation de la commande de matériels ». Gauthier Escartin relate de la « coordination des individus directement sur le terrain, avec un dialogue des équipes médicales et des directions. Les médecins du CHU sont venus au sein de la clinique nous aider à installer nos lits ».

Vincent Roques évoque une nouvelle organisation : « le binôme entre Présidents de CME et directeurs a très bien marché à l'hôpital public face aux défis de l'urgence, la crise a justifié cette organisation bicéphale ».

La politique de déprogrammation est l'un des sujets qui doit être géré par les acteurs de terrain, en première position pour évaluer au cas par cas et prendre les bonnes décisions.

Paolo Silvano évoque la « mise en place de procédures pour que le praticien puisse décider d'opérer tout de même quand c'était médicalement justifié et l'établissement a suivi la décision du médecin. Les médecins ont fait des choix responsables ».

Vincent Roques le confirme : « en pratique, il faudrait que les établissements s'organisent eux-mêmes, arbitrent leurs déprogrammations, guidés par un cadre général, et justifient de leur stratégie dans le cadre de la cohérence globale du système de santé ».

Ces expériences nous montrent que les acteurs de terrain ont besoin de se sentir responsabilisés et savent prendre les bonnes décisions au regard de la situation pandémique.

## Soutenir le terrain au niveau national

Si l'Etat n'est pas en charge de la gestion opérationnelle de la crise, il a son rôle à jouer en tant que « garant de la qualité d'accès aux soins pour tous » - Guy Vallancien - pour soutenir ses acteurs de terrain.

**L'un des enjeux étatiques majeurs est la recherche clinique** : Thomas Borel souligne la « dynamique de recherche incroyable, avec une très grande collaboration scientifique internationale entre le public et le privé qui a permis de développer un vaccin en un an. Certains laboratoires ont annoncé se lancer dans des nouvelles plateformes technologiques permettant de développer des nouvelles approches de réponse à des maladies infectieuses ». Au niveau français, Franck Verdonk déplore qu'on ait « du mal à organiser le réseau de recherche français de manière nationale, notre capacité à mener des essais de grande envergure se dégrade. Il n'y a pas de vraie dynamique, ni de gestion à l'échelon national, pourtant indispensable à une recherche de qualité : elle n'est pas correctement financée, ni facilitée sur le plan éthique et administratif. L'organisation d'études cliniques reste aujourd'hui très complexe. »



Diffuser les bonnes informations aux bons professionnels est une responsabilité du Ministère : à ce jour, « on observe seulement 15% d'attention des PdS sur les messages reçus du Ministère » constate Julien Delpech. « L'information et le canal de diffusion utilisé ne sont pas personnalisés par métier ou zone géographique : or, chaque population a son propre canal qu'il est nécessaire d'étudier pour relayer efficacement l'information ».

Par ailleurs, **L'Etat peut renforcer les équipes terrain par la mobilisation de l'armée** : « elle aurait dû être sollicitée durant la crise car les militaires sont de très bons logisticiens » Souligne Guy Vallancien.



## Répondre aux besoins des différentes populations

### Ecouter et soutenir les professionnels de santé

**L'enquête terrain le souligne et les experts le confirment : la crise COVID a engendré beaucoup de stress chez les professionnels de santé. Plus que jamais, un accompagnement psychologique est nécessaire pour cette population en première ligne d'une pandémie.**

« On peut imaginer des dispositifs nationaux mais c'est le terrain qui doit se saisir du sujet car il comprend bien mieux le besoin réel » Souligne Thierry Bechu.

Plusieurs experts nous racontent les dispositifs mis en place dans leurs établissements : « les psychiatres de l'hôpital ont formé une cellule et passaient dans les services ; des kinésithérapeutes et ostéopathes sont venus proposer des instants de pause, avec une salle mise à disposition, et des séances de méditation » relate Thien-Nga Chamaraux.

Une Directrice de l'hôpital public partage le fait que « les psychologues ont été envoyés directement dans les services les plus impactés ».

Claude Ecoffey raconte qu'une « cellule d'écoute qui existait auparavant a été réactivée lors de la crise COVID. De plus, l'établissement a créé une nouvelle commission de qualité de vie au travail : on constate qu'une vraie réflexion s'est engagée, avec des psychologues disponibles pour écouter les professionnels. Ces mesures ont été prises au niveau de l'établissement pendant la crise et vont perdurer. »

Franck Verdonk rappelle que « ce sujet n'est pas réservé aux temps de crises : la réanimation est un environnement difficile, et le besoin d'écoute des soignants a toujours été là, la crise n'a fait que le révéler. La problématique se situe dans l'accès : il faut que les psychologues soient dans les services tous les jours ».

Eric Henry préconise « *un système d'accompagnement externe à l'établissement : cela garantit que les professionnels se sentent en confiance pour évoquer les difficultés du quotidien* ».

Marie-Paule Chariot constate qu'il ne s'agit pas seulement d'écouter le personnel : « *Apprendre à détecter les professionnels en souffrance pourrait être un sujet de la formation initiale en médecine. Savoir dépister une personne de son équipe en difficulté, et pouvoir l'orienter vers de l'accompagnement permettrait de réduire la souffrance au travail. Cela peut également être le travail de l'assureur en formation continue, car cela réduit le risque de sinistres, ou de l'Ordre en re-certification des médecins.* »

Malheureusement, ces dispositifs n'ont pas suffi à enrayer la vague de départs des soignants constatés au sein des établissements. La pénurie d'infirmiers et aide-soignants est plus critique que jamais, et les experts proposent plusieurs axes de réflexion : rémunération, redéfinition du rôle du soignant, et amélioration de la relation médecin-soignant.

## Faire adhérer la population

**La gestion d'une crise sanitaire passe par l'adhésion de la population aux directives de l'État. Cela met en lumière deux enjeux : prendre les bonnes décisions et communiquer efficacement.**

Le choix de confiner l'ensemble de la population est questionné par certains experts, Olivier Hassid propose de prendre les mesures de restrictions au regard « *d'une vraie analyse de risques de la population : identifier les groupes à risques, confiner uniquement les populations identifiées plutôt que de confiner la population entière* ».

Par ailleurs, la politique vaccinale a souligné l'importance de la communication : Franck Verdonk observe « *un bel effort du Ministère de la Santé sur la communication avec le site Santé Publique France diffusant des informations transparentes, ainsi que le développement d'applications* ».

Le rôle des médias est très stratégique avec, notamment, la dominance des médias sociaux qui « *ont pu être contreproductifs sur le vaccin par exemple. Une réflexion est à porter sur comment contrebalancer les effets nocifs, comme la désinformation, des réseaux sociaux par rapport aux médias traditionnels.* » constate Olivier Hassid.



# Partie II

## dix recommandations pour mieux gérer le risque épidémique demain

### Recommandation 1

#### Organisation de l'État dans la gestion des risques sanitaires

##### Situation

La crise sanitaire a été marquée dans la plupart des pays développés par le **retour en force de l'État**, avec un rôle central du Président de la République en France, véritable maître à bord pour coordonner la lutte, prendre les décisions, définir la stratégie et mobiliser les ressources nécessaires. Des pays très régionalisés comme l'Espagne et l'Allemagne ont vu les compétences des régions rognées au profit de l'État central. La pandémie a donc été un moment d'affirmation de la **centralité du politique** et de l'État.

Mais la crise sanitaire est aussi un moment par excellence où **l'État ne peut pas tout**. D'abord parce que l'État a besoin de la mobilisation et de l'engagement des acteurs et des citoyens eux-mêmes, dont le comportement est la clé du succès ou de l'échec d'une lutte sanitaire, comme nous le montre la campagne de vaccination en cours. Ensuite, parce que le virus était largement inconnu et qu'il devait se reposer sur une expertise scientifique indépendante des injonctions politiques.

L'enjeu des dispositifs de gestion de crise est de capitaliser sur la centralité du pouvoir de décision sans surjouer la verticalité. L'objectif est de **clarifier le lieu de décision stratégique et de décentraliser autant que possible les modalités de sa mise en œuvre**. Or, si l'exécutif français a fait le choix de l'affirmation de **sa centralité**, il a aussi fait le choix de **la verticalité**.

Dès le début de la pandémie, le lieu de la décision a été symboliquement établi au sein du Conseil de Défense, réuni autour du Président de la République, juste avant le Conseil des Ministres. Si on y ajoute les discours solennels du Premier Ministre et du Président de la République, qui ont rythmé la communication de crise, la gestion de crise a été marquée par la verticalité.

Dans ce système rigide, **peu de marges de manœuvre sont laissées à l'appréciation et à l'initiative des acteurs de terrain**, ce qui a, entre autres, rendu difficile le captage des signaux faibles de ce terrain.

Le Centre Opérationnel de Régulation et de Réponse aux Urgences Sanitaires et Sociales (CORRUSS) du Ministère de la Santé s'est montré dépassé par l'ampleur de la pandémie. Que ce soit sur la capacité à conseiller le gouvernement sur l'évolution de la pandémie, (ce qui a nécessité la création d'un Conseil scientifique ad hoc), que sur sa capacité à faire des recommandations et à coordonner les actions, le CORRUSS s'est montré inadapté à la gestion de ce type de crise.

Le résultat a été, par exemple, une politique beaucoup trop restrictive des tests qui a pénalisé la réponse française au début de la pandémie. Priorité a été donnée au contrôle plutôt qu'à la prise d'initiatives et de responsabilités.

## Objectifs

Si la centralité par le gouvernement de la gestion de la crise est la règle dans la plupart des pays et probablement un élément de gestion de crise à conserver, la verticalité dans la gestion de crise a démontré ses limites. **Une nouvelle gouvernance de gestion de crise est à proposer plus transverse, plus réactive et plus fluide avec les acteurs de terrain.**

## Recommandation

**Doter l'État d'une nouvelle organisation permanente de veille et de gestion des risques de crise sanitaire, de nature interministérielle et interdisciplinaire, adaptée à la gestion des crises sanitaires de type pandémique.**

**Une cellule nationale permanente de gestion et de veille du risque de crise sanitaire capable de gérer des pandémies. Par rapport à l'existant, cette cellule doit sensiblement monter en compétences scientifiques et en capacité d'actions. Il s'agit de tirer toutes les leçons de la crise Covid pour rebâtir un Corvuss mieux armé.**

Une gestion efficace du risque de crise sanitaire nécessite l'existence d'une cellule nationale de gestion et de veille des crises sanitaires de type pandémique.

Ses missions principales seraient les suivantes :

- Assurer une veille permanente d'évaluation des risques de crises sanitaires ;
- Réaliser des benchmarks internationaux sur les stratégies et moyens utilisés pour la gestion et la veille des crises ;
- Définir la stratégie et les objectifs de gestion des risques pendant les crises ;
- Coordonner les politiques de gestion de risques entre les régions ;
- Assurer la liaison et travailler en collaboration avec le centre européen de prévention et de contrôle (ECDC), l'Autorité européenne de préparation et d'intervention en cas d'urgence sanitaire (HERA) et les organisations internationales chargées de la prévention des crises sanitaires ;
- Assurer la communication en période de crise.

Cette cellule serait placée sous la tutelle commune du Ministère de l'Intérieur et du Ministère de la santé et comprendrait les ressources suivantes :

- Des représentants des Ministères concernés par la crise ;
- Des spécialistes de santé publique, représentant les spécialités concernées par la crise (une partie du Comité scientifique actuel par exemple)
- Des délégués de crise sanitaire de la santé des armées et des experts de la logistique ;
- Des experts des technologies numériques, de la modélisation épidémiologique et de l'intelligence artificielle ;
- Un porte-parole chargé de la communication.

Une partie seulement de ces ressources serait permanente pour garantir une veille actualisée. Un cahier des charges serait défini pour évaluer les tâches à accomplir chaque année pour les ressources non permanentes.

**Un programme de mise en situation** de crise régulière, pour maintenir au plus haut niveau les compétences, devrait être conçu et appliqué aux membres de la cellule.





## Recommandation 2

### Place des collectivités territoriales dans la gestion des risques sanitaires

#### Situation

L'État est apparu pendant cette crise comme **empêché par lui-même**, du fait de l'extrême centralisation de la réponse politique à la crise, en même temps que pas la faiblesse et le cloisonnement de ses services sur le terrain sur le front sanitaire. Les agences régionales de santé (ARS) ont concentré beaucoup de critiques faites à l'État. Cette difficulté est notamment due au décalage entre leur vocation première d'organiser les réseaux de soins à l'échelle régionale et le rôle qui leur a été dévolu dans l'urgence.

Un décalage a souvent été observé entre l'urgence et les modes d'action de l'ARS, marqués par la **lourdeur bureaucratique et la volonté de contrôle de l'information**. C'est aussi l'incapacité des ARS à en tirer les conséquences et à se positionner comme un des maillons de la réponse de l'État qui a mis en échec la réponse de celui-ci. Les ARS ont tenu à garder leur autonomie de fonctionnement, en particulier **leur contrôle sur les données sanitaires** dont le partage était pourtant essentiel à une réponse rapide et coordonnée.

Le dialogue entre les préfets et les collectivités territoriales a consisté pour une large part à répondre aux questions posées par les élus sur les conséquences des décisions de l'État, et des textes qu'il édictait, plus que les défis que devaient relever sur le terrain chacune des collectivités territoriales. C'est sans l'aide de l'État que les élus vont devoir tenter de relever les multiples défis qui se posent à eux : maintenir les services essentiels, se procurer des masques, rassurer et informer la population, préparer la réouverture des écoles...

Dans cette articulation difficile entre les différents échelons de l'État et des collectivités locales, il y a un grand absent, le virus lui-même. Tandis que les ARS monopolisent la gestion de la crise sanitaire, l'État reproduit un schéma en tuyau d'orgue avec ses interlocuteurs, en les traitant de manière séparée et en les cantonnant au strict cadre de leurs compétences, sans chercher à les associer à une stratégie globale de gestion de la crise qui s'abat sur le pays.

**Les données sanitaires ne sont ni élaborées, ni partagées avec les acteurs territoriaux**, qu'il s'agisse des autres services de l'État, des élus et des collectivités territoriales. Pourtant, c'est bien au niveau local que la partie sanitaire se joue. La disponibilité de ces données au niveau territorial est essentielle pour permettre un pilotage rapide et efficace des éventuels reconfinements, surtout s'ils sont ciblés. L'enjeu est d'informer mais aussi de **mobiliser les habitants et de piloter de façon plus fine le processus de déconfinement**.

#### Objectifs

Faire de la région un échelon de mise en application de la stratégie nationale avec l'autonomie nécessaire des acteurs pour disposer d'une réponse calibrée et adaptée aux situations locorégionales. Une répartition optimale des rôles entre l'État et les collectivités territoriales doit conduire à une gestion appropriée et efficace de la crise à l'échelle territoriale.

#### Recommandation

**Concevoir une déclinaison régionale de la cellule nationale de gestion et de veille des crises sanitaires qui permette de décentraliser davantage le pilotage opérationnel pour mieux répondre aux spécificités territoriales, de faire intervenir les collectivités territoriales et d'impliquer les professionnels de terrain. Au global, la réponse doit être mieux calibrée à la situation régionale de la crise et mieux adaptée aux conditions locales de vie.**

La cellule nationale conçoit une politique globale de gestion de crise claire pour tous les acteurs et le grand public, fixe les objectifs à atteindre et coordonne les actions des cellules régionales. La décentralisation proposée n'est pas une délégation totale de gestion de crise aux régions mais une

autonomie opérationnelle. En effet, **cette cellule régionale doit être à visée opérationnelle pour réussir l'exécution régionale d'une politique nationale de gestion de crise.**

Cette gestion opérationnelle serait confiée sous forme de **cogestion à l'ARS et à la région, un pont entre l'Etat et les collectivités territoriales. Une cellule de gestion et de veille du risque de crise sanitaire** serait créée au sein de chaque agence régionale de santé, avec des représentants régionaux des institutions et des professions intégrées dans la cellule nationale. Elle serait sous la cotutelle du Conseil Régional.

Cette décentralisation partielle de la gestion de la crise a aussi vocation à créer un pont entre l'Etat et les institutions représentatives des professionnels de santé (URPS, fédérations, syndicats...). Elle doit garantir une certaine **autonomie aux professionnels de santé** du terrain, qui auront un relai dans la cellule régionale de crise. Il faut leur laisser une **marge de manœuvre suffisante** pour que ces professionnels puissent exploiter au mieux leurs compétences, leur connaissance du terrain et leur créativité afin de trouver les meilleures solutions.

**La cotutelle** de la cellule régionale entre l'ARS et le Conseil Régional se justifie par le fait que la région connaît beaucoup mieux le contexte géographique et démographique de la région. C'est un renforcement de la démocratie dans la gestion de crise, sachant que les collectivités locales sont par définition au contact de habitants.

La région serait co-responsable politiquement de la gestion de crise, avec l'appui de l'ARS, tout en devant respecter la feuille de route nationale et être en contact étroit avec les cellules des autres régions.

Cette évolution nécessite de **déléguer à la région une nouvelle compétence** en matière de gestion de la crise sanitaire. Les régions devront s'équiper en conséquence pour pouvoir assumer ces nouvelles responsabilités. Cette délégation rejoint une demande de plusieurs régions d'être associée davantage à la gestion de la santé aux côtés des ARS.

Sur un plan pratique, chaque ARS devrait être équipée de salles de visio-conférence et de tout le matériel numérique permettant à cette cellule de crise de communiquer facilement avec l'État central et avec les autres régions.

La décentralisation devrait permettre de déceler les signaux faibles dans chaque territoire de santé, grâce à une remontée d'informations facilitée et structurée entre chaque collectivité territoriale et la région. La gestion opérationnelle régionale a vocation à autoriser un niveau de granularité qui inclut le territoire de santé, i. e à l'échelle de quelques bassins de vie, ce qui n'est pas possible avec une approche centralisée.

**Les caisses primaires d'assurance maladie** devraient aussi être partie prenante, pour solliciter les usagers et les professionnels de santé.





## Recommandation 3

### Système d'alerte, d'anticipation et de gestion des crises sanitaires

#### Situation

La crise Covid19 est une crise globale qui a affecté toutes les régions du monde, la société sous toutes ses facettes. Elle a été profondément inédite de mémoire d'homme (l'Occident avait oublié les grandes pestes du Moyen-Âge et la grippe espagnole de 1918-1920).

Les questions d'organisation et de préparation à la gestion de l'épidémie sont majeures. Les spécialistes de gestion de crise affirment que **si la crise est prévisible avec des modalités connues à l'avance** (ce qui est souvent le cas en milieu industriel), des plans précis peuvent alors être prévus et des marges de sécurité incluses dans le système pour assurer sa résilience (comme dans le nucléaire par exemple).

En revanche, pour les crises dont la nature et les caractéristiques n'ont pas été prévues et analysées au préalable, il est impossible d'échapper à une certaine dose d'improvisation. **Mais l'improvisation ne s'improvise pas sauf à risquer le chaos.** Il faut donc être prêt pour bien improviser, aussi bien sur le plan organisationnel que celui de l'outillage.

L'impression générale ressentie par la population française est celle d'une **certaine inefficacité lors d'opérations nécessitant la mobilisation de l'administration** : pour les masques, les tests, et aujourd'hui les vaccins. Les « sous-projets » de la gestion de crises (masques, tests, vaccins) n'ont pas donné l'impression d'être traités comme des projets confiés à des organisations spécifiques (comme l'armée).

**La politique de communication a aussi été un point délicat** et a rencontré de grosses difficultés. Un facteur important, d'autant plus que la crise se prolonge, est **l'acceptation par la population des mesures** de contrôle sanitaire. Les épidémiologistes expliquent très bien que les contraintes sont d'autant plus efficaces qu'elles sont imposées tôt, dans la partie faiblement croissante de l'épidémie, alors que le critère d'acceptabilité conduit à différer ces mesures jusqu'au moment où le gouvernement a la conviction que la population les considère comme inéluctables. **Ce compromis se gère à l'estime**, car les autorités ne disposent aujourd'hui **d'aucun outil de modélisation** permettant vraiment de lier ces deux facteurs et donc de les pondérer.

#### Objectifs

Mettre en place une véritable politique de gestion de crise en France (et en Europe), fondée sur une approche système appuyée sur des données et des modèles maîtrisés par les acteurs. Un système d'information sur les données sanitaires, ouvert et accessible en temps réel par les acteurs locaux, est à mettre en place.

#### Recommandation

**Doter les cellules de gestion et de veille des crises sanitaires d'outils performants de modélisation et d'une base de données accessibles en temps réel par tous les acteurs de la crise. Si la compétence existe en France dans des institutions comme l'Institut Pasteur, les cellules nationales et régionales de gestion de crise doivent être des relais efficaces des modèles et de leurs résultats. Cela nécessite des compétences et des équipements à la hauteur des enjeux.**

Une des leçons à tirer de la crise est l'importance à disposer des meilleures capacités possibles en matière de modélisation épidémiologique. Les travaux de modélisation épidémiologique sont apparus comme étant des outils clés aux yeux des pouvoirs publics, des médias et de la population.



Dès l'hiver 2020, la modélisation a permis la mise en évidence d'indices permettant de synthétiser l'état de la pandémie et d'anticiper son évolution ; l'illustration de la dynamique de l'épidémie avec plusieurs caractéristiques non pressenties par les non spécialistes telles que le R effectif ou le délai de doublement.

S'il existe différents types de modèles (discursif, mathématique, numérique), la qualité d'un modèle est évaluée par sa précision de représentation du passé et de modélisation du futur. Un modèle repose donc sur **des éléments de terrain et de réalité, par le biais de données** qui sont collectées et confrontées au modèle dans un contexte expérimental en premier lieu, puis utilisées pour **l'aide à la décision ensuite**.

Les professionnels de santé et l'ensemble des décideurs doivent disposer **d'un canal d'information claire et transparent** pour analyser les données en temps réel et pouvoir décider par eux-mêmes des ajustements sur leur travail. La crise nous a appris que « les données ne sont pas des données » : les paramètres clés ne sont pas évidents, les données sont difficiles à collecter et à valider, elles sont difficiles à mesurer et à interpréter, elles deviennent vite obsolètes.

Le système de collecte d'informations sur les pandémies instauré par les cellules de gestion et de veille sera étroitement coordonné avec le nouveau système européen de collecte d'informations annoncé par la Commission européenne, qui doit s'appuyer sur le Système d'alerte précoce et de réaction existant (EWRS).

## Recommandation 4

### Réserves sanitaires des professionnels de santé et des produits de santé

#### Situation

Dans un rapport de 2005, portant sur les alertes et réponses aux épidémies, l'OMS présentait un scénario catastrophe parfaitement identique à celui de la pandémie actuelle, invitant les États à se préparer au plus vite à l'ensemble des conséquences sanitaires, économiques et sociales liées à la pandémie. Les pénuries des produits de santé n'ont cessé de s'aggraver dans nombre de pays développés dont la France, en raison des tensions d'approvisionnement et ruptures de stocks liées notamment à la dépendance des systèmes de santé vis-à-vis de certains États producteurs (Chine, Inde). La pandémie a cristallisé les **problèmes de pénurie de médicaments et autres produits de santé**, dus à la mondialisation et à cette dépendance à l'Asie.

Outre la mondialisation de la supply chain des médicaments, la France a fait preuve d'un **étonnant relâchement institutionnel quant à ses réserves sanitaires stratégiques par rapport au risque épidémique**. En 2007, la France avait un dispositif de protection très ambitieux contre le risque pandémique, au moment de la grippe aviaire. Le titre de la loi de 2007 était prémonitoire : « *loi relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur* ».

Cette loi a créé le corps de réserve sanitaire et donné naissance l'**Eprus** (Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires). Ce dernier avait comme mission principale « *l'acquisition, la fabrication, l'importation, le stockage, la distribution et l'exportation des produits et services nécessaires à la protection de la population face aux mesures sanitaires graves* ». Avec 17 agents en 2007 puis 30 en 2015, et un budget cofinancé par l'État et l'Assurance Maladie, l'Eprus disposait à l'origine d'un stock estimé à un milliard d'euros. On trouvait dans cette réserve sanitaire aussi bien des vaccins, des antibiotiques, des pipettes, des aiguilles, des respirateurs, des masques FFP2, des automates PCR que des tenues de protection.

Suite à la crise H1N1 de 2009 et aux reproches faits à l'État d'en avoir trop fait, sur fond de déficit de la sécu et par absence de vision en santé publique, le budget de l'**Eprus est passé de 281 M en 2007 à 26 M€** en 2015, divisé par 11 en 9 ans ! Dans le même temps, l'État a revu sa doctrine en

2011, en distinguant désormais deux types de stocks : les stocks dits « **stratégiques** », les produits médicaux de précaution (médicaments, dispositifs, petit matériel), détenus par l'État, à vocation nationale, avec l'Eprus ; et les stocks dits « **tactiques** », confiés aux établissements de santé pour couvrir en priorité les besoins locaux. Le dispositif unique a été **fragmenté et a perdu en puissance**.

Les masques FFP2 sont inclus dans les stocks tactiques, financés par les hôpitaux dont la situation financière est tendue depuis plusieurs années. Ainsi, les stocks ont été considérablement réduits en ne renouvelant pas, par exemple, des marchés de produits arrivant à leur date de péremption. Estimée à 992 M€ en 2010, la valeur du stock avait été réduite de moitié en 2014, à 472M€, avant la disparition de l'établissement. Plutôt que de laisser davantage d'autonomie à l'Eprus pour qu'il assume ses missions, il **a été choisi de le noyer dans Santé Publique France** avec la réforme de 2016.

### Objectifs

Disposer en permanence des capacités humaines et logistiques pour garantir une grande réactivité dans la réponse aux crises sanitaires, avec un dimensionnement et une gouvernance adaptés aux besoins et à l'organisation de chaque région.

### Recommandation

**Créer une réserve sanitaire dans chaque région, pilotée régionalement selon un cahier des charges national, comprenant les ressources humaines, les produits et les capacités logistiques indispensables pour répondre rapidement et efficacement à l'irruption d'une crise sanitaire.**

Chaque région disposerait **de sa réserve sanitaire, composée d'un personnel soignant et des produits stratégiques indispensables en cas de crise sanitaire**, dimensionnée en fonction des besoins spécifiques de chaque région.

Des réserves de chaque produit stratégique devraient être constituées, avec un inventaire annuel et une mise à jour des stocks. Concernant le personnel soignant, une formation continue serait à mettre en place. Des simulations, mise en situation virtuelle de crise, seraient à réaliser à une fréquence suffisante pour maintenir cette réserve sanitaire opérationnelle à tout moment.

La régionalisation des stocks, conservée dans un lieu secret, renforcerait la solidité du dispositif anti-crise. Le service de santé des armées devrait être impliqué dans la gestion des réserves sanitaires mais le pilotage opérationnel devrait être **dans les mains des professionnels de santé et de la région**.

Nous recommandons la mise place d'une expérimentation régionale de telles réserves sanitaires de façon à en définir avec le plus de précision possible le contenu, la gouvernance, le lieu et les coûts.



## Recommandation 5

### Coordination & définition des rôles respectifs des secteurs publics et privés de la santé dans une crise sanitaire

#### Situation

Nous avons évoqué la centralité et la verticalité du fonctionnement de l'État, peu adaptées à la gestion de crise, surtout pour la verticalité. On peut y ajouter **le fonctionnement en vase clos au sein du secteur public dans les prises de décision**. L'État a repoussé le plus tard possible la mobilisation du secteur privé, que ce soit dans le domaine sanitaire ou dans d'autres secteurs (les entreprises ont été tardivement mobilisées).

La comparaison avec l'Allemagne est édifiante à ce sujet, comme pour la mise en place d'un dispositif de tests massifs par exemple. L'Allemagne a utilisé, dès le début de la pandémie, le secteur privé, ce qui lui a permis de passer rapidement à une grande échelle, avec la mobilisation du potentiel de l'industrie pharmaceutique allemande, l'implication de l'ensemble des laboratoires, de ville, mais aussi vétérinaires, sans les difficultés administratives rencontrées en France. En France, seuls 38 établissements de santé de référence étaient à même de tester les patients Covid pendant les premiers mois.

Alors que les cliniques privées ont été réquisitionnées et ont dû déprogrammer des centaines de milliers d'interventions, les ARS vont retarder le plus longtemps possible leur implication dans la charge des malades Covid19, en particulier lors du premier confinement alors que cliniques avaient libéré 4000 places en réanimation et soins critiques.

Même dans les régions très exposées où les hôpitaux publics étaient saturés, les ARS ont préféré déplacer les patients dans des hôpitaux publics d'autres régions plutôt que dans des cliniques de proximité. Dans le Grand Est, pendant le premier confinement, plusieurs patients Covid ont été évacués vers Marseille et Bordeaux, puis vers l'Allemagne et la Suisse en mars 2020, alors que 70 places de réanimation étaient libérées dans les cliniques de la région.

La méfiance des pouvoirs publics envers le privé en période de crise sanitaire **s'est aussi étendue aux entreprises**, notamment sur la question des masques. Le 13 mars 2020, l'État a publié un décret de réquisition des stocks et de la production des masques, qui s'étend aux stocks, aux importations et à la production des entreprises. Plutôt que d'exploiter la capacité de sourcing, de logistique et de distribution des grandes entreprises françaises mondialisées et très présentes en Asie, l'État leur interdit tout activité d'achat et d'acheminement des masques.

#### Objectifs

La gestion de crise sanitaire est à concevoir comme un service public délivré par le secteur public et le secteur privé. Seule la compétence et les capacités devraient être prise en compte, indépendamment des statuts juridiques.

#### Recommandation

**Proposer la mise en place d'un système de service public de gestion de crise qui mobilise l'ensemble des ressources disponibles dans les territoires, indifféremment des statuts juridiques des acteurs.**

**La restriction du service public de santé au service public hospitalier a été un frein à l'implication précoce du secteur privé et à la bonne coordination des acteurs des deux secteurs. Ce service public de gestion de crise doit inclure de façon reconnue par les textes une délégation au secteur privé qui, à partir du moment où il dispose des compétences et des équipements adaptés, sera intégré à l'égal du secteur public.**



Même si l'Etat pilote la stratégie et les grandes actions nationales, le secteur privé serait mobilisé dès qu'il est nécessaire de répandre massivement les actions au sein de la population.

Les secteurs publics et privés devraient être représentés dans les cellules de crise nationales et régionales. Les principales fédérations et syndicats des professionnels et établissements des secteurs publics et privés doivent être étroitement associés à la gestion de crise. Pour cela, ils devraient avoir un référent de crise sanitaire, formé sur ces questions et membres de la cellule de crise.

Ainsi, les URPS entre autres devraient disposer d'un personnel formé à la gestion de crise, pour être opérationnel à tout moment et intégrer la cellule de crise.

Les cellules régionales de gestion et de veille des crises sanitaires prendraient en compte les besoins nécessaires et des offres disponibles, quel que soit le statut juridique de ces offres. Par exemple, des établissements privés de taille suffisante devraient faire partie des établissements de référence lors de crise sanitaire avec le personnel formé aux crises sanitaires. Cette mobilisation du secteur privé s'étend au-delà des offreurs de soins, à travers les entreprises et le milieu associatif.

Une expérimentation à l'échelle régionale de ce service public de gestion de crise type pandémie serait à mener pour en préciser le contour, le fonctionnement et les apports.

## Recommandation 6

### Déprogrammations des soins

#### Situation

Si le Covid19 a généré un surplus d'activité médicale dédié à la pandémie, il a entraîné une baisse drastique de la consommation de soins hors Covid19 en ville et à l'hôpital. Si aucune réglementation n'est venue restreindre l'activité médicale de ville, celle-ci s'est en réalité effondrée en début de pandémie du fait de la crainte de contamination des patients dans les cabinets médicaux et des effets du confinement.

L'activité hospitalière a été réglementairement restreinte par le **plan blanc** aux besoins urgents et à la continuité des soins des patients chroniques. Déclenché le 6 mars 2020 dans les hôpitaux et cliniques des régions les plus touchées (IDF et Grand Est), il a été étendu à toute la France le 13 mars 2020. Il a été ensuite assoupli mais seulement levé le 17 juin 2021. Les 15 mois de Plan blanc ont généré des reports de prise en charge à l'hôpital qui sont loin d'être résorbés plus d'un an après le premier confinement.

Lors de la première vague, il avait été constaté, selon une enquête de UFC-Que choisir, que **74% des opérations initialement prévues en mars et avril 2020** avaient été déprogrammées. Une deuxième enquête de ce même Institut, réalisée du 5 au 20 avril 2021, a révélé que 39% des opérations prévues entre mars 2020 et mars 2021 n'avaient toujours pas eu lieu en avril 2021.

Les conséquences pour la santé des patients sont **jugées négatives pour 20% des répondants à l'enquête** de 2021 et 5% pointent un retard de dépistage d'une maladie. Ces aggravations concernent très souvent des pathologies lourdes, puisque la moitié des opérations déprogrammées justifiaient une hospitalisation complète. Une étude de la FHF du 30 mars 2021 a montré que l'activité de transplantation rénale a chuté de 30% en 2020.

Enfin, le retard de soins en ville comme à l'hôpital devrait augmenter le nombre de cancers de 7% dans les 5 prochaines années selon une enquête de l'Institut Gustave Roussy, réalisée sur la base de 13 000 patients de mars à octobre 2020. Cela représente plus de 130 000 cancers surnuméraires du fait du retard des dépistages et prises en charge.

Les principaux goulots d'étranglement identifiés ont été le bloc opératoire, **les perfusions de chimiothérapie et le dépistage**. L'institut National du Cancer a enregistré en 2020 une baisse de 10% des mammographies, de 20% des coloscopies, de plus de 8% de la biopsie de la prostate et de 7% des opérations de chirurgie.

Ce phénomène est lié à **un choc sur l'offre mais aussi à un comportement de la demande**. Une enquête du laboratoire de sciences sociales Pacte du CNRS, de l'université Grenoble-Alpes et de l'Assurance-maladie, portant sur tout type de patients, montre que la **volonté de ne pas surcharger les professionnels de santé et l'appréhension de la contamination** ont été des motifs fréquents de retard dans les consultations. L'envahissement de la sphère médiatique par le Covid a pu conduire certaines personnes à surestimer le risque du virus par rapport à d'autres pathologies. Le rapport bénéfique/risque aurait dû être estimé avec le médecin de ville au cas par cas.

### Objectifs

Mettre au point un système de gestion des soins de ville et à l'hôpital pendant la période de crise sanitaire qui minimise les déprogrammations et tout retard de prise en charge des patients et de dépistage des maladies. Ce système doit agir sur l'offre et sur la demande.

### Recommandation

**Gérer les déprogrammations selon un modèle médicalisé, inspiré par les sociétés savantes, intégré dans un Plan Blanc plus spécifique aux types de crises pandémiques et plus flexible, afin de donner une marge de manœuvre suffisante aux professionnels de santé de terrain.**

Des guides de bonnes pratiques pour chaque spécialité devraient être conçus par les sociétés savantes, représentés dans les Conseils Nationaux Professionnels, afin de gérer le plus finement possible les déprogrammations en période de crise sanitaire. Il faut passer d'un **modèle purement administratif** de déprogrammation (comme ça a été le cas pour les 50% de déprogrammation lors de la 3<sup>ème</sup> vague) à **un modèle médicalisé**.

Les pathologies cancéreuses ne peuvent pas se gérer comme les pathologies ophtalmologiques ou orthopédiques. Des références de bonnes pratiques par spécialité devraient guider la décision médicale, cette dernière étant prise par ceux qui posent l'indication opératoire.

Le plan blanc est à réformer pour **être spécifiquement adapté aux crises sanitaires du type maladie infectieuse**. Il est normalement déclenché par le directeur de l'établissement, donc géré localement, ce qui n'a pas été le cas. Il a été géré avant tout nationalement, indistinctement des situations locales.

Nous suggérons que le déclenchement du Plan Blanc soit décidé à l'échelle de la cellule régionale, après dialogue avec les instances des professionnels de santé (dont les URPS) et des directeurs d'établissement (direction administrative et de CME). La politique nationale devrait donner le cadre général de déclenchement et de gestion du plan blanc.

Pour bien gérer ces déprogrammations, il faut **laisser suffisamment de marge de manœuvre et d'autonomie aux professionnels de santé**. Plutôt que de fixer un taux de déprogrammation, il serait préférable de transmettre un besoin quantitatif de prise en charge de patients Covid.

Des campagnes d'information grand public sont à mener pour inciter les citoyens à continuer de prendre soin de leur santé - aussi bien sur le plan préventif, diagnostic que thérapeutique - pendant les périodes de crise sanitaire. Les messages sont à relayer par l'ensemble des professionnels de santé.



## Recommandation 7

### Capacités en réanimation

#### Situation

La plupart des pays développés ont fait face à une pénurie de lits de soins critiques (réanimation et soins intensifs), conduisant d'ailleurs à des confinements collectifs de la population. Cette question de la capacité d'un pays à faire face à un afflux massif de patients en réanimation conditionne leur stratégie de gestion de la crise. Plus cette capacité est faible, plus le risque de confinement collectif est élevé et plus l'impact économique et social de la crise est élevé.

La tension dans les lits de réanimation s'est ressentie en France à partir du 15 mars 2020 dans le Grand Est, limitant sa capacité à gérer la crise. Le 17 mars 2020, l'APHP a signalé la nécessité de 3 000 à 4 000 lits de réanimation supplémentaires. Du fait du manque de lits de réanimation dans ces deux régions, des patients sévères en syndrome de détresse respiratoire aiguë mais stables, ont été transférés vers d'autres centres hospitaliers régionaux en France, en Allemagne, en Autriche, au Luxembourg et en Suisse.

Dans la réflexion sur le dimensionnement des soins critiques, la crise Covid-19 a montré une dynamique dans la prise en charge des patients à prendre en considération. Les durées de séjour en réanimation se sont raccourcies de 21 jours à 12 jours entre la première vague et la deuxième vague. La mortalité est passée de 42% avant le 15 mars à 25% après le 15 avril 2020 pour les personnes admises en soins critiques.

En décembre 2018, la France comptait **19 300 lits de soins critiques, dont 5400 lits de réanimation, 5 800 lits de soins intensifs et 8000 lits de surveillance continue**. Lors de la pandémie, un certain flou s'est installé dans la communication du Ministère car les patients réanimés Covid sont logés quelque part en soins critiques, pas forcément en réanimation. Ceci est dû au fait que la base de données hospitalières SIVIC, créée au début de la pandémie, est paramétrée pour enregistrer les mouvements en soins critiques, sans faire le détail. La raison invoquée est de permettre de réagir plus vite quand il faut réarmer les lits.

En comparant avec l'Allemagne, la France dispose de 28,8 lits de soins critiques (SR+SI+SSC) pour 100 000 habitants contre 33,9 en Allemagne. La différence n'est donc pas aussi nette que ce qui a pu être annoncé en début de pandémie, du fait de la non prise en compte des soins de surveillance continue qui donnait pour la France une densité de 16,3 lits. En revanche, outre-Rhin, **les lits de soins intensifs sont moins équipés mais convertibles plus rapidement en lits de réanimation**. Le système allemand en la matière est apparu **plus souple et plus adaptable** pour répondre à la crise.

Un débat s'est installé sur la faible hausse de capacité de la France en lits de réanimation après l'été 2020, alors qu'on était monté à 10 700 patients en réanimation lors de la première vague, la capacité de réa n'est montée qu'à 5 800 ensuite. La première raison est une question de manque de disponibilité de personnels soignants. IL faut au minimum **2 infirmiers spécialisés pour 5 patients et un aide-soignant pour 4 patients en réanimation** (art D-6124-32 du Csp). Nous ne disposons pas du personnel soignant suffisant, du fait des problèmes de recrutement et du turn-over du personnel à l'hôpital.

De plus, le nombre de soignants en réanimation est estimé en fonction du nombre moyens de patients en réanimation sur les trois années précédentes. IL est difficile d'envisager de dimensionner en permanence les soins de réanimation en fonction des pics de besoins en période de crise. Cela serait très coûteux d'une part et nécessiterait un prélèvement de compétences élevé par rapport aux autres besoins hospitaliers ou de santé en général.



## Objectifs

Proposer un système de gestion des capacités de réanimation qui permette une montée en puissance rapide afin de répondre à des pics de besoins lors de pandémie. Ce système devrait aussi mieux répondre aux besoins des patients lourds lors des crises sanitaires, afin d'éviter les déprogrammations massives observées dans la crise Covid19.

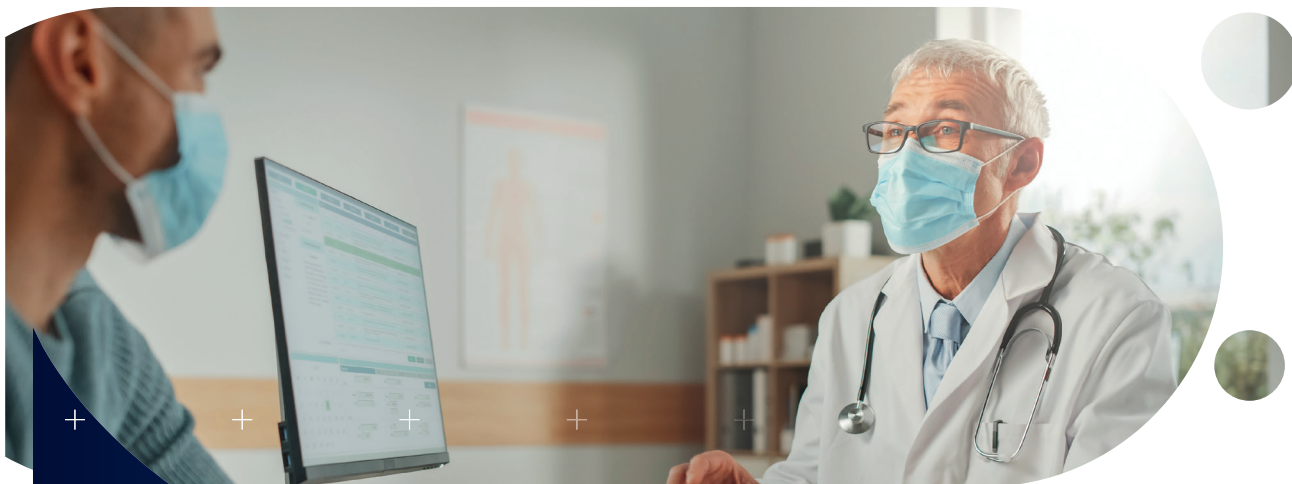
## Recommandation

**Revoir la carte de France des capacités existantes de réanimation du public et du privé, avec ventilation et tout le matériel et le personnel adéquat et en intégrant des capacités additionnelles réelles en lits de réanimation possibles par établissement.**

Ceci se prépare établissement par établissement et nécessite de sortir du modèle de flux tendus (matériels et personnels) à l'extrême qui a été la règle dans la gestion des services de soins intensifs ces dernières années.

Pour être capable de monter en puissance rapidement en capacité de réanimation, **un pool de personnels et de matériels annexes devrait être formé et être mobilisable** à tout moment lors d'une crise sanitaire. Un niveau de 25% à 50% de capacité supplémentaire par établissement disposant de réanimation pourrait être proposé. Un financement spécifique dédié à cette capacité supplémentaire de réanimation en temps de crise devrait être alloué aux établissements concernés.

Cette réserve devrait être formée régulièrement, mise en situation de crise sanitaire à intervalles réguliers. Les équipements (ventilateurs...) sont à maintenir en état de fonctionnement. Le système d'autorisation des services de réanimation devra être adapté en conséquence. La crise a montré que la France devait pouvoir doubler sa capacité normale de réanimation en période hors crise.





## Recommandation 8

### L'accompagnement des professionnels de santé dans une crise sanitaire pour renforcer leur capacité de résistance

#### Situation

Les professionnels de santé ont été assez massivement contaminés par la Covid-19. Entre le 1er mars 2020 et le 3 mai 2021, le nombre de professionnels en établissements de santé infectés a été de **81 032 personnes selon Santé Publique France**. Parmi ces cas, 81% étaient des professionnels de santé et 19% des professionnels non soignants. Les deux professions avec le plus grand nombre de cas ont été les infirmiers (N=19 312, 24% des cas) et les aides-soignants (N=16 819, 21% des cas).

Outre le personnel hospitalier, les professionnels de santé libéraux ont aussi été lourdement affectés. La CARMF avait recensé 74 décès de médecins libéraux en 2020, dont 49 en activité et 25 médecins libéraux retraités. Le motif de décès n'étant pas nécessairement indiqué par les familles, la Carmf indique que la Covid a probablement fait bien davantage de victimes que les 74 cas connus.

Selon les études, le personnel infirmier s'est montré le plus vulnérable avec une anxiété marquée, centrée sur l'infection avec un risque accru de morbidité psychiatrique. Une grande étude longitudinale, à la fois qualitative et quantitative, auprès de infirmiers de France, de Belgique et de Suisse réalisée en octobre 2020 conduit aux résultats suivants : 2/3 des infirmiers ont déclaré « *que leurs conditions de travail se sont détériorées depuis le début de la crise* » ; 57% ont déclarés « *être en situation d'épuisement professionnel depuis le début de la crise* », avec « *un fort risque d'impact sur la qualité des soins pour près de la moitié d'entre eux (48%)* » ; 43% des infirmiers ont déclaré « *ne pas savoir s'ils seront toujours infirmiers dans 5 ans* ». Le risque de pénurie de main d'œuvre paramédicale en établissements est très élevé en sortie de crise Covid.

La pandémie s'est traduite par une transformation sensible de l'environnement professionnel. Selon une enquête de 360 medics, **plus de 4 soignants sur 5 ont dû adapter leur mode d'exercice et 94% d'entre eux déclarent avoir ressenti un impact sur leur santé/bien-être personnel**. 60% des libéraux ont vu leur rémunération baisser durant la crise sanitaire, dont 34% de manière significative. Les hospitaliers ont surtout vécu une augmentation de leur charge de travail, sans variation de la rémunération.

Les caractéristiques de cette pandémie – rapidité de diffusion, connaissances incertaines, sévérité, morts parmi les soignants – alourdissent l'impact psychologique potentiel sur les professionnels de santé. Les sources d'inquiétude sont diverses. Certains évoluent dans un environnement nouveau sur le plan matériel et technique, devant assimiler en un temps réduit une masse importante d'information et acquérir de nouvelles compétences techniques, face à des situations cliniques graves.

Cette nécessité d'acquisition rapide de compétences techniques peut générer un sentiment d'altération du sentiment de maîtrise. L'inquiétude relative aux moyens matériels altère le sentiment de maîtrise et de sécurité chez tous. L'environnement relationnel est souvent nouveau du fait de renforts ou la création de nouvelles équipes.

#### Objectifs

Cette crise sanitaire devrait aider à mieux comprendre la vulnérabilité des soignants à la souffrance psychologique afin de renforcer les stratégies de prévention primaire et la formation aux enjeux psychologiques des soins, de la relation et de la gestion des situations de crise sanitaire.

## Recommandation

### Concevoir un programme de formation continue des soignants des secteurs publics et privés pour les préparer à la gestion d'une situation épidémique.

La maîtrise des fondamentaux épidémiologiques, des gestes barrières, de la bonne communication aux patients et des aspects pratiques de gestion de crise (matériels, tests, services support...) permettrait de mieux préparer psychologiquement les soignants à la crise.

On pourrait envisager la mise en place **d'un service national de gestion de crise sanitaire dédié aux soignants**, géré par la cellule de crise, accessible par téléphone et par internet. Doté d'une plateforme téléphonique et d'un site internet, ce service donnerait au personnel soignant des informations en temps réel sur la situation épidémiologique et des réponses pratiques sur la mise à disposition du matériel de protection (masques...). C'est d'autant plus important pour le personnel soignant libéral, souvent isolé dans leur territoire et qui est en première ligne au domicile des patients potentiellement contaminés.



## Recommandation 9

### Vaccination : stratégie, pilotage, rôles des différents acteurs

#### Situation

La stratégie vaccinale adoptée par le gouvernement repose sur trois principes : **non obligatoire, gratuité, haute sécurité**. Elle vise à déterminer les personnes prioritaires à la vaccination, en fonction des enjeux de santé publique et de l'arrivée progressive des doses de vaccins. Elle a trois objectifs de santé publique : faire baisser la mortalité et les formes graves de la maladie ; protéger les soignants et le système de soins ; garantir la sécurité des vaccins et de la vaccination.

Face à l'émergence de nouveaux variants plus contagieux comme le variant Delta, la Haute autorité de santé a recommandé dans un avis du 18 juin 2021 de passer d'une **stratégie de vaccination « en anneaux » à une stratégie réactive**. Avec un taux de contagiosité estimé à 60% supérieur à celui du variant alpha, le variant delta représentait fin juin près de 20% des contaminations en France, soit le double de la part représentée une semaine avant. L'augmentation de la contagiosité remet en cause l'efficacité de la stratégie vaccinale « en anneaux », trop lente pour endiguer les variants préoccupants. La vaccination réactive vise à vacciner très rapidement et très largement autour d'une personne positive à un variant préoccupant, dès que ce dernier est identifié grâce au séquençage.

En d'autres termes, cela consiste à **vacciner tout un quartier ou même une université entière** si un cluster apparaît. Le but est de casser les chaînes de transmission et d'éviter une deuxième gé-

nération de cas de contaminations. L'une des conditions de réussite de cette stratégie réside dans l'acceptabilité optimale de la vaccination par la population concernée.

Enfin, la campagne de vaccination a d'abord été pilotée de façon très serrée par les ARS, **en privilégiant les vaccinodromes par rapport aux professionnels libéraux de santé**. Les pharmacies comme les cabinets de médecine générale se sont vus livrer des quantités minimales de vaccins. Depuis octobre 2021, la vaccination chez les professionnels de ville est encouragée, sachant qu'ils disposent de stocks suffisants de doses.

### Objectifs

Mettre en place une stratégie vaccinale plus performante, qui permette à la France de vacciner 80% de sa population en quelques semaines.

### Recommandation

**La première condition de succès pour réussir une campagne de vaccination est de disposer suffisamment de doses en temps réel. Les pays qui ont vacciné rapidement, comme le Royaume-Uni et les USA, sont des pays producteurs du vaccin. Israël a acheté dès le début assez de doses pour vacciner toute sa population, en contrepartie d'un prix d'achat plus élevé.**

La France devrait donc disposer d'une capacité industrielle de production de vaccins, notamment des vaccins à ARN messager, lui permettant de produire rapidement un nombre suffisant de doses pour sa population et si possible celle de l'Union européenne. La France devrait maîtriser toute la chaîne de production, de la production de matière première au conditionnement du produit final. La réussite de la vaccination est donc liée à un enjeu industriel. La politique vaccinale ne peut pas être basée sur la gestion de la pénurie, comme au premier semestre de 2021.

Pour cela, il semblerait intéressant de créer un consortium industriel en France, basé sur un partenariat public/privé entre plusieurs acteurs de la recherche, du développement et de la production de vaccins à base d'ARN messager, une sorte d'Airbus de l'ARN messager.

Un autre enjeu est **la réussite du plan opérationnel de vaccination**, i.e. la capacité à mobiliser rapidement les professionnels de santé pour vacciner massivement la population. L'objectif doit être d'atteindre l'immunité collective en quelques semaines, comme Israël l'a fait. Pour cela, la campagne devrait s'appuyer prioritairement sur les professionnels de santé – médecins, infirmiers, pharmaciens – de ville. Avec 55 000 médecins généralistes, 40 000 pharmaciens et près de 115 000 infirmiers libéraux, la France dispose des ressources nécessaires pour vacciner 1,5 à 2 millions de personnes par jour.

Les vaccinodromes doivent être un **service supplémentaire, d'appoint** dans les zones densément peuplées, et si possible au cœur de ces zones (gares, aéroports...), là où les gens sont naturellement. La campagne actuelle a mis la priorité sur ces vaccinodromes et les a positionnés souvent à l'extérieur des villes (stade de France...). Les professionnels de santé ont été intégrés en deuxième rideau, lorsque la campagne patinait. Les professionnels libéraux ne se sont pas sentis pleinement investis de la campagne vaccinale. C'est une source d'échec à laquelle il faudra palier en les intégrant dès le début de la campagne.

**L'information sur les vaccins** est à renforcer sur un site officiel et mise à jour régulièrement selon les informations scientifiques disponibles. Une régulation des réseaux sociaux par une équipe dédiée pourrait contrer le lot de fake news qui apparaît régulièrement.

La vaccination dans tous les établissements de santé doit être possible pour les patients non vaccinés subissant une intervention. A titre d'exemple, les centres de néphrologie devraient pouvoir vacciner tous leurs patients insuffisants rénaux, qui sont en général très à risque.

La vaccination en entreprise doit être massivement développée avec les services de santé au travail.

## Recommandation 10

### Le grand âge et les crises sanitaires

#### Situation

Si le virus SARS-CoV-2 est une maladie infectieuse, la mortalité qu'il a engendrée et ses modes de contamination ont démontré que ce n'était pas simplement une maladie infectieuse. D'autres maladies non transmissibles (MNT) lui préexistaient. Il en accélère les effets et intensifie leurs gravités. Et ces MNT se conjuguent avec le virus et renforcent son impact sanitaire, ce qui constitue bien une syndémie.

Il est important de rappeler que le virus et les maladies non transmissibles se renforcent et que ces maladies non transmissibles augmentent dans les pays riches comme dans les pays pauvres. Cet auto-renforcement augmente les risques épidémiques... pour tous.

La crise sanitaire invite tous les pays développés à faire évoluer leur politique de santé pour enfin engager une autre guerre sanitaire, celle contre les pathologies chroniques. Cette autre épidémie, les maladies chroniques qui s'aggravent chaque année à cause des comportements individuels, des conditions de vie et de l'environnement, ne peuvent plus être traitées seulement une fois le risque présent.

Dès le début de la pandémie, l'âge a été reconnu comme le principal facteur de risque d'hospitalisation et/ou de décès pour Covid-19, de même que les patients souffrant de certaines comorbidités ont été identifiés comme présentant un sur-risque. Les personnes les plus gravement touchées par cette épidémie restaient les personnes âgées de 65 ans et plus ainsi que celles présentant des comorbidités. Les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 91% des personnes décédées de la Covid-19 à l'hôpital depuis le 1er mars 2020, et 63% des personnes hospitalisées en réanimation le 16 février 2021.

En 2018, 35% de la population française a fait l'objet d'un remboursement de soins pour au moins une pathologie chronique. Ainsi, plus de **23 millions de Français souffrent d'une ou plusieurs pathologies chroniques**. A ceci s'ajoute une démographie vieillissante avec 26,6% de la population française qui a plus de 60 ans et 9,5% plus de 75 ans en 2020. Ces deux tendances de la population vont s'intensifier dans les prochaines années, ce qui **accentue sensiblement le risque de mortalité des futures épidémies**. La population de plus de 75 ans va doubler d'ici à 2050, passant de 6,3 millions en 2020 à 12,2 millions en 2050 (Ined 2020).

Sans changement de cap de la politique de santé, la population française risque d'augmenter son niveau de vulnérabilité face au risque épidémique. Le pays est condamné à instaurer un confinement indifférencié sauf à dissocier des groupes de population selon leur état de santé, ce qui est pratiquement très compliqué à réaliser et politiquement très risqué. L'impact social de ce confinement auprès des jeunes adultes et des plus âgés est très élevé comme cela a été vu en 2020. Une réflexion sur la protection spécifique de ces deux populations est nécessaire.

#### Objectifs

Définir une politique de santé publique qui permette une protection des personnes âgées les plus fragiles efficace, sans les isoler de la société et de leurs proches, et qui minimise l'impact sur le reste de la population en cas de pandémie.

#### Recommandation

**Le personnel soignant et accompagnant les personnes âgées - que ce soit à domicile, en résidence ou en Ehpad - devra disposer d'une formation continue dédiée à la prise en charge des personnes fragiles en période d'épidémie. Il devrait aussi disposer de tout le matériel de protection nécessaire pour assurer la continuité de la prise en charge sans mettre en danger personne. Il serait prioritaire pour l'accès aux vaccins, pour être vacciné lui-même et vacciner les personnes âgées.**

De façon générale, la gestion des patients chroniques et celles des personnes à risque comme les personnes obèses devrait intégrer la gestion de ce risque de maladies infectieuses. La gestion de ce risque serait mentionnée dans les supports d'information qui leur sont dédiés, comprenant les comportements individuels à adopter et l'importance de la vaccination.

Une **veille des publications scientifiques** dédiées à l'impact des maladies infectieuses sur les pathologies chroniques et les facteurs de risque. Pas seulement les plus évidents comme l'obésité et les pathologies chroniques courantes mais aussi le déficit en vitamine D, le type de population le plus concerné... La question des Covid longs est à analyser à partir de données scientifiques sérieuses, qui devraient alimenter les sites internet et les réseaux sociaux les plus visités. La solidité de la base scientifique des connaissances sur la dynamique de la syndémie est importante pour prendre les bonnes décisions et adopter les bons comportements lors de prochaines épidémies.



# Conclusion

Ce livre blanc va permettre aux médecins spécialistes libéraux et aux établissements de santé privés de publier un message officiel sous forme d'état des lieux sur la crise sanitaire Covid et de proposer un ensemble argumenté d'actions. Il pourrait donner naissance à des choix, à des décisions politiques ou à un changement de politique sanitaire.

Écrire un livre blanc est toujours un exercice difficile d'autant que la crise Covid est loin d'être terminée, ce qui rend l'exercice plus complexe.

Le retour d'expérience des professionnels de santé libéraux et des établissements de santé privés est d'une grande valeur. Il a servi de catharsis pour tout le secteur privé qui a sûrement été négligé par les pouvoirs publics.

Le rôle dans l'offre de soins dans chaque territoire des soignants libéraux et des établissements de santé est indiscutable et essentiel. L'analyse de ces retours d'expérience est sûrement complexe mais nous en avons déduit 10 propositions concrètes qui devraient permettre une meilleure gestion de la crise sanitaire actuelle et des futures crises.

La gouvernance sanitaire régionale, la création et la gestion d'une réserve sanitaire matérielle régionale et les systèmes d'information pourraient faire l'objet d'expérimentations régionales en collaboration avec les URPS et les ARS.

Les conséquences inquiétantes de la crise COVID sur les ressources humaines et la déstabilisation des équipes soignantes obligent à réagir. Ce livre blanc devrait aider les différents acteurs du monde de la santé à anticiper, comprendre et agir pour protéger la population et protéger les soignants.

La publication d'un livre blanc c'est aussi l'occasion pour les médecins spécialistes libéraux et les établissements de santé privés de publier un message officiel qui rappelle leur rôle essentiel et leur redonner la place dans la politique globale de santé.

**Dr Philippe CUG**

*Co Président Avenir Spé Le Bloc*

## **Appui éditorial**

Hélène KRIN

## **Coordination du projet**

Sirius Customizer  
7, rue des Filles du Calvaire  
75003 Paris  
[www.sirius-paris.com](http://www.sirius-paris.com)

Décembre 2021





LIVRE BLANC

# Dix recommandations pour mieux affronter les crises sanitaires de demain.

Médecins spécialistes libéraux  
et établissements de santé privés

SAS au capital de 500 000€ - RCS Grenoble 443 093 364 - immatriculée au registre de l'ORIAS sous le numéro 07 029 059  
Vérification auprès de l'ORIAS 1 rue Jules Lefebvre 75311 PARIS cedex 11- [www.orias.fr](http://www.orias.fr)  
Entreprise sous contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest CS 92459 - 75436  
PARIS CEDEX 09 - [www.acpr.banque-france.fr](http://www.acpr.banque-france.fr) »

Création graphique Studio GAX - Crédits photos Adobestock