

MUTUELLES

**MOBILISATION SUR
LA PETITE ENFANCE**

ÉLECTIONS URPS

**LES MÉDECINS BOUDENT
LEURS REPRÉSENTANTS**



ENTRETIEN AVEC LE D^R MURIEL HAÏM

**“ ISRAËL EST LE PREMIER
PAYS À ATTEINDRE
L'IMMUNITÉ COLLECTIVE ”**




 GROUPE **vyv**

MA SANTÉ, C'EST SÉRIEUX.
J'AI CHOISI MGEN

MUTUELLE SANTÉ - PRÉVOYANCE
 Perrine Laffont a choisi MGEN pour son action en faveur du sport et de la santé. MGEN une protection santé performante et d'authentiques valeurs de solidarité.

PERRINE LAFFONT
 CHAMPIONNE OLYMPIQUE DE SKI DE BOSSES,
 3 FOIS VICTORIEUSE DE LA COUPE DU MONDE

MGEN, Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale, immatriculée sous le numéro SIREN 775 685 399, MGEN Vie, immatriculée sous le numéro SIREN 441 922 002, MGEN Fili, immatriculée sous le numéro SIREN 440 363 588, mutuelles soumises aux dispositions du livre II du Code de la mutualité. MGEN Action sanitaire et sociale, immatriculée sous le numéro SIREN 441 921 913, MGEN Centres de santé, immatriculée sous le numéro SIREN 477 901 714, mutuelles soumises aux dispositions du livre III du Code de la mutualité. Siège social : 3 square Max-Hymans -75748 Paris CEDEX 15.

ESPACE SOCIAL EUROPÉEN

SOMMAIRE

- 4 - PROJECTIONS**
- 5 - ACTUS**
URPS : les médecins boudent leurs représentants.
- 6 - ÉVÈNEMENT**
« Israël est le premier pays au monde à avoir atteint le seuil d'immunité de sa population ». Entretien avec le D^r Muriel Haïm.
- 10 - SÉQUENCES**
 - **Autonomie**
MDPH : vers un service public amélioré ?
 - **Prévoyance**
Accueil du jeune enfant, une place à prendre pour les mutuelles.
 - **Analyse**
Covid-19 et mortalité: les mensonges de l'État.

ESPACE SOCIAL Sarl au capital de 120 000 RCS Paris B 480 706 159 (2005B02166)
 27, rue des Bergers 75015 Paris
 Tél. : 01 53 24 13 00 - Fax. : 01 53 24 13 06
Associé unique et président du comité éditorial Pascal Beau
Directeur de la publication et de la rédaction Alexandre Beau
ABONNEMENTS 01 53 24 13 18
 abonnements@espace-social.com
 21 numéros par an et 200 lettres électroniques.
 - Professionnel : 420 € TTC.
 - Individuel : 220 € TTC - Association : 320 € TTC.

RÉDACTION
Analyses : Pascal Beau
Assurance-maladie - Sécu - International : Alexandre Beau - a.beau@espace-social.com
Famille - Action sociale : Florence Pinaud, f.pinaud@espace-social.com
Prévoyance complémentaire : Emilie Guédé, e.guede@espace-social.com
Correspondant Europe : Henri Lewalle
Rédacteur graphique - Site Internet - Réseaux - Podcast : Gladys De Micheli - g.demicheli@espace-social.com
Iconographie : cocktailsante.com
IMPRESSION RAS - 6, avenue des Tissonvilliers 95400 Villiers-le-Bel.

ADMINISTRATION
 secretariat@espace-social.com
COMMISSION PARITAIRE : N° 0321 T 87714
ISSN : N° 0999-7822.
Prix au numéro : 13 €
Tous droits de reproduction réservés.
 Membre du syndicat de la presse économique, juridique et politique. L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obligatoirement obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) 20, rue des Grands-Augustins 75006 Paris
 Tél.: 01 44 07 47 70 Fax : 01 45 34 67 19

CARNET



Alexandre Beau

RECOMPOSITION



On le craignait. C'est arrivé. L'effondrement du taux de vote des médecins libéraux aux élections des URPS confirme le bouleversement inexpugnable du paysage institutionnel de la médecine libérale française. Il n'y aura pas de retour en arrière, à un passé autrefois glorieux pour une corporation désormais écartelée entre des attentes, des pratiques et des intérêts divergents. La médecine française, publique et libérale, est d'abord malade de ses divisions. Huit syndicats se partageant à peine vingt mille voix, prétendant

fixer, en accord avec l'État et l'Assurance Maladie, les règles de l'organisation et de l'accès aux soins en ville de 67 millions de Français. N'y a-t-il pas là un problème dans l'équation ? La médecine libérale est aussi malade de ses combats d'arrière-garde. Le retard pris en matière de déploiement du numérique, les refus de certains de tendre vers des organisations collectives et coordonnées des acteurs, l'absence de renouvellement dans les instances syndicales (où sont les jeunes et les femmes?)... Cette liste sans fin résonne comme autant de pertes de chance pour le système, les patients et les professionnels eux-mêmes. Dès lors, notre pays est confronté à un double défi. On ne fabrique pas un système de santé sans médecins et sans une chaîne professionnelle, nationale et locale solidaire et réactive. Mais on ne peut non plus faire reposer sur les seuls médecins tous les contours de ce que doit l'écosystème sanitaire de demain. Les mutations passent par un fort virage ambulatoire. Il en va de la pérennisation du système. Bien que dramatique, la crise du Covid-19, et son impact sur le monde hospitalier, ne saurait faire oublier cette exigence. D'où le dilemme avec une CNAM qui va devoir d'ici deux ans rouvrir son chantier conventionnel pour définir et porter les profondes mutations attendues de tous. Elle organisera ce rendez-vous avec des partenaires affaiblis. Lesquels par effet miroir réduiront le potentiel stratégique de mise en action de l'Assurance Maladie.

Peu à peu, le centre de gravité de la santé et des soins des Français se déplace. Vers l'État central et régional avec les ARS, vers le terrain avec les CPTS et les expérimentations de type Article 51, vers les innovateurs et vers les patients. La recomposition des acteurs et des règles du jeu est en cours. La fin d'une époque ? ■

LE « BABY FLOP ET BABY CRASH » EN 2020 ET 2021



Enfin, la France s'en tire bien mieux en matière de croissance démographique en 2020, que la quasi-totalité des pays de l'UE et même en termes de comparaison internationale. 669 000 décès l'an dernier, mais aussi 746 000 naissances en recul de 13 % (hausse de la démographie naturelle de 0,1 %). A contrario, ce fut l'hécatombe ailleurs. 404 000 naissances pour 746 000 décès... une chute des naissances qui se retrouve partout avec des reculs de population comme l'Espagne (chute de 22 % dans un pays déjà atteint par une fécondité basse), l'Allemagne, de nombreux États aux USA (tels que la Floride ou l'Ohio), presque toute l'Europe méridionale et de l'Est, à la différence des nations d'Europe du Nord. Les données de Max-Planck et de l'Université de Vienne caractérisent un hiver démographique sans précédent depuis 1945. Une crainte de « Baby crash » en 2021. ■

► **« PSYCHODRAME »**
Selon le mensuel « Maisons de retraite », le climat politique au sein du conseil d'administration de la CNSA est loin d'être au beau fixe. En cause, le management vigoureux et personnel de sa présidente, Marie-Anne Montchamp, à propos du vote du document sur les pistes de financement de la perte d'autonomie. Le texte au final a été adopté par 22 voix, 1 contre et... 47 abstentions, notamment des représentants de l'État.

► **LE 100 % SANTÉ, RÉUSSITE OU ÉCHEC ?**
La divergence des chiffres induit une interrogation sur la réussite du 100 % Santé. Sur l'optique, les réseaux connus comme Carte Blanche Partenaires et Santclair parlent d'un taux d'adoption de 3 à 5, voire 6 % au mieux de part d'assurés avec un RAC zéro. De leur côté, la DSS (Direction la Sécurité sociale) et la FNMF évoquent res-

pectivement des taux de 14 et 20 %. Sur le dentaire, en RAC zéro, tous pointent un taux de 50 % en moyenne. Avec un RAC modéré, Santclair parle de 11 %, la DSS de 21 %. Quant à l'audioprothèse, seul Santclair présente des données de 28 % avec son réseau et 48 % hors réseau. Bref, un débat à clarifier donc.

► **CONSEIL NATIONAL INVESTISSEMENT**
Olivier Véran et Brigitte Bourguignon ont installé le Conseil national pour les investissements en santé (19 Mds € sur 5 ans, chargé de définir les orientations stratégiques pour les moyens et les choix dédiés à l'équité territoriale pour

des projets supérieurs à 150 Ms €. Les choix du Conseil, présidé par le ministre de la Santé, seront « éclairés » par un conseil scientifique regroupant des équipes professionnelles et territoriales.

► **SÉCURITÉ SANTÉ 2**
Ces mêmes ministres ont donné le top du 2^{ème} volet du Ségur de la santé. Avec des remises à niveau des grilles salariales statutaires de carrière tant dans la FPH que pour la territoriale et le secteur privé soit 500 000 agents paramédicaux à compter d'octobre prochain. Un coût de 740 Ms € qui s'ajoute aux 7,5 Mds € d'engagements de 2020. ■



► **EN BREF**
• Sanofi vient d'acheter la biotech Tidal Therapeutics, spécialisée en ARN messager. Il était temps... • Agnès Panier-Runachier, ministre de l'Industrie, a déclaré que la France pourrait finalement, au second semestre 2021, se « passer du vaccin AstraZeneca ». De quoi rassurer la population ? • Le projet de loi dit 4D (différenciation, décentralisation, déconcentration et dialogue) a été validé par le Conseil d'État. Reste à fixer son calendrier parlementaire. • L'UNAPL regrette vivement les « provocations » de l'État envers les professions libérales (indemnités, pas d'autonomie de groupe au sein du futur CESE). ■

LES CHIFFRES

0,8 %
des pères prennent un congé parental complet. Échec dû en partie à la faible indemnité versée (399 € mensuels).

303
médecins pour 100 000 habitants en 2028 (318 en 2021, mais 391 en perspective pour 2050).

1,4 %
seulement de taux de croissance dès 2023, pessimisme de Bercy (5 % en 2021 et 3,4 % en 2022 après le -8,2 % en 2020).

2027
date probable selon Bercy d'un retour à 2,8 % de déficit public (critère de Maastricht).

61,3 %
de PIB, part des dépenses publiques de la France en 2020 (60,4 % en 2021), record du monde.

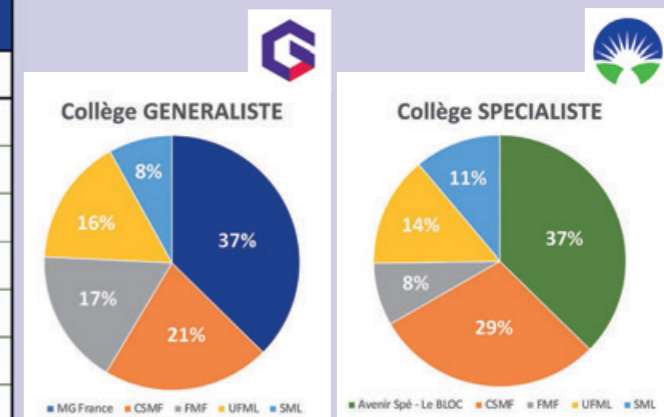
117,5 %
de dette publique de la France encore en 2027.



URPS : LA MÉDECINE DE VILLE BOUDE SES REPRÉSENTANTS

Le message est clair, avec un taux de participation de 22,66 % les médecins libéraux se sont globalement détournés des élections de leurs représentants au sein des URPS. Dans ce contexte, MG-France et Avenir Spé-Le BLOC ont quand même réussi à tirer leurs épingles du jeu en finissant en tête de leurs collèges respectifs.

Résultats URPS 2021 – MÉDECINS LIBÉRAUX (collèges généraliste et spécialiste)			
	Résultats 2021	Résultats 2015	Écart
CSMF	25,2 %	30,8 %	-5,6 %
MG-France	18,6 %	15,9 %	+2,7 %
Avenir Spé-Le BLOC	18,6 %	10,3 %	+8,3 %
UFML-S	14,8 %	/	/
FMF	12 %	21 %	-9 %
SML	9,4 %	18,9 %	-9,5 %
Union Collégiale	1,3 %	/	/
Jeunes Médecins	0,2 %	/	/



Bérézina, boycott, désintérêt... peu importe le terme que l'on voudra retenir pour qualifier ce cru 2021, le constat est implacable, les médecins libéraux ne se sont pas mobilisés pour élire leurs représentants dans les unions régionales de professionnels de santé (URPS) et ce, malgré une fenêtre de vote élargie (7 jours) et la mise à disposition d'un site Internet dédié à l'évènement et accessible 24 h/24. Le léger décrochage constaté en 2015 au niveau du taux de participation (39,9 %) s'est cette fois-ci amplifié pour atteindre les 22,6 %. En somme, moins de deux médecins votants de 2015 sur trois sont retournés aux urnes. Comment expliquer ce niveau de participation ? Pour l'ensemble des têtes de liste syndicales, organiser un vote en pleine campagne de vaccination n'était pas le meilleur timing possible pour garantir une grande mobilisation des acteurs. De plus, un certain nombre de bugs autour des identifiants numériques auraient été remontés dans le processus de vote en ligne. On notera toutefois que les pharmaciens,

confrontés aux mêmes problématiques, ont quant à eux participé à hauteur de 47 % à ce vote. Bien que cela soit 12 points de moins qu'en 2015. Autre explication avancée, le morcellement syndical. Avec huit organisations présentes pour représenter « seulement » 113 588 médecins libéraux, les électeurs ont pu avoir le sentiment d'un trop-plein. Et ce, d'autant plus que les programmes électoraux se rejoignent globalement sur les thématiques et propositions défendues.

PRIME AUX SYNDICATS CATÉGORIELS

Autre enseignement de ce scrutin, les voix des médecins libéraux se sont majoritairement portées sur les organismes défendant une catégorie spécifique. Du côté du collège des généralistes, MG-France a ainsi réussi à renforcer son leadership en obtenant près de 37 % des votes. Une progression de 6 points par rapport au dernier scrutin. En deuxième position, on retrouve désormais la CSMF qui se stabilise autour des 21 %. Ex-numéro 2 de ce collège, la FMF a obtenu 17 % des votes,

mais perd près de 10 points à ce scrutin. Suivent ensuite le nouveau venu l'UFML (syndicat créé en 2017) avec 16 % et enfin le SML avec 7,8 %. Pour les spécialistes de plateau technique lourd, c'est l'alliance Avenir Spé-Le BLOC qui arrive en tête avec 37,2 %. Petite déception en revanche pour la CSMF qui arrive seconde avec 29 %. Comme chez les généralistes, l'UFML fait un bon score avec 14 % et dame le pion aux « historiques » que sont le SML (11 %) et la FMF (8 %). Tous collèges confondus, la CSMF reste le premier syndicat médical avec 25 % des voix. Un score en recul de 5,6 points à celui de 2015. Prochain chantier pour les nouveaux élus, la reprise dans les prochaines semaines des négociations avec l'Assurance Maladie autour de la prise en charge des soins non programmés, de la revalorisation des actes spécialisés et du renforcement de l'usage du numérique dans la pratique médicale. Il y a donc du pain sur la planche...

■ Alexandre Beau

Entretien avec le **D^r Muriel Haïm**, consultante, administratrice de la Biotech américaine Neovacs spécialisée sur les nouvelles technologies des vaccins et présidente de l'association « *Un Cœur pour la paix* », de la fondation France-Israël. Installée en Israël après une longue carrière dans l'industrie pharmaceutique, elle est reconnue comme une experte de premier plan en ce qui concerne les organisations des systèmes de santé à l'international.

“ ISRAËL EST LE PREMIER PAYS AU MONDE À AVOIR ATTEINT LE SEUIL D'IMMUNITÉ DE SA POPULATION ”

Israël détient la première place mondiale s'agissant de la vaccination contre la covid-19. Comment les choses ont-elles été organisées ?

Muriel Haïm : D'abord un chiffre, 85 %. C'est le taux de vaccination de la population en ce début de mois d'avril. Nous avons atteint le seuil d'immunité ! Nous sommes le premier État dans le monde à avoir réussi ce défi. Ce résultat s'explique par le cumul de plusieurs facteurs. D'abord, il existe dans ce pays une forte culture du risque infectieux pour des raisons que chacun peut comprendre. D'autre part, nos experts scientifiques ont très vite alarmé le gouvernement sur les dangers de la contamination et l'impératif à agir vite et fort. En ce sens, dès juin 2020, l'État a passé des accords stratégiques avec Pfizer, Moderna et Astra Zeneca avant de savoir si ces laboratoires auraient une autorisation de mise sur le marché tout en développant de notre côté, notre propre vaccin.

Sur le terrain, comment les choses se sont-elles passées ?

En termes de capacité logistique, notre nation demeure une référence mondiale. Et, entre le tarmac de l'aéroport de Lodz à Tel-Aviv et le bras du patient, il y avait une organisation impeccable à mettre en place. En amont, cela a commencé par une planification quasi militaire de la campagne de vaccination dès le début du mois d'octobre pour un lancement opérationnel concomitant à la première injection faite au Premier ministre Netanyahu en direct à la télévision le 21 décembre dernier. Le gouvernement a sous-traité le déploiement des lieux et de la mobilisation de la population aux quatre grandes caisses d'Assurance Maladie dont la Koupat Holim, la plus importante du pays. Concrètement, deux choix forts ont été pris. Le premier consistant à centraliser les doses dans un centre de stockage unique appartenant à l'entreprise TEVA. L'autre portant sur l'ouverture de près de 400 centres de vaccination par l'Assurance Maladie avec des plages horaires d'ouverture allant de minimum 12 h par jour pour parfois aller jusqu'à 24 h sur 24. Pour cela, des

enceintes sportives et des places publiques ont été réquisitionnées dans le but d'éviter tout risque de contamination avec les centres médicaux tout en permettant d'atteindre potentiellement un pic de 200 000 vaccinations par jour. En outre, le Maguen David Adom, l'équivalent israélien de la Croix Rouge, était en charge de vacciner tous les résidents et employés des EPHAD dans le cadre du programme « *Protection des Pères et des Mères* » élaboré par le ministère de la Santé. En mars, l'armée a vacciné 85 % de ses soldats. Des équipes mobiles sont également allées à la rencontre des populations bédouines du Néguev.



ISRAËL DEMEURE LA SEULE NATION OÙ, EN CAS DE CRISE MAJEURE, LA CLASSE POLITIQUE ET LES ACTEURS LOCAUX DÉPASSENT LEURS ANTAGONISMES POUR AGIR EFFICACEMENT ET SURMONTER LES DÉFIS.

Un effort spécifique a-t-il été fait en termes de communication ?

Oui, tout à fait, une campagne de communication d'engvergure a été lancée à destination du grand public. Celle-ci a été principalement axée sur la sécurité et l'efficacité de la campagne vaccinale. Cette dernière a d'ailleurs, été présentée à tous comme la meilleure solution pour faire face à cette crise et faciliter un retour à la normale. L'autre aspect qu'il faut avoir en tête est l'adhésion de la population aux outils numériques qui ont été déployés dans le cadre de cette campagne. Ainsi, tous les assurés étant connectés en permanence via une application adaptée, chacun a pu recevoir un message spécifique pour l'informer de la date et du lieu de sa vaccination.

Des réticences au sein de la société ?

Les populations plus difficiles à convaincre ont été certains groupes religieux, les Haredi, certains Arabes israéliens et les populations bédouines. Là encore, des stratégies de communication ont été déployées via leurs leaders, des rabbins, des maires et des médecins arabes israéliens qui, à eux seuls, représentent 15 % du corps médical. Même le Premier ministre s'est rendu dans certains villages arabes de Galilée pour encourager les habitants à se faire vacciner. Des campagnes de communication ont été faites sur les réseaux sociaux pour contrer les fake news sur le risque de la vaccination. Cette communication alliée à une logistique sans faille a permis de vacciner dans un temps record près 80 % de la population avec une première dose.

Tout cela est-il permis par un particularisme politique culturel ?

À la différence de la France, et peut-être d'une grande

CHIFFRES

9,5 millions d'habitants.

14 millions de doses commandées et livrées.

800 lits de réanimation (10% de plus que la France).

65% de la population totalement vaccinée.

4 750 décès Covid-19.

81 vacci-nodromes.

5% du PIB dédié à la R&D.

partie de l'Europe, il existe une vraie confiance dans la science et dans l'innovation. Israël demeure une terre de pionnier. Une sorte de start-up nation notamment dans le domaine de la santé avec une industrie biotech de premier plan. De plus, nous partageons une valeur commune : la primauté de la vie s'impose à tous. Laïques comme pratiquants de la religion juive partagent ce principe. N'oublions pas que c'est un pays qui a connu de nombreuses guerres et qui a encore des ennemis à certaines frontières avec des jeunes qui, de 18 à 21 ans minimum, risquent leur vie pour défendre leur pays.

Quelle attitude des autorités concernant la vaccination de la population palestinienne ?

Depuis les accords d'Oslo en 1993, la santé de cette population est du ressort exclusif de l'Autorité palestinienne (AP). Celle-ci n'a toutefois pas demandé à Israël de lui fournir des vaccins. Cependant, l'État a fourni en février dernier 5 000 doses de vaccin Moderna pour les soignants. Le recours à de basses températures rend l'utilisation du vaccin de Pfizer impossible en Cisjordanie. De son côté, l'AP a négocié directement avec les entreprises pharmaceutiques. Elle doit de plus, recevoir des vaccins pour 20 % de sa population via le mécanisme COVAX. Nous savons aussi que l'AP a commandé 4 millions de doses Spoutnik, mais à l'instar d'autres pays, on sait peu de choses sur le stock réel des livraisons.

Vous coopérez néanmoins ?

Depuis le début de la pandémie en mars 2020, Israël et l'AP coopère étroitement sur le plan sanitaire. C'est ainsi qu'ont été formés des médecins de Gaza et que le ministre palestinien de la Santé a partagé avec des officiels Israéliens le plan de vaccination. L'AP considère

que l'ensemble des Palestiniens de Gaza et de Cisjordanie, soit 4,5 millions de personnes, sont sous sa responsabilité. La jeunesse de la population palestinienne, seulement 3,5 % de celle-ci a plus de 65 ans, atténue quelque peu les tensions liées à la Covid-19. Par ailleurs, Israël vaccine les 130 000 travailleurs palestiniens légalement présents sur le territoire ou dans les implantations de Cisjordanie. Les 30 000 Palestiniens vivant à Jérusalem-Est ont les mêmes droits d'accès à la santé que les Israéliens. Au début de la campagne, alors que l'on ne vaccinait que les plus de 60 ans, le ministère de la Santé, pour inciter cette population réticente à se faire vacciner, a proposé qu'un jeune accompagne un senior pour une vaccination à deux.

Qu'en est-il du fameux deal passé entre votre gouvernement et le laboratoire Pfizer? Un sujet qui a fait couler beaucoup d'encre en France.

En amont, vous devez avoir deux éléments en tête. D'abord, que toute la population israélienne est assurée via des caisses de Sécurité sociale sorte de HMO (health maintenance organization, Assurance maladie à l'américaine). Ensuite, il faut comprendre que la numérisation des données de santé a commencé il y a 25 ans. Cela constitue donc une base de données exceptionnelle.

Pour en revenir à votre question, le Premier ministre est à l'origine de ce deal qui a pour but de garantir le nombre de vaccins nécessaires en échange d'une mise à disposition des données médicales anonymisées.

Le document signé par Israël et le laboratoire Pfizer/BioNtech est intitulé « *Accord de suivi épidémiologique en situation réelle* ». Dès les premières pages, l'objectif est détaillé : « *Il s'agit de récolter et d'analyser un maximum de données pour savoir à quel moment une population vaccinée à grande échelle atteint l'immunité collective* ». D'ailleurs, Pfizer a dans un premier temps envoyé des équipes pour juger de la qualité des données médicales de nos caisses de Sécurité sociale. Mais, le document contractuel le précise bien : cette entente se fait dans le respect de la loi sur la protection de la vie privée en Israël.

Plus globalement, il s'agit d'un deal gagnant-gagnant : pour le laboratoire, cela lui permet de confirmer en grandeur nature les résultats de ses études de phases III sur 43 661 patients. Pour Israël, cet accord permet de garantir à tous ses concitoyens l'accès à la vaccination.



L'exploitation des données de santé a-t-elle posé un problème aux Israéliens ?

Il n'y a pratiquement pas eu de plainte dans la population qui a compris que les données transmises sont anonymisées et que la sécurisation de l'approvisionnement est la garantie du retour à une vie économique et sociale normale. N'oublions pas que le chômage pendant la pandémie est passé de 4 à 20 % avec des conséquences sociales dramatiques.

Application pour smartphone du Maccabi Healthcare Services. (HMO)

Avez-vous accepté de payer plus cher les vaccins ?

Il faut se remettre dans le contexte de crise aiguë du printemps 2020. J'ajouterais que les pays occidentaux sont assez mal placés pour donner des leçons de morale et d'efficacité dans la gestion de la crise... pour sécuriser un nombre suffisant de vaccins pour la population le gouvernement israélien a, certes, accepté de « surpayer » les vaccins. Mais au regard du coût économique et social de l'arrêt de l'économie du pays, la démarche fut utile. Là encore, la population a accepté ce deal.

Qu'en est-il du fameux passeport vert ?

C'est un outil efficace et généralisé. Dix jours après la seconde injection sur le site du ministère de la Santé un document, le passeport vert est disponible. Il mentionne les dates de vaccination, les numéros de lot des vaccins utilisés et la date de couverture vaccinale (seconde injection+6 mois). Le tout est informatisé. Cette démarche permettra à terme de contribuer à la mise en place rapide d'un véritable espace numérique santé pour toute la population.

Vous présidez des instances de coopération santé et économique Franco-Israélienne. Un atout pour agir plus efficacement ?

La coopération médicale entre médecins israéliens et palestiniens a été très importante pendant cette pandémie avec une formation de médecins de Gaza par leurs confrères israéliens faite au check-point d'Erez ou bien même dans le cadre de l'université de Bersheva. Idem en Cisjordanie, où la coopération fonctionne très bien. Il est évident qu'une telle catastrophe ne peut que renforcer ma détermination à agir pour créer des ponts entre nos peuples. Que ce soit en médecine, dans le cadre « *Un Cœur pour la Paix* » entre Israéliens et Palestiniens, ou bien dans le cadre de la Fondation France Israël, liant les sociétés civiles entre nos deux pays. C'est dans ces moments de crise qu'il nous faut trouver des solutions innovantes et efficaces pour aider les sociétés à « limiter la casse » économique et sociale tout en continuant à fonctionner de façon démocratique.

■ Propos recueillis par Pascal Beau

Employés de l'Autorité Palestinienne inscrivant des palestiniens sur une liste d'attente de vaccination.

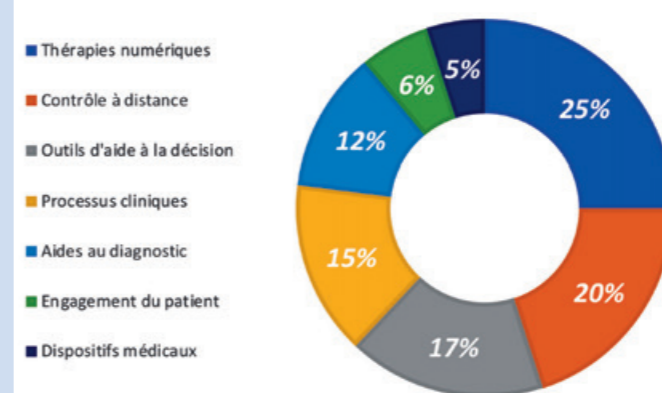


ISRAËL, LA START-UP NATION SANTÉ



Locaux de la Start-Up Tytocare qui a mis au point un kit de diagnostic et de suivi du patient.

RÉPARTITION DES SECTEURS COUVERTS PAR LES START-UPS ISRAËLIENNES



Si l'État d'Israël a attiré les regards étonnés du monde entier concernant le succès de sa stratégie vaccinale, les plus experts d'entre eux avaient déjà remarqué que ce pays de près de 9 millions d'habitants se distingue depuis plusieurs années dans le champ sanitaire en menant une politique d'innovation médicale des plus ambitieuses.

Les chiffres parlent d'eux-mêmes. En 2020, le pays comptait plus de 550 entreprises travaillant dans le secteur de la santé, et ce, dans des domaines diversifiés allant des thérapies innovantes jusqu'au développement d'outils d'aide à la décision pour les professionnels de santé et les patients (cf. schéma ci-dessus). Un parc de start-ups, incubateurs, pôle de recherche conséquent, si on le rapporte à la taille du pays, qui se justifie par les lourds investissements financiers réalisés par l'État (300 Ms \$ par an) et les acteurs privés, mais également, par la nature des projets qui y sont développés. En effet, une majorité de ces derniers s'appuie sur des technologies basées sur l'intelligence artificielle. Une démarche rendue possible par le fait que le système de santé local a numérisé près de 98 % de ces données. De plus, l'accès et l'utilisation de celles-ci sont facilités pour les entreprises (y compris privées) par une stratégie d'anonymisation et de sécurisation mise en place depuis plus de dix ans en Israël.

Signe extérieur de réussite, bon nombre de ces startups expatrient leur savoir-faire sur les plus grands marchés internationaux, États-Unis en tête. Par exemple, les kits de diagnostics et de suivi du patient à distance produits par l'entreprise Tytocare, sont distribués au grand public par l'une des plus grandes chaînes de distribution d'électroménager international, Best Buy (l'équivalent de la Fnac aux USA). Et quand elle n'exporte pas ces pé-

pites, Israël accueille également les unités de recherche de pointe des acteurs majeurs des industries de santé sur son territoire. Dernier acteur majeur à s'implanter sur place, le géant de l'offre de soins et de l'assurance Anthem Blue Cross Blue Shield qui a récemment décidé d'installer une de ses principales unités de recherche à Tel-Aviv. En parallèle, les autorités israéliennes entendent capitaliser sur cette dynamique en appuyant fortement le déploiement de nouvelles technologies telles que la 5G ou l'IoT (Internet of Things, l'interconnexion entre Internet et les objets) permettant d'accélérer l'exploitation des potentiels des objets connectés. Et ce sans compter la robotique, dont l'usage dans le cadre sanitaire s'est considérablement intensifié, ne serait-ce « *que pour protéger les soignants et diminuer les contacts physiques avec les malades* » comme nous le précise le Dr Haïm.

■ Alexandre Beau

HANDICAP

MDPH : VERS UN SERVICE PUBLIC AMÉLIORÉ ?

État, départements et CNSA ont élaboré une feuille de route pour améliorer l'action et la qualité de service rendu par les MDPH. Que dit ce document et comment atteindre ses objectifs ?

L'accord de méthode État-départements 2020 (signé lors de la dernière Conférence nationale du handicap) vise à améliorer la performance des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), services publics du handicap. Après 15 ans d'existence, ces guichets uniques au service de l'autonomie des personnes handicapées ont acquis la maturité nécessaire à une réelle modernisation. Comme le souligne Sophie Cluzel avec le président de l'Assemblée des départements de France (ADF), Dominique Busseureau : « Notre action converge vers l'objectif de créer un service public d'accès aux droits plus simple, plus efficace et plus équitable. »



AMÉLIORATION AU PROGRAMME

En novembre dernier, le lancement du chantier d'amélioration des MDPH donnait lieu à l'élaboration conjointe d'une « Feuille de route MDPH 2022 ». Autour de la table, l'État, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), mais aussi l'ADF et les principales associations. Après les nombreuses failles remontées par les usagers sur la complexité des procédures et les disparités d'un département à l'autre, la volonté commune était d'améliorer le dispositif. Avec la feuille de route, les partenaires ont décliné les mesures nécessaires pour atteindre cet objectif.

L'HEURE DE LA MATURITÉ

Les MDPH ont été créées en 2005 par la loi « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ». Leur mission : centraliser les demandes qui se partageaient auparavant entre l'État et les dé-

partements. Depuis le départ, ces organismes sont financés à plus d'un tiers par l'État, à 30 % par les conseils départementaux et à 27 % par la CNSA. Pendant leur première décennie, elles ont fait face au difficile remplacement des agents d'État refusant d'être transférés aux départements. Puis, à la multiplication des demandes d'aides comme l'AAH (Allocation pour adulte handicapé) ou la PCH (Prestation de compensation du handicap), souvent à effectif constant et sans revalorisation adaptée de leur budget. Dix ans après leur création, le constat restait loin des ambitions avec des procédures parfois très complexes, de grandes disparités d'évaluation d'un département à l'autre et des délais de traitement de quelques semaines à plusieurs mois.

CORRIGER LES ERREURS ET HARMONISER LES PRATIQUES

En partageant le constat des faiblesses de certaines MDPH comme l'objectif d'offrir un véritable service public du handicap, État, département et CNSA ont désormais élaboré un programme concret. Comme le souligne l'ADF : « Nous travaillons ensemble dans une grande collégialité sur ces lieux multipartenarial et multiprofessionnel. Nous visons à ce qu'ils proposent les meilleures réponses possibles à des situations parfois très complexes, dans des environnements qui ne disposent pas tous des mêmes niveaux de service. » Une ambition collective confirmée par Bénédicte Autier, directrice de la compensation de la perte d'autonomie à la CNSA : « La feuille de route MDPH 2022 résulte d'observations et de constats qui

La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

Représentants issus des associations de personnes handicapées et de leurs familles, du conseil départemental, de l'État, de l'Assurance maladie, des syndicats...

Une équipe pluridisciplinaire pour évaluer les besoins de l'utilisateur

Médecins, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, infirmiers, psychologues...

MDPH, une logique de guichet unique

Maison Départementale des Personnes Handicapées

7 missions socles

1. Informer
2. Accueillir et écouter
3. Évaluer les besoins
4. Élaborer un plan de compensation
5. Attribuer les prestations
6. Suivi des décisions
7. Médiation et conciliation

La feuille de route MDPH 2022 résulte d'observations et de constats qui font consensus.

VERS DES MAISONS DÉPARTEMENTALES DE L'AUTONOMIE ?

Avec ce mouvement de modernisation, ces guichets uniques

pourraient-ils devenir à terme les relais locaux de la cinquième branche ? L'hypothèse est souvent évoquée. Déjà et selon l'ADF, une trentaine de Maisons s'engagent sur leur transfor-



Bénédicte Autier, directrice de la compensation de la perte d'autonomie à la CNSA.

mation en MDA, soit des Maisons départementales de l'autonomie. Mais comme le soulignent un certain nombre de députés croisés dans les couloirs de l'Assemblée nationale : « Encore faudrait-il que cette loi autonomie dont on entend parler depuis si longtemps soit réellement présentée et votée ». Pour soutenir leur modernisation en l'attente d'une loi, le financement des MDPH a également été réévalué avec une augmentation pérenne de 15 Ms € par an, des crédits versés par la CNSA.

■ Florence Pinaud

font consensus. Elle cherche à rendre ce service public plus efficace et à corriger certaines normes compliquant le traitement des dossiers avec des mesures telles que "dites-le-nous une fois".

IDENTIFIER LES FREINS

Pour pallier les difficultés, le chantier cherche à identifier tout ce qui complique et ralentit le travail des équipes MDPH. Qu'il s'agisse de normes trop complexes, d'un meilleur outillage ou d'un renforcement de la formation des professionnels. Chaque frein à la modernisation est enregistré. Il peut aussi s'agir d'un manque d'outils informatiques alors que la gestion électronique des dossiers n'existe pas dans toutes les Maisons. Mais aussi d'un manque d'effectifs et/ou de formation. Toutefois il faut noter une évolution des pratiques avec la possibilité d'attribuer des droits « à vie » lorsque la situation de handicap n'est pas susceptible de changer... Des chantiers sont par ailleurs déjà en cours comme l'installation de systèmes d'information harmonisés dans toutes les MDPH.

APPUI OPÉRATIONNEL ET BAROMÈTRE

Pour aider les MDPH les plus en

REPÈRES

1,7 million de bénéficiaires MDPH.

La durée moyenne de traitement pour les demandes d'AAH est passée de 4,8 mois en 2019 à 4,1 mois à la fin de 2020. L'objectif est de ramener ce délai à 3 mois au plus et à 4 mois pour les autres demandes...

Plus de 60 % des usagers se déclarent plutôt satisfaits ou moyennement satisfaits du travail des MDPH, sans distinction entre les deux réponses.

difficulté, la CNSA a créé une mission d'appui opérationnel avec un budget de 10 Ms € par an, étalé sur deux ans, pour rattraper les retards les plus flagrants. Cette équipe de sept professionnels accompagnera dix Maisons dès cette année avec pour objectif de dresser un constat avec les équipes locales afin d'élaborer un plan d'action dont elle suivra très concrètement la mise en œuvre. Un travail qui vise notamment à soutenir les MDPH rencontrant des difficultés sur leurs délais et leur stock. Autre mesure, un baromètre publié tous les trimestres doit permettre d'évaluer les améliorations. Lancé en octobre 2020, il décline les indicateurs clés des MDPH, département par département. Parmi ces indicateurs : la part des droits sans limitation de durée; la durée de traitement des demandes, les droits ouverts en matière de scolarisation ou encore le taux de satisfaction des personnes à l'égard de leur MDPH.

LIVRE III

ACCUEIL DU JEUNE ENFANT, UNE PLACE À PRENDRE POUR LES MUTUELLES



Les mutuelles sont investies de longue date dans la petite enfance, en particulier les crèches, en tant qu'acteur de proximité. Face à une demande importante et un secteur en pleine mutation, leur action dans ce champ pourrait se développer.

La crise sanitaire a remis en lumière l'importance des solutions de garde en horaires spécifiques pour les personnels soignants et du médico-social. Une problématique dont les mutuelles, qui interviennent dans le secteur de la petite enfance à travers leurs activités de Livre III, se sont saisies depuis plusieurs années. Dans le cadre de la réforme des modes de garde, le secrétaire d'État à l'Enfance, Adrien Taquet, a chargé

leur fédération d'une mission sur cette thématique.

« La Mutualité Française a tôt su initier le développement d'offres locales imaginatives et innovantes de solutions d'accueil du jeune enfant en horaires étendus ou atypiques. C'est ainsi qu'aujourd'hui avec le dispositif Mamhique (modes d'accueil mutualisés en horaires atypiques) votre fédération fait à la fois figure de précurseur en termes de précocité de l'initiative, et de leader en termes de couverture territoriale », souligne la lettre remise à Thierry Beaudet, son président. La FNMF devra réaliser, d'ici l'été prochain, un guide pour accompagner les « acteurs locaux de l'accueil du jeune enfant » dans le développement de ces solutions, adaptées aux différentes situations.

“ La Mutualité Française a tôt su initier le développement d'offres locales imaginatives et innovantes de solutions d'accueil du jeune enfant en horaires étendus ou atypiques. ”



Adrien Taquet, secrétaire d'État à l'Enfance.

Depuis 2004, le système Mamhique, né dans les Côtes-d'Armor, vise à répondre aux problématiques de garde d'enfants (de 0 à 12 ans) tôt le matin, tard le soir, la nuit, le week-end et les jours fériés. Il s'adresse aux parents dont l'entreprise a souscrit au dispositif. Une évaluation des besoins pour l'ensemble d'une fratrie permet de trouver la solution adéquate : assistante maternelle ou garde à domicile. Ce service comprend également un co-financement par l'employeur. Parmi les professions concernées, les policiers, soignants, pompiers, ou encore salariés du commerce.

1,9 % DE L'OFFRE NATIONALE EN CRÈCHE

La Mutualité Française rassemble plus de 240 SSAM tournés vers le jeune enfant, dans 34 départements. Parmi eux, 176 établissements d'accueil : multi-accueil, micro-crèches, crèches familiales, halte-garderie et crèches collectives (1,9 % de l'offre nationale). Ce réseau compte également des relais d'assistants maternels et dispose de structures dans la protection de l'enfance ainsi que l'accompagnement à la parentalité. Si la place des mutuelles reste encore assez modeste dans ce champ, certains acteurs comptent bien s'y investir davantage. Le Groupe VYV concentre 60 % de l'offre mutualiste, à travers VYV³ (réunissant les activités de Livre III). Il rassemble plus de 110 établissements et services « Enfance et famille » (réseau Main dans la main), dont plus de 75 crèches. « Aujourd'hui, il manque en France plus de 200 000 places de crèche et 40 % des demandes d'accueil sont non satisfaites », pointe

Julie Doye, directrice nationale Enfance et Famille VYV³. L'organisme gère des établissements pour les collectivités dans le cadre de délégations de service public ou de conventions de gestion. Il intervient également via des crèches interentreprises, dans lesquelles les employeurs peuvent réserver des « berceaux » pour leurs salariés. « Les adhérents des mutuelles du Groupe VYV n'ont pas de places privilégiées dans nos crèches qui sont des structures de droit commun », rappelle la directrice nationale.

CONCILIATION VIE PRIVÉE -VIE PROFESSIONNELLE

Outre l'accueil collectif, le réseau intervient notamment via le dispositif Mamhique (son instigatrice, la Mutualité Française Côté d'Armor est membre de VYV³). En matière d'accompagnement à la parentalité, des webinaires ou des webconférences sont proposés aux employeurs désirant épauler les jeunes parents salariés. Plus loin dans la conciliation vie privée-vie professionnelle, le service « La crèche gagne l'entreprise » offre un parcours digitalisé aux DRH souhaitant réserver des places dans ces établissements (avec en particulier une évaluation des besoins et une simulation des coûts réels). Grâce aux différents partenariats, un accueil est possible sur l'ensemble territoire.

« Les structures mutualistes conjuguent solidité financière et agilité opérationnelle. Acteurs de confiance, nous inscrivons notre action dans la durée tout en étant capables de proposer une approche sur-mesure, pour mieux répondre au plus près aux attentes des usagers. De plus, nous avons à cœur d'avoir une approche inclusive, notamment en termes de RH. Nous nous sommes engagés dans une démarche d'insertion professionnelle avec par exemple l'embauche de parcours emploi compétence. », avance Julie Doye. À la clé, un taux d'encadrement supérieur à celui fixé par la réglementation. Ce choix entraîne toutefois des coûts élevés, la majeure partie des charges d'exploitation des crèches étant liées aux frais de personnels. « Je suis convaincue que les mutuelles ont un vrai rôle à jouer dans le champ

Petite enfance et Mutualité

Plus de 240 établissements et services petite enfance mutualistes implantés dans 34 départements dont :

- 176 Établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE) : multi-accueils, micro-crèches, crèches familiales, halte-garderie, crèches collectives.
- 50 Relais assistants maternels (RAM).
- 15 établissements et services dans les secteurs de la protection de l'enfance, du soutien à la parentalité et des services de garde en horaires atypiques

Source : Mutualité Française



de la petite enfance. Au niveau du Groupe VYV nous avons un objectif affiché de développer notre offre et notre savoir-faire. Plus de 60% des crèches sont gérées directement par les municipalités, mais depuis 15 ans il y a une vraie tendance à déléguer. En tant que partenaire des collectivités, nous avons une place à prendre. Notre bonne connaissance des territoires est un atout solide pour créer des partenariats locaux. Derrière la marque nationale, nous avons aussi des entités de gestions très régionales, reconnues comme telles et qui font toute notre force », poursuit la responsable Enfance et Famille.

PROXIMITÉ ET TRANSVERSALITÉ

Ce dialogue avec les acteurs locaux et cette meilleure appréciation des problématiques de proximité s'imposent comme des atouts de choix face aux évolutions fortes attendues dans le secteur. « La petite enfance est un axe de développement pour notre groupe, au même titre que les activités relevant de la santé ou du médico-social. Comme dans d'autres secteurs, les modèles évoluent, surtout en retour de crise Covid. Avec l'essor du télétravail notamment, les parents ont de nouvelles attentes en termes de flexibilité des horaires. Le système actuel n'est plus adapté concernant les aspects organisationnels », explique Claude Montuy Coquard, directrice de la filière médico-sociale du groupe Aésio Santé, (rassemblant les établissements et services de santé d'Aésio). L'offre se concentre dans les départements de la Loire et de la Drôme, avec sept crèches (de formes

diverses classiques, micro-crèches, d'entreprise, etc.) proposant 153 places. Parmi les sujets clés, l'accessibilité économique pour toutes les populations. L'accent sera également mis sur l'accueil des enfants handicapés en milieu ordinaire. Ils bénéficieront de places réservées dans une nouvelle crèche, dont l'ouverture est prévue en janvier prochain.

« Au sein du groupe Aésio Santé, nous misons sur la transversalité. Par exemple, en matière de prévention nous intervenons notamment sur les risques solaires en sollicitant nos centres optiques ou nos médecins ophtalmologues. De même, pour le handicap puisque nous avons des spécialistes au niveau du groupe. Cette approche nous permet d'apporter une vraie complétude dans l'accompagnement traditionnel d'une crèche », poursuit la directrice de la filière médico-sociale. Une vigilance accrue est également apportée au soutien à la parentalité. Autant de nouveaux défis qui conduiront à repenser les modèles de l'accueil collectif, mais en les adaptant aux spécificités : « Les crèches doivent évoluer pour s'adapter aux nouvelles attentes. Les modèles doivent être repensés, mais sans conduire à un schéma unique. L'implantation forte du groupe Aésio dans les territoires nous permet de bien cartographier les besoins, dans une logique de proximité. Les enjeux ne sont pas les mêmes en milieu rural, urbain ou semi-urbain. Nous sommes également très axés sur l'innovation, qui pourra nous permettre d'apporter des nouvelles solutions ».

Emilie Guédé

CRISE SANITAIRE

COVID-19 ET MORTALITÉ : LES MENSONGES DES ÉTATS



Dans une note récente, et curieusement peu médiatisée, **France Stratégie** pointe des écarts de mortalité effective de la Covid-19 sur un an entre les données communiquées par l'OMS et les États et l'impact projeté de la crise. La France, tant décriée pour sa gestion, apparaît finalement mieux placée qu'on ne le dit.

« Comparaison internationale : au-delà des décès identifiés Covid, combien de morts en plus ? ». Le point d'étape de France Stratégie mérite lecture, car la quasi-totalité des pays analysés produisent des données de surmortalité liées à la crise sanitaire qui sont globalement largement sous-évaluées. Hormis quelques États, dont la France...

Quelle méthode de calcul a été retenue par les experts ? Sur la base des statistiques classiques de mortalité, une projection tendancielle « hors crise » (soit une évolution quasi naturelle de la mortalité annuelle) est déterminée tenant compte de l'effet vieillissement et des situations épidémiologiques des populations d'avant crise. Dans un second temps, un rapprochement avec les données officielles communiquées intégrant l'effet crise est réalisé. De cette base de calcul ressort un écart plus ou moins important. Parfois jusqu'à l'absurde.

MODÈLE PROJECTIF

De fait, les travaux menés par France Stratégie se rapprochent davantage

d'un exercice projectif solide que d'une synthèse officielle des données. Nombre d'États pratiquent une méthode de collecte, jugée peu fiable en matière démographique. Et ce, d'autant plus dans une période de crise pandémique où la panique institutionnelle a prévalu. Notamment pour l'affichage réel du nombre de décès. Afrique, Chine, Inde, Brésil voire Russie sont des exemples où la fiabilité des chiffres de mortalité est susceptible d'être affectée par de nombreux biais. Parmi ceux-ci, citons :

- La prise en compte ou pas de tests Covid-19 positifs précédant le décès de la personne.
- L'incertitude de la causalité « Covid » du décès en raison de l'existence de patients atteints de polypathologies.
- Les carences de produits statistiques en général (mauvaise qualité des remontées d'information) auxquelles s'ajoutent dans le cas d'espèce, la volonté des gouvernements de minorer la mortalité effective de la Covid-19.
- Les limites du périmètre de situa-

tion prises en compte comme les Ehpad, les décès à domicile.



ÉTATS MENTEURS ET... SUPERMENTEURS !

Il faudra attendre les années 2023-2025 pour connaître avec exactitude (et encore...) les données définitives de la crise.

En espérant que celle-ci devienne, à ces dates, un seul mauvais souvenir...

Officiellement, près de 2,8 millions de décès sont dus à la Covid-19 à l'échelle mondiale à la mi-mars 2021. Sans doute le double si l'on prend en compte les données absentes de l'étude des grands pays et du continent africain. Le continent européen apparaît comme un bon élève, mais reste toutefois en retrait des nations asiatiques très mobilisées et organisées en période épidémique, Corée du Sud, Taïwan et les pays insulaires, en tête. Au sein de l'UE, la France fait plutôt assez bonne figure (4 à 5 000 décès

TABLEAU 1 : Comparaison des décès officiels, recalculés et surmortalité réelle (mars/décembre 2020)*

	Bilan officiel	Excédent mortalité / situation non-crise
Europe (36 pays)	686 910	982 534 (+17,8 %)
France	86 471	82 088 (+13,6 %)
Europe Nord-Ouest	265 820	293 118 (+13,4 %)
Europe Sud	191 866	300 541 (+23,4 %)
Ex-pays PECO	142 753	306 788 (+22,4 %)
Ex-URSS	121 594	613 824 (+23,7 %)
USA/Canada	530 865	737 353 (+23,2 %)
Amérique latine	337 884	718 957 (+51,6 %)
Proche-Orient	78 153	264 498 (+26,5 %)
Extrême-Orient	24 140	-18 618 (-0,5 %)
Total	1 787 937	3 304 568 (+19 %)

*Comprendre les pourcentages : écart de mortalité dû à la Covid-19 par rapport à une situation « normale ».

TABLEAU 2 : Écarts pour quelques pays (données OMS et France Stratégie au 28/02/21) après un an de crise

	Chiffres OMS	Calculs F. S.
Russie	86 122	487 005
Mexique	184 474	428 592
Pérou	46 094	133 456
Égypte	10 639	131 256
Iran	59 980	125 908
Pologne	43 769	89 936
Roumanie	20 287	55 011
Équateur	15 713	45 185
Italie	97 507	155 933
Espagne	70 997	106 603
Kazakhstan	3 389	33 313
Slovaquie	7 189	23 058
Bulgarie	10 167	21 634

Covid-19 en moins que les chiffres officiels selon l'étude). Au global, 71 pays producteurs de statistiques ont été étudiés.

Le tableau 1, bien que dépourvu des données chinoises, africaines et indiennes, confirme l'existence d'une non-fiabilité des données de mortalité énoncées officiellement par les États. La qualité du système de collecte des données est clairement bousculée. Dans les pays « démocratiques », l'enjeu est d'ordre médico-technique. Ailleurs, les choses sont plus « politiques » tout en intégrant une part systémique. Politiquement, il y a beaucoup de pays menteurs et de... « supermenteurs ». Les écarts de taux de mortalité annoncés et la probabilité sont parfois énormes !

En général, il s'agit de nations « il-libérales ». Russie, Turquie en tête (cf. tableau 2). On en arrive même à

des situations absurdes : la Covid-19 induirait une baisse plus ou moins massive du nombre de décès annuels « naturels », pour des causes non liées à la crise sanitaire ! Et ce dans des pays peu reconnus pour la qualité de leur système de santé...

L'Europe, finalement, s'en sort plutôt mieux que les commentaires journalistiques habituels. Certes, la plupart des pays de l'UE omettent des décès faute d'un système de collecte réactif. À l'instar de l'Allemagne et des Pays-Bas avec une minoration de l'ordre de 15 à 20 %. A contrario, Israël, Tunisie (ce serait une bonne surprise), France (82 088 décès au 28 février 2021 et non pas 86 471 comme annoncé par l'OMS), Belgique et Danemark ont énoncé des données par excès, de l'ordre de 40 % pour les danois. Les nations ayant une forte tradition de réactivité contre les épidémies au



Quelques pays échappent au mensonge : les décès Covid-19 seraient au final inférieurs aux chiffres OMS.

travers d'une discipline comportementale sur la distanciation sociale et les règles collectives de confinement, couplées à une forte insularité, ont emporté la mise. L'Asie du Sud-Est, mais aussi le Japon, Taïwan, Australie et Nouvelle-Zélande, Malaisie, Philippines, Thaïlande pour ne citer que quelques nations plutôt épargnées.

Il faudra du recul pour clarifier le débat sur la mortalité due à la crise sanitaire. D'autant que les effets secondaires sur la létalité du virus sont possibles dans le temps par une anticipation de mortalités à l'instar de la canicule de l'année 2003.

Le mérite de l'étude de France Stratégie est de poser un nécessaire débat sur la qualité et l'honnêteté des statistiques dans un contexte historique et politiquement délicat. Ne serait-ce que pour contribuer à la vérité des faits..

■ Pascal Beau



VEUVAGE



ÉDUCATION



HANDICAP



DÉPENDANCE



AIDANTS

MIEUX PROTÉGER LE SALARIÉ ET SA FAMILLE

L'OCIRP, assureur paritaire à vocation sociale, protège le salarié et sa famille face aux risques décès et perte d'autonomie par des contrats collectifs. Ses garanties s'activent par le versement d'une rente et d'un accompagnement social indissociable. Son dispositif HDS OCIRP® (Haut degré de solidarité) concentre et adapte les prestations des fonds de solidarité des branches professionnelles.

Retrouvez-nous sur
les réseaux sociaux



OCIRP.FR

UNION D'INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE

OCIRP
protéger. agir. soutenir