

Le système de santé malade du Covid-19 ou du capital (2/2) ?

☞ contretemps.eu/capitalisme-sante-covid-soignants-securite-sociale-hopitaux

Nicolas Da Silva, *ContreTemps*, 15 octobre 2020

15 octobre 2020



Nicolas Da Silva Le système de santé malade du Covid-19 ou du capital (2/2) ? 2020-10-15T10:15:16+00:00

Contretemps publie la deuxième partie de cette analyse approfondie dans laquelle Nicolas Da Silva revient sur la situation du système de santé face à la crise du coronavirus, ainsi que sur les luttes des soignant-e-s pour le défendre (en particulier la lutte historique commencée en 2019). On pourra lire ou relire [la première partie de ce texte ici](#).

Nicolas Da Silva est maître de conférences en économie à l'Université Paris 13.

Seconde partie : Les échecs du capitalisme sanitaire face à la pandémie

Dans la première partie de ce texte, l'analyse historique du système de santé en France a permis de mettre trois principaux résultats en évidence :

1. La sécurité sociale est une institution politique issue de conflits non institutionnalisés. En ce sens tous les débats techniques sont importants mais sans commune mesure avec la question politique du « qui décide » de la façon dont la société s'organise pour

produire de la santé. L'avènement de la sécurité sociale n'a pas été d'abord le fruit de conflits institutionnalisés mais celui d'actions illégales en rupture avec l'ordre établi.

2. L'histoire du système de santé en France depuis 1945/6 peut se lire comme celle de la réappropriation de la sécurité sociale par l'État. L'État social s'oppose à la sécurité sociale et organise les soins en s'appuyant sur le capital. Cela se traduit par la bureaucratisation, la marchandisation et la persistance de fortes inégalités. L'opposition pertinente n'est pas marché *versus* État mais sécurité sociale *versus* capitalisme sanitaire, entendu comme le couple État/marché.

3. Dès lors on peut s'attendre à ce que toute amélioration substantielle de la situation du système de santé provienne d'une lutte non institutionnalisée contre l'État et le capital (résistance) et/ou d'un événement majeur imposant à l'État d'activer sa main gauche pour rester hégémonique (comme une guerre qui a permis de développer l'État social).

Dans cette seconde partie, l'objectif est d'analyser la crise sanitaire que l'on vit actuellement à partir de ce cadre théorique. Il faut néanmoins commencer ce travail par un retour en arrière d'un an avant le début de la pandémie, lorsqu'en mars 2019 commence l'un des plus grands mouvements de contestation à l'intérieur de l'hôpital public. Ce texte cherche à souligner trois points importants :

1. Malgré son caractère historique, la lutte entamée 2019 n'a pas imposé à l'État de prendre des mesures significatives d'amélioration du système de santé alors que la pandémie, associée à un état de guerre, l'a contraint à le faire – même si les mesures prises pendant la pandémie demeurent faibles au regard des besoins exprimés. Il est probable que cet échec du mouvement social soit lié à son répertoire d'action, complètement institutionnalisé (grève, manifestation, pétitions, actions symboliques, etc.).

2. La gestion de la pandémie par l'État a été particulièrement mauvaise, que l'on parle des mesures d'anticipation de la pandémie ou de la réaction une fois que celle-ci s'est développée sur le territoire. La médiocrité de la réponse s'explique probablement par la fusion du couple État-capital : d'un côté, les bureaucraties sanitaires ont été incapables de prendre des décisions claires et efficaces, de l'autre côté, le capital n'a jamais été mis à contribution. Alors que l'État aurait pu se servir des outils de l'économie de guerre (nationalisations, réquisitions, etc.), il a préféré la guerre sociale. Cela est d'autant plus dommageable qu'après l'accalmie de la pandémie au cœur de l'été, il semble que l'impréparation reste grande pour le regain de l'automne. Sans parler de l'hiver à venir.

3. La pandémie a eu des effets différenciés en frappant, en plus des professionnels de santé eux-mêmes, les plus pauvres qui sont en réalité les plus exploités dans le mode de production capitaliste. La réponse à la pandémie a donc bien été une réponse de classe puisqu'elle a protégé le capital, jamais mis à contribution, et elle a envoyé en première ligne les personnes les moins en mesure de s'opposer aux injonctions du capital et de l'État.

D'un point de vue méthodologique il faut absolument noter en quoi cette seconde partie de notre article s'oppose à la première. Alors que la première partie s'appuie sur de nombreux articles et livres ayant été discutés dans la communauté scientifique, cette seconde partie s'appuie principalement sur le recueil d'informations parues dans la presse depuis deux ans. La crise a permis de mesurer à quel point, le temps académique ne se recoupe pas avec le temps de l'action politique. Il faudra des années de recherche pour confirmer ou infirmer les hypothèses avancées ici et c'est tout à fait naturel.

Dans la première section, je propose de rappeler les enjeux et les résultats de la lutte historique de 2019 entamée par des paramédicaux dans services d'urgences d'hôpitaux publics. Après plus d'un an de lutte, ils n'ont pas obtenu un euro de plus pour l'hôpital public. Dans la deuxième section, il s'agira de lister les raisons expliquant l'impréparation face à la pandémie alors que des nombreuses institutions nationales et internationales préviennent depuis des années de l'augmentation du niveau de risque. La troisième partie, la plus longue, est consacrée à l'analyse de l'échec massif de l'État et de ses alliés marchands dans la gestion de la pandémie. La section 4 montre en quoi le covid-19, comme d'autres maladies, exacerbe les inégalités et concerne avant tout les plus exploités. Dans la section 5, je propose de montrer en quoi le « plan massif » promis par le président Emmanuel Macron le 25 mars est en réalité introuvable en dépit des annonces, notamment celles du Ségur de la santé. Les problématiques posées par les professionnels mécontents en 2019 n'ont toujours pas de réponse fin 2020. La conclusion proposera quelques pistes pour penser des formes d'action plus susceptibles d'imposer le réinvestissement dans la sécurité sociale, contre le capitalisme sanitaire.

Un an d'une lutte historique, pas un euro de plus pour l'hôpital

La pandémie du covid-19 se déploie en France à un moment de haute conflictualité sociale. Les deux phénomènes doivent être articulés. Si l'on peut se passer d'une analyse détaillée du mouvement des gilets jaunes et de celui contre la réforme des systèmes de retraite, il est nécessaire de se rappeler que la crise sanitaire s'installe presque un an après le début de l'un des plus grands mouvements sociaux qu'ait connu le système de santé, et, plus particulièrement, l'hôpital public.

Les tensions sociales sont nombreuses depuis des années à l'hôpital public. Les coupes budgétaires, les réorganisations, les fermetures de lits, le manque d'effectif, la difficulté à embaucher, la faiblesse des salaires, etc. incitent ceux qui le peuvent à partir dans le privé et accroissent la pression sur ceux qui restent. Cette situation n'est pas homogène entre hôpitaux et entre services, certains souffrent plus que d'autres. Les services des urgences sont parmi les plus touchés par la politique budgétaire restrictive. Tandis que le nombre de passages aux urgences a doublé au cours des vingt dernières années, le nombre de lit a baissé de 67 000 entre 2003 et 2016. L'activité des hôpitaux a cru de 11% mais l'emploi que de 4% (Juven et al., 2019).

Malgré les mobilisations éparses et l'abondance de documentation attestant d'un sous-financement de l'hôpital public, la politique du gouvernement d'Emmanuel Macron reste dans les pas de celles de ses prédécesseurs. Le 5 avril 2018, alors qu'il est en visite au CHU de Rouen, le président de la République répond à une aide-soignante qui l'interpelle sur le manque de moyen pour travailler convenablement : « A la fin c'est vous qui les payez aussi, vous savez. Il n'y a pas d'argent magique. Un pays qui n'a jamais baissé son déficit public et qui va vers les 100% de dette rapportée à son produit intérieur brut... c'est vos enfants qui le payent quand ce n'est pas vous »[1]. Autrement dit, il n'y aura pas, car ce n'est pas nécessaire et c'est dangereux financièrement, d'augmentation significative du budget pour l'hôpital public.

Entre temps le président est rattrapé par le mouvement des gilets jaunes qui débute le 17 novembre 2018. Un des aspects importants de ce mouvement est le sentiment d'abandon de certaines zones du territoire où les services publics viennent à manquer. Les uns après les autres les services d'hôpitaux ferment sans qu'il n'y ait d'alternative viable en ambulatoire. Non seulement, cela accroît la distance spatiale et financière aux soins mais aussi cela peut avoir des conséquences dramatiques d'un point de vue sanitaire. Le cas de la maternité de Die (Drôme) a donné une audience glaçante à cette réalité. Le 18 février 2019, un an après la fermeture de la maternité, une femme perdait son enfant *in utero* parce qu'elle n'a pas pu rejoindre la maternité de Montélimar à temps[2]. Ce cas n'est pas isolé et la problématique a donné lieu à une importante activité militante, comme par exemple avec la Coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et maternités de proximité[3].

Si la tension sociale est forte depuis de nombreuses années à l'hôpital public, ce n'est qu'au début de l'année 2019 que va se produire l'étincelle à l'origine d'une des plus longues luttes de son histoire. Le 13 janvier deux infirmières et une aide-soignante ont été agressées dans le service d'urgence de l'hôpital Saint-Antoine à Paris[4]. Ces événements ont conduit à la constitution d'un réseau informel de professionnels visant à partager les difficultés rencontrées au travail, la question de l'insécurité étant un aspect parmi d'autres des conditions de travail[5]. Les difficultés s'accumulant, le 18 mars la CGT, FO et Sud appellent à une grève illimitée du personnel travaillant au service d'urgence de Saint-Antoine. Les revendications portent sur l'amélioration des conditions de travail et l'augmentation des salaires. Très rapidement des services d'urgences d'autres hôpitaux rejoignent la lutte et créent, en dehors des syndicats, le collectif inter-urgence[6]. Composé de personnel paramédical, le collectif vise à défendre « l'amélioration des conditions de travail et d'accueil au sein des structures d'urgences. » Le collectif demande l'accroissement des effectifs, notamment par la pérennisation des emplois précaires, mais aussi l'augmentation du point d'indice de 80 points pour tous les paramédicaux, correspondant à 300 € net. L'accent sur le point d'indice (et non des primes) est important du fait des droits associés (en particulier la retraite). Le chiffre 300 € net correspond, pour les infirmiers, à l'augmentation minimum permettant d'attendre la moyenne du salaire infirmier européen.

La première annonce du gouvernement pour éteindre le feu des revendications ne vient pas du ministère de la santé mais des résultats du « Grand Débat » rendus publics le 6 mai 2019. Parmi les mesures destinées à répondre aux gilets jaunes, une d'entre elles porte sur l'hôpital : « Pas de fermeture d'école ou d'hôpital jusqu'à la fin du quinquennat, sans l'accord du maire »[7]. Cette formulation laisse donc ouverte la possibilité de fermer de hôpitaux (avec l'accord du maire), des services d'hôpitaux et des lits (sans l'accord du maire), ce qui a effectivement continué à se dérouler, accroissant par là même les tensions déjà vives chez les professionnels.

Tandis que le nombre de service d'urgence en grève croît régulièrement, les urgentistes doivent attendre le 14 juin 2019 pour obtenir la deuxième annonce du gouvernement. La ministre de la santé Agnès Buzyn lance une « mission nationale de refondation des urgences »[8] dont le budget provisoire s'élève à 70 millions d'euros. Cette somme doit servir en priorité à verser une prime de 100 € net pour les professionnels des services d'urgence (hors médecins), soit 30 000 personnes et 55 millions d'euros. Les 15 millions d'euros restant sont destinés à augmenter les effectifs. La politique de la prime est loin de satisfaire les revendications et le mouvement progresse à l'approche de l'été. Une manifestation nationale a lieu le 16 juin 2019[9], l'inter-urgence annonce 154 services d'urgences en grève le 2 juillet[10], 217 le 21 août[11].

Lors de la présentation du projet de loi de finance de la sécurité sociale le 10 septembre 2019, la ministre annonce un « Pacte de refondation des urgences » estimé à 600 millions d'euros ainsi qu'une hausse des rémunérations du même montant[12]. Ces chiffres doivent être mis au regard du budget hospitalier : en 2018, la dépense hospitalière représentait 95,5 milliards d'euros (public et privé confondus). Le « Pacte de refondation » représentait donc à peine 1% du budget annuel hospitalier. Le trompe l'œil ne s'arrête pas là. Alors que le ministère communique sur les fonds nouveaux accordés aux urgences, l'ONDAM[13] exige plus d'1 milliard d'euros d'économie à l'hôpital[14]. Pour comprendre le tour de passe-passe, il faut s'arrêter sur le calcul de l'ONDAM. Tous les ans, le prix des biens et services médicaux augmente, ainsi que les salaires (du fait de l'ancienneté). Cela implique que pour le même niveau de production d'une année sur l'autre, il faut un budget en augmentation – liée à l'augmentation tendancielle des composantes du budget[15]. Pour le budget 2020, l'augmentation tendancielle à l'hôpital (pour rester au même niveau d'offre de soin) s'élevait à 3,3% mais l'ONDAM hospitalier voté par le parlement n'atteignait que 2,1%. L'augmentation du budget n'étant pas suffisante pour produire le même niveau de soin, l'hôpital doit rogner sur ses dépenses. Voilà au passage en quoi il n'est absolument pas contradictoire de voir des budgets publics augmenter et, en même temps, de voir les services concernés souffrir de l'austérité budgétaire. Au total, le « Pacte de refondation des urgences » était financé intégralement par des mesures d'économies : rien de plus pour l'hôpital !

Évidemment, les professionnels de santé ne sont plus dupes de ces artifices comptables après tant d'années d'austérité. Ce n'est pas parce que le budget augmente que ça va mieux ! En plus du collectif inter-urgence, d'autres collectifs se sont constitués entre

temps : collectif inter-hôpitaux, blouses noires, collectifs inter bloc, etc.

Le collectif inter-hôpitaux[16], créé en septembre 2019, illustre l'élargissement du mouvement social, au-delà des services d'urgences, au-delà des paramédicaux. Ce collectif comprend des représentants des usagers, des paramédicaux, des personnels administratifs, des internes, des médecins titulaires, des étudiants, etc. Dans sa motion constitutive du 10 octobre, il demande une hausse de l'ONDAM d'au moins 4%[17], une hausse des salaires de 300€, la fin des fermetures de lits, l'embauche de personnel et l'intégration des usagers et soignants dans les décisions et projets de soins.

Le 14 novembre 2019 une marrée blanche dans la rue témoigne de la colère des professionnels non seulement face à leur situation mais aussi face à l'inadéquation des réponses du gouvernement[18]. En plus des différents collectifs de lutte, de nombreux syndicats répondent à l'appel : SNPI CFE-CGC, AMUF, APH, CFE CGC, CFDT, CGT, SUD, SN PHARE, UNSA.

Le même jour, soit un et demi après la déclaration sur l'absence d'argent magique, Emmanuel Macron reconnaît lors d'un déplacement à Épernay, que « la situation est encore plus grave que celle que nous avons analysée »[19]. Face à la gravité de la situation le premier ministre Édouard Philippe, accompagné d'Agnès Buzyn, annonce un « Plan d'urgence pour l'hôpital » le 20 novembre 2019[20]. Ce plan s'organise autour de trois mesures phares : une hausse du budget de l'hôpital de 1,5 milliards d'euros, une prime annuelle de 800 € net pour 40 000 infirmiers et aide soignants vivant à Paris et proche banlieue gagnant moins de 1 900 € par mois et, la reprise de 10 milliards de dette hospitalière (sur un total de 30 milliards).

Encore une fois, derrière le poids des mots se cache le choc de la réalité. La hausse de 1,5 milliards est lissée sur 3 ans, dont 300 millions en 2020. Au mieux, ces 300 millions viennent porter l'exigence d'économie présentée dans l'ONDAM de 1 à 0,7 milliards. Toujours rien de plus pour l'hôpital. Concernant l'augmentation des rémunérations, celle-ci est limitée géographiquement, elle est sous forme de prime et non de salaire (point d'indice) et elle est loin de la revendication de 300 € (66 € par mois). Enfin, l'annonce de reprise de la dette hospitalière relève de la stratégie du pompier pyromane : après avoir sous-financé l'hôpital public pendant des années, celui-ci a dû s'endetter pour faire face à ses obligations de soins. La reprise de la dette ne permet aucun investissement nouveau et le fardeau des intérêts de la dette est compensé par une conditionnalité mortifère : seuls les hôpitaux qui acceptent les plans de restructurations seront éligibles à la reprise de la dette[21].

Dans ces conditions, les professionnels de soins ont poursuivi les manifestations pendant l'hiver. Alors que commençait le 5 décembre le mouvement contre la réforme des retraites auquel certains collectifs et syndicats issus du monde de la santé ont participé, le 17 décembre les soignants étaient à nouveau massivement dans la rue[22]. En plus des manifestations et du fait de la difficulté à faire grève étant donné la spécificité de leur activité, les personnels hospitaliers en lutte se sont signalés par de nombreuses formes d'actions symboliques : plusieurs hôpitaux ont lancé un SOS sur la

façade de leur établissement en jouant sur l'éclairage des fenêtres, le 7 janvier plus de 1000 médecins hospitaliers dont 600 chefs de services ont démissionné collectivement de leurs responsabilités administratives[23], des jetés de blouses blanches ont été organisé à l'occasion des vœux des différents institutions de santé, comme à l'hôpital Saint-Louis de Paris le 14 janvier pour les vœux du directeur d'hôpital[24], etc.

La détermination des personnels a été renforcée durant l'hiver par les défaillances de l'hôpital incapable de prendre en charge l'épidémie de bronchiolite chez les nouveaux nés[25]. Face à l'afflux de malades et à la pénurie de lits de réanimation pédiatrique, certains enfants d'Ile-de-France ont dû être transférés en province. Dans une tribune publiée par *Libération*, des parents d'enfants malades se sont indignés de la situation et ont demandé la réouverture de lits[26]. D'autres cas plus ponctuels montraient bien avant la pandémie de covid-19 les effets délétères de la politique d'austérité à l'hôpital public. Le 15 juin un homme est décédé dans le Maine sur le parking d'une clinique privé après ne pas avoir été pris en charge par le service des urgences du CHU d'Angers[27]. Un homme est de 86 ans est décédé à Brest le jeudi 5 décembre après avoir passé six heures sur un brancard[28]. Le 22 décembre 2019 une fillette de 11 ans est décédée à l'hôpital Necker suite à plusieurs passages aux urgences sans que son cas ne soit suffisamment pris au sérieux[29].

Le mouvement social à l'hôpital public s'est poursuivi en début d'année 2020, en se liant de plus en plus avec celui contre les réformes des retraites. Néanmoins, le 14 février, le service d'urgence de Saint-Antoine sort de la grève après 11 mois de combat. Si le protocole d'accord a été signé par la CFDT (favorable à la fin de la grève dès décembre) et par Sud santé, un communiqué du collectif inter-urgence précise que « La sortie de grève est [...] davantage liée aux pressions exercées sur des équipes épuisées qu'à la satisfaction des besoins, et s'inscrit plus largement dans la volonté du gouvernement de laisser pourrir le conflit. Stratégie contestable sachant qu'en bout de course ce sont les usagers qui continuent d'en souffrir »[30].

Quinze jours plus tard, le gouvernement recensait le premier décès français du covid-19, un homme de 60 ans enseignant dans un collège de l'Oise[31].

Le mouvement social né en 2019 est historique par son ampleur dans l'histoire du système de santé et de l'hôpital public. Il est important de souligner que ce mouvement est né en dehors des institutions traditionnelles de lutte – les syndicats. Les syndicats ont pu soutenir le mouvement, l'aider à grandir mais c'est par des voies non institutionnalisées qu'il a émergé. Si ce mouvement a montré son originalité par la lutte, notamment en multipliant les actions symboliques, son répertoire d'action est resté dans le strict cadre syndical et légal (manifestation, grève, communication, actions symboliques, etc.). Au total, en dépit d'une expérience rare, il faut constater l'échec du mouvement en termes de capacité à tordre la volonté du gouvernement (voir la synthèse de l'encadré 1). En un an de mobilisation, pas un euro de plus n'a été octroyé à l'hôpital public, sauf à considérer la reprise de la dette conditionnée à des restructurations. Bien sûr le gouvernement a multiplié les déclarations solennelles mais, au final, il y a un grand écart entre les mots et les choses[32].

Encadré 1 : Synthèse des réponses gouvernementale à la crise de l'hôpital public (2019)

Première annonce : *Grand débat* (6 mai 2019) – aucune fermeture d'hôpital sans l'autorisation du maire. Pas de moratoire sur les fermetures de lits, de service ou d'hôpital.

Deuxième annonce : *Mission nationale de refondation des urgences* (14 juin 2019) – 70 millions d'euros pour des primes de 100 € mensuels et des recrutements, uniquement pour les services d'urgence.

Troisième annonce : *Pacte de refondation des urgences* (10 septembre 2019) – 600 millions d'euros, plus 600 millions de hausses de rémunérations. Parallèlement, l'ONDAM prévoit 1 milliards d'euros d'économie pour l'hôpital. Les fonds nouveaux pour les urgences sont autofinancés par des économies ailleurs dans l'hôpital.

Quatrième annonce : *Plan d'urgence pour l'hôpital* (20 novembre 2019) – 1,5 milliards sur 3 ans (300 millions pour 2020), une prime de 800 euros annuelle pour les paramédicaux de Paris et de proche banlieue gagnant moins de 1 900€, reprise de 10 milliards d'euros de dette sous conditions de restructuration. Cela porte les économies demandées à l'hôpital à 700 millions d'euros.

En un an de mobilisation, toutes les annonces sont autofinancées par les économies demandées à l'hôpital dans le cadre de l'ONDAM. Plutôt que de donner des moyens nouveaux à l'hôpital, les annonces ont opéré un transfert entre postes de dépense. Seule la reprise de la dette aurait pu donner des marges de manœuvre, mais celle-ci est conditionnée à des restructurations. Plutôt que de se restructurer en raison de l'obligation de rembourser la dette, les hôpitaux devront se restructurer sous l'autorité de l'État et de son bras armé, l'ARS.

Une pandémie loin d'être imprévisible

Le ciel nous serait-il tombé sur la tête ?

D'après plusieurs ex-ministres de la santé interrogés le 30 mars 2020 par *Le quotidien du médecin*, la pandémie du covid-19 était imprévisible et il serait inapproprié de critiquer l'action de l'État et de ses administrations. Selon Roselyne Bachelot, ministre de la santé entre 2007 et 2010, il était impossible de prévoir la catastrophe sanitaire : « Pas plus moi que d'autres n'avaient imaginé qu'on pourrait affronter une crise de cette violence, de cette ampleur. [...] Comment voulez-vous anticiper une situation imprévisible ? On regarde ces choses-là déferler sur nous comme une sorte de tsunami. »^[33] Même diagnostic pour Claude Evin, ministre de la santé entre 1988 et 1991 : « [Cette crise] est extraordinaire. On n'a jamais connu ce type de situation aussi bien à l'échelle mondiale que dans notre pays. Les crises sanitaires que nous avons connues étaient de moindre ampleur et nécessitaient des mesures moins complexes et moins fortes que celles que prennent les pouvoirs publics aujourd'hui. »^[34] Lorsque le journaliste lui demande ce qu'il pense de la doctrine du gouvernement ou bien de la réaction de l'ARS Ile-de-France, qu'il a dirigée entre 2010 et 2015, l'ancien ministre

répond qu'on « ne peut jamais se préparer réellement à une situation de ce type. » Marisol Touraine, ministre de la santé entre 2012 et 2017 est plus mesurée. Si elle concède que depuis « le SRAS en 2003, on redoutait un scénario comme celui-ci, et l'on s'y préparait », elle regrette que « certains cherchent à accuser les autres [par exemple sur] la polémique des masques, qui deviennent le symbole de ce que certains auraient fait ou pas fait »[35]. Pour Elisabeth Hubert, éphémère ministre de la santé en 1995, ceux qui prétendent que l'on aurait pu « imaginer une crise d'une telle ampleur [...] sont des donneurs de leçons »[36].

Contrairement à ce que la solidarité entre anciens ministres de la santé laisse penser, le premier échec de la politique publique est de ne pas avoir pris les mesures nécessaires permettant de répondre à une pandémie que de nombreuses institutions nationales et internationales attendaient.

Chaque année l'Organisation mondiale de la santé (OMS) publie un rapport sur les risques sanitaires majeurs à venir ainsi que sur l'état de préparation ou d'impréparation des différents pays du monde. Dans le rapport de septembre 2019, l'OMS souligne combien le risque de pandémie mondiale croît chaque année[37]. Entre 2011 et 2018, l'institution a recensé 1 483 évènements épidémiques dans 172 pays (SRAS, MERS, Ebola, Zika, peste, fièvre jaune, etc.) ce qui serait annonciateur d'une nouvelle ère d'épidémies à fort impact (propagation rapide et gestion difficile). L'OMS écrit très clairement dans ce rapport comme dans d'autres que le risque pandémique mondial augmente (p. 15). Or, si les populations vivant dans les pays pauvres souffrent le plus de cette situation, toutes les économies y sont vulnérables. En 2003, le coût du SRAS a été évalué à 40 milliards de dollars (53 milliards pour Ebola entre 2014 et 2016 ; 45 à 55 milliards de dollars pour la grippe H1N1 en 2009). L'OMS rapporte également une étude de la Banque mondiale selon laquelle une épidémie semblable à la grippe espagnole de 1918 coûterait entre 50 et 80 millions de vies et 3 000 milliards de dollars (notamment du fait de l'impact sur le tourisme et le commerce). Malgré ces avertissements les auteurs du rapport estiment que le monde n'est pas prêt à faire face à ce type de pandémie – d'autant moins que la confiance dans les gouvernements, les médias et les scientifiques semble s'éroder.

Ces avertissements n'étant pas neufs, les institutions nationales ont depuis de nombreuses années réfléchi à cette problématique. Pour en rester aux années 2000, plusieurs rapports ont été publiés sur le risque pandémique, tant par des parlementaires que par des services de l'État (comme le Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale)[38]. Devant la réalité du risque, ces rapports insistent tous sur la nécessité d'établir une doctrine efficace de protection en attendant que puisse être mis au point des stratégies médicales de soin (vaccins, médicaments). Le port d'un masque très protecteur (type FFP2) est alors plébiscité comme moyen de limiter le développement de la pandémie et il incombe à l'État de disposer à tout moment d'un stock suffisant.

La gestion de la crise H1N1 en 2009 modifie la doctrine. Roselyne Bachelot qui était ministre de la santé à l'époque a commandé massivement des vaccins et des masques

pour se préparer à une éventuelle pandémie (pour un coût estimé à 1 milliards d'euros, dont 150 millions pour des masques). La crise sanitaire ayant été finalement assez modérée, elle a fait l'objet de critiques sur le montant dépensé qui ont ensuite justifié une évolution de la doctrine. Après 2009, l'État s'est désengagé de la constitution de stocks des produits de prévention (masques, médicaments, gants, etc.) qui repose désormais en priorité sur les employeurs privés et publics, notamment les hôpitaux qui souffrent parallèlement de contraintes budgétaires fortes et sont susceptibles d'arbitrages défavorables à la prévention.

Notons au passage que s'il a été effectivement reproché à Roselyne Bachelot d'avoir beaucoup, peut-être trop, dépensé à l'occasion de la grippe H1N1 en 2009, l'essentiel de la critique portait sur ses conflits d'intérêts avec l'industrie. La presse a fait état à son sujet d'une activité de lobbyiste pour l'industrie pharmaceutique au moins sur les périodes 1969-1976 et 1984-1989[39]. Selon le sénateur François Autain, médecin généraliste de profession, il aurait rencontré Roselyne Bachelot pour la première fois alors qu'elle travaillait pour Astra Zanecca qui, en 2009, faisait partie des plus importants vendeurs de vaccins contre la grippe H1N1. L'association pour une formation médicale indépendante, a rappelé à cette occasion qu'en 2009 la ministre avait répondu la chose suivante à un sénateur qui exigeait que, conformément à loi, soient publiés les liens d'intérêts des experts qui écrivent des rapports officiels : « C'est sous Staline que l'on dressait des listes »[40]. La question des conflits d'intérêt ne concernait pas que Roselyne Bachelot, c'est le moins que l'on puisse dire. Les frères de Nicolas Sarkozy étaient également très implantés dans le secteur de la santé et de la protection sociale[41]. Guillaume Sarkozy était délégué général du groupe Malakoff Mederic et au conseil d'administration de Korian (groupe privé à but lucratif prenant en charge dépendance). François Sarkozy était lui implanté dans le secteur pharmaceutique (BioAlliance et AEC Partners). Évidemment l'expérience de la grippe H1N1 a constitué un tournant dans l'anticipation des crises sanitaires, mais il n'y a pas de raison pour autant, sans réponses aux questions posées à l'époque, de réhabiliter Roselyne Bachelot[42].

Indépendamment des revirements stratégiques sur le plan national, depuis au moins trois décennies de nombreux chercheurs et journalistes travaillent sur les « virus émergents » et les conditions de leur émergence : changement climatique, urbanisation, condition animale, mais, à la manière des problématiques écologiques, cela n'a pas suffi à ce que les États se préparèrent à faire face[43]. Comme le souligne Alain Badiou, « le vrai nom de l'épidémie en cours devrait indiquer qu'elle relève en un sens du 'rien de nouveau sous le ciel contemporain'. Ce vrai nom est SARS 2, soit « Severe Acute Respiratory Syndrom 2 », nomination qui inscrit en fait une identification « en second temps », après l'épidémie de SARS 1, qui s'était déployée dans le monde au printemps 2003. Cette maladie avait été nommée à l'époque 'la première maladie inconnue du XXIe siècle'. Il est donc clair que l'épidémie actuelle n'est aucunement le surgissement de quelque chose de radicalement nouveau, ou d'inouï. »[44] Il faut en conséquence chercher au cœur de la logique « normale » du capitalisme sanitaire les raisons de l'impréparation à une pandémie loin d'être imprévisible.

L'échec massif de l'État et de ses alliés marchands

Dans cette section, je propose d'expliquer l'échec massif de l'État et de ses alliés marchands en montrant d'abord que celui-ci a refusé de voir la pandémie arriver puis il a refusé d'utiliser les outils de l'économie de guerre. Dans ce contexte, les bureaucraties sanitaires et le capital privé ont montré tous les deux leur incapacité à résoudre les problèmes posés. Face à cette situation, l'auto-organisation a permis de résoudre certaines défaillances de l'État et du marché.

1) De l'hésitation à voir l'épidémie au refus de l'économie de guerre

En début d'année 2020, l'État français a longtemps minimisé le risque pandémique alors que les institutions internationales et d'autres pays l'alertaient vigoureusement[45]. Dès le mois de décembre 2019 certains médecins chinois signalent l'apparition d'un nouveau virus potentiellement dangereux. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) est informée officiellement des événements le 31 décembre. Des cas sont recensés rapidement en dehors de la province du Hubei mais aussi en dehors de Chine (Thaïlande, Japon, Corée du Sud, États-Unis, etc.). Le 24 janvier la ministre de la santé Agnès Buzyn déclare : « Le risque d'importation de cas depuis Wuhan est modéré, il est maintenant pratiquement nul puisque la ville, vous le savez, est isolée [...]. Les risques de propagation dans la population sont très faibles »[46]. Quelques heures plus tard, trois premiers malades sont déclarés en France. Le 14 et le 26 février, les deux premiers morts sont recensés sur le sol français. Le 30 janvier l'OMS déclare l'état d'urgence de santé publique de portée internationale, le 26 février elle annonce que plus de cas sur la journée sont déclarés hors de Chine qu'en Chine. Le 8 mars l'Italie enregistre 133 morts quotidiens, 366 décès au total. Le 11 mars l'OMS classe l'épidémie de Covid-19 comme une pandémie[47].

En France, il a fallu attendre le 23 février pour que soit déclenché le premier stade du plan Orsan destiné à gérer les risques épidémiques[48][49]. A ce stade, le virus est considéré ne pas être en circulation générale dans la population. Les malades diagnostiqués sont invités à rester confinés chez eux. Le stade 2, déclenché le 29 février (100 cas diagnostiqués et 2 morts), prend acte de la circulation du virus et cherche à en contenir la propagation. La méthode consiste à confiner les foyers de contamination (*cluster*), par exemple en fermant ponctuellement des écoles et en interdisant des grands rassemblements (seuil national à 5 000 le 29 février, abaissé à 1000 le 9 mars). Le 6 mars le plan blanc est déclenché dans les hôpitaux. La situation se dégradant, le 11 mars les visites en EHPAD sont interdites, le 12 mars le président de la République annonce la fermeture des crèches, écoles, collèges, lycées et universités. Les rassemblements de plus de 100 personnes sont interdits, le télétravail est fortement recommandé. Le 14 mars, avec 4 500 cas confirmés et 91 décès à l'hôpital, le stade trois est déclenché. Le virus est en circulation générale et l'objectif consiste à limiter les effets sur la population et sur le système de santé déjà en tension. Le 16 mars, à 20 heures, le président Emmanuel Macron déclare que la France est en guerre et annonce l'interdiction de déplacement pour toutes les activités non essentielles[50]. Le confinement durera 55 jours : du 17 mars au 11 mai 2020.

La lenteur du gouvernement à prendre acte de la gravité de la situation sanitaire peut s'expliquer par le fait qu'en janvier et février 2020 il était occupé à d'autres activités : la préparation des élections municipales prévues les 15 et 22 mars ainsi que la réforme des systèmes de retraite.

Concernant les municipales, le président de la République Emmanuel Macron craignait une lourde défaite électorale et réfléchissait précocement à un argumentaire pour la relativiser : « Les élections municipales ne sont pas une élection nationale. Je n'en tirerai pas de manière automatique des conséquences nationales »[51]. Un enjeu symbolique était le cas de la ville de Paris où Benjamin Griveaux était candidat. Cependant, le 14 février ce dernier a dû renoncer à sa candidature du fait de la diffusion de vidéos intimes remettant en cause son honneur[52]. Très rapidement, les bruits de couloir faisaient de la ministre de la santé Agnès Buzyn une piste pour prendre la relève. Le 14 février la ministre déclare qu'elle ne peut « pas être candidate aux municipales. [...] J'ai beaucoup de réformes aujourd'hui dans le ministère et s'est rajouté un surcroît de travail inattendu, malheureusement, qui est cette crise du coronavirus qui aujourd'hui m'occupe énormément »[53]. Le 16 février la ministre annonce officiellement sa candidature à la mairie de Paris et le député de l'Isère Olivier Véran est nommé nouveau ministre de la santé. La passation de pouvoir a lieu le 17 février, en pleine épidémie du Covid-19. Ajoutant de la confusion à la confusion, une fois candidate aux municipales, Agnès Buzyn a reproché à la maire de Paris, Anne Hidalgo, de n'avoir pas préparé avec le ministère de la santé un plan contre le covid-19. Or, un courrier signé de l'ex-ministre en date du 12 février saluait la « vive mobilisation de la mairie de Paris »[54]. La campagne électorale justifie-t-elle d'entretenir la confusion sur la préparation face à l'épidémie ?

L'autre dossier ayant occupé le gouvernement est la réforme des retraites. Ce projet était d'autant plus important et difficile qu'il a donné lieu aux plus grandes grèves en France depuis au moins le plan Juppé de 1995. Les grèves se sont multipliées à partir du 5 décembre, sans discontinuer ni pendant les vacances de fin d'année ni pendant celles d'hiver. Après plus d'un an de négociations, marquées notamment par la démission du gouvernement le 16 décembre 2019 de Jean-Paul Delevoye, Haut-commissaire aux retraites, soupçonné de conflits d'intérêts, le gouvernement présente le texte de sa réforme le 24 janvier. Celui-ci est lourdement critiqué par le Conseil d'État. L'examen à l'assemblée nationale est aussi douloureux en raison du dépôt de près de 40 000 amendements. Le 29 février, lors d'un Conseil des ministres extraordinaire consacré à l'épidémie du covid-19, le premier ministre décide d'engager la responsabilité du gouvernement sur la réforme des retraites par la procédure dite du 49.3[55]. Cette procédure permet d'adopter le texte sans vote et sans examen des amendements, sauf si une mention de censure est déposée et adoptée. Deux motions de censure sont déposées mais aucune d'elle n'aboutit. Le texte est adopté alors même que les rassemblements de plus de 5 000 personnes sont interdits – ce qui induit l'impossibilité de manifester contre le gouvernement. Le premier ministre a donc utilisé l'opportunité du covid-19 pour proposer en conseil des ministres l'accélération de la réforme des retraites.

Ce contexte explique probablement les hésitations du gouvernement face à l'épidémie. Le 6 mars le président de la République incite la population à aller au théâtre malgré le covid-19[56], le 11 mars, il déclare qu'il ne faut pas renoncer « aux terrasses, aux salles de concert, aux fêtes de soir d'été »[57]. Mais, comme on l'a rappelé plus haut, le 12 mars toutes les établissements scolaires et universitaires sont fermés, le 17 mars commence le confinement. Au sujet du premier tour des élections municipales, maintenu le dimanche 15 mars, Agnès Buzyn a déclaré le 25 mars au journal *Le Monde* : « Quand j'ai quitté le ministère [...] je pleurais parce que je savais que la vague du tsunami était devant nous. Je suis partie en sachant que les élections n'auraient pas lieu. [...] Le 30 janvier, j'ai averti Édouard Philippe que les élections ne pourraient sans doute pas se tenir. Je rongerais mon frein. »[58] Si les choses étaient si évidentes, pourquoi tant d'hésitations, surtout devant la gravité de la situation ? La France bénéficiait par ailleurs des expériences (malheureuses) de la Chine et, surtout, de l'Italie qui ont été touchés avant par l'épidémie. Dans son intervention du 16 mars Emmanuel Macron suspend la réforme des retraites[59] probablement trop tard, des études sont en cours pour évaluer l'importance des municipales dans la diffusion du covid-19[60]. Selon Richard Horton, rédacteur en chef de la revue médicale *The Lancet*, toutes les informations nécessaires pour combattre l'épidémie étaient disponibles depuis le 31 janvier et pendant 6 semaines les pays occidentaux n'ont rien fait. « Pourquoi les gens ne sont-ils pas davantage en colère à ce sujet ? Qui demande des comptes au gouvernement ? »[61].

Face à l'impréparation du gouvernement, le 17 mars le confinement constitue une césure fondamentale d'un point de vue sanitaire mais aussi économique. Du côté sanitaire, la pénurie se fait rapidement ressentir et l'enjeu du confinement est aussi d'alléger la charge sur les hôpitaux en limitant le nombre de contaminations. Du côté économique, entre le 19 février et le 18 mars, l'indice boursier CAC 40 perd 30% de sa valeur. Une grande partie de l'activité marchande et non marchande est suspendue, ce qui engendre des difficultés de trésoreries tant pour les organisations privées que publiques. Très rapidement de nombreux économistes anticipent une dépression inédite en temps de paix et s'interrogent sur les meilleurs moyens pour y faire face.

Une des principales pistes de réflexion a consisté à comparer la pandémie à une économie de guerre[62]. Le 4 mars l'économiste étatsunien James Galbraith compare la pandémie à l'attaque de Pearl Harbor durant la seconde guerre mondiale[63]. L'attaque est soudaine et l'impréparation est totale. Les chaînes d'approvisionnement internationales sont cassées et les pénuries de produits essentiels comme les masques ou les médicaments sont déjà importantes. Le fonctionnement habituel des marchés n'est plus en mesure de réaliser l'allocation des ressources. L'auteur souligne alors l'importance de basculer en économie de guerre pour limiter les dégâts humains et financiers. Sans perdre de temps il faut passer d'une économie décentralisée où la coordination se fait majoritairement par des prix fixés librement à une économie fondée sur le commandement. Dans le but d'assurer à la société les moyens de sa substance,

une autorité centrale doit être en mesure d'imposer la planification, des nationalisations, des prix administrés, une réaffectation de la force de travail et du capital, la limitation des libertés publiques, etc.

Dans une tribune dans *Le Monde* du 28 mars (p. 25), Robert Boyer invite également à penser la comparaison entre la pandémie et les périodes de guerre : « Il faut prendre au sérieux la métaphore de la 'guerre contre le virus' et se souvenir que la comptabilité nationale, la modélisation macroéconomique et le calcul économique public, qui ont favorisé la modernisation de l'État, trouvent leur origine dans l'effort de guerre puis de reconstruction – primat de l'intérêt collectif sur l'individualisme, par la réquisition et le contrôle du crédit et des prix. Penser que le marché connaît la sortie de crise serait une naïveté coupable. »

La comparaison de la situation pandémique à une économie de guerre a été vivement critiquée en raison du refus du principe même de la guerre[64]. La situation pandémique ne met pas face à face des armées avec des soldats solidement équipés. Il n'y a pas eu de déclaration de guerre. Il n'y a pas de sens à déclarer la guerre au virus. Ces critiques manquent l'essentiel. L'économie de guerre ne signifie rien de plus que la nécessité d'un passage brutal et soudain d'une coordination marchande au commandement, sous peine de danger de mort. L'économie doit être mobilisée et réorganisée en conséquence. Une économie de guerre ne signifie pas forcément une économie avec de la guerre. Certains économistes préfèrent parler d'économie des catastrophes mais cela ne change pas le fond de la problématique.

En fait, derrière la critique de l'économie de guerre se cache le refus, tout à fait légitime, du nationalisme, parfois de l'État et, surtout, de l'union nationale. Évidemment, lors de son discours du 16 mars, en martelant l'état de guerre Emmanuel Macron désire créer une unité nationale – alors même qu'il est responsable de la situation. Mais, l'économie de guerre ne suppose pas l'unité nationale, bien au contraire[65]. Tout l'enjeu est de savoir quelles sont les procédures de décisions dans une économie fondée sur le commandement : est-ce l'État qui doit décider ? Parler de commandement, est-ce recommander l'étatisation des moyens de production ? Ou alors, faut-il introduire les travailleurs, leurs syndicats, les employeurs, tous les citoyens ? Fallait-il procéder à des nationalisations ou des socialisations ? En appeler au commandement pour répondre à une situation de guerre ne dit rien sur le type de commandement qui est nécessaire.

Ces questions ont été posées de façon très claire dans le débat. Cédric Durand a par exemple insisté sur l'importance de la centralisation et de la planification tout en regrettant l'absence d'action de l'État : « Où est le quartier général de la lutte contre la pandémie ? Quels sont les organes chargés de recenser les ressources et d'organiser leur mobilisation ? Pourquoi, en France, la participation des industriels à l'effort se fait sur la base du volontariat et non de la réquisition ? » [66] Mais faut-il réellement confier les clefs du pouvoir à l'État ? Pour Benjamin Coriat c'est l'État qui est coupable de la situation actuelle ce qui implique de redéfinir le « public » et remettre en cause l'idée que « le seul garant de l'intérêt général, le garant de l'intérêt public, c'est l'État, l'administration et ses fonctionnaires : cette fable désastreuse doit cesser. » Il en appelle

à une refondation du service public à partir des communs. Dans le cas du système de santé, Benoît Borrits critique encore plus radicalement l'État et le capital pour aller vers « une santé publique autogérée dans une économie démocratique » [67].

L'impérieuse nécessité d'une économie de guerre, ne dit donc rien sur les modalités d'organisation du pouvoir qui peut tendre entre deux extrémités : captation entière par l'État ou socialisation.

A la mi-mars 2020, avec Philippe Batifoulier et Mehrdad Vahabi nous écrivions que les « fautes politiques et économiques dans la gestion de la crise proviennent de l'hésitation du gouvernement à basculer dans l'économie de guerre. [...] En refusant de procéder à la nationalisation des grandes entreprises influant dans la gestion du risque sanitaire (comme par exemple l'industrie pharmaceutique, les hôpitaux, etc.) et d'administrer l'allocation et la production des ressources, le pays s'est rapidement retrouvé en pénurie de matériels essentiels (masques protecteurs et gel hydroalcoolique d'abord, lits d'hôpital équipés d'assistance aspiratoire bientôt). Le rationnement n'a pas été décrété ce qui a causé entre autres phénomènes l'inflation du prix des masques et leur mauvaise allocation » [68]. Il est possible maintenant d'aller plus loin : le gouvernement n'a pas seulement hésité à basculer en économie de guerre, il a refusé de le faire et c'est l'une des raisons principales qui explique la gestion catastrophique de la crise.

En dépit des proclamations guerrières, le chef de l'État n'a que marginalement utilisé les outils de l'économie de guerre. Par contre, il a renforcé les tendances autoritaires permises par la V^e République. Le 23 mars est votée la loi créant l'État d'urgence sanitaire [69] : elle consacre l'extension du pouvoir de l'exécutif sans contreparties. Le président a complètement ignoré l'opposition politicienne [70], syndicale [71] et ou scientifique [72]. Les partis politiques d'opposition ont été ignorés, les syndicats n'ont pas été invités à participer aux prises de décisions et les scientifiques (notamment via la création du Conseil scientifique covid-19) ont été instrumentalisés. Notons enfin qu'Emmanuel Macron n'a pas utilisé la rhétorique guerrière pour entamer la guerre sociale, comme peuvent le penser certains critiques du concept d'économie de guerre, il a simplement continué le chemin tracé depuis son élection (Godin, 2019). Dans ce cadre général, les deux sections suivantes illustrent le double échec du capitalisme sanitaire – l'échec des bureaucraties et du capital.

2. Échecs de la bureaucratie sanitaire

Mis à part l'incapacité à anticiper l'épidémie, le plus grand naufrage de la bureaucratie sanitaire réside dans le désaveu du pouvoir politique. La justification habituelle de la massification des bureaucraties sanitaires est la séparation de la décision politique, réputée non éclairée et susceptible d'être trop sensible aux résultats électoraux, de la décision scientifique. L'un des aspects importants de la littérature liée à la Nouvelle Gestion Publique consiste à promouvoir les agences indépendantes (Benamouzig et Besançon, 2005). Or, quel a été le premier réflexe du pouvoir lorsque la pandémie s'est renforcée ? Créer par la loi sur l'état d'urgence sanitaire un Conseil scientifique covid-

19 balayant de fait l'expertise des agences de santé. Inauguré le 11 mars par Olivier Véran, le Conseil scientifique covid-19, présidé par Jean-François Delfraissy[73], a pour objectif d'« éclairer la décision publique dans la gestion de la situation sanitaire ». Il prend la place que devrait occuper le Haut conseil de santé publique (HCSP). Fondé en 2004, le HCSP a pour mission de « fournir aux pouvoirs publics, en lien avec les agences sanitaires, l'expertise nécessaire à la gestion des risques sanitaires ainsi qu'à la conception et à l'évaluation des politiques et stratégies de prévention et de sécurité sanitaire »[74]. Outre le HCSP, d'autres agences sanitaires déjà existantes auraient pu largement contribuer à la gestion de la crise sanitaire, notamment la Haute autorité de santé, l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail et Santé publique France (née en 2016 à la suite de la fusion de plusieurs agences dont l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires et l'Institut de veille sanitaire). La création d'un Conseil scientifique *ad hoc* prenant la place des agences existantes tend à démontrer que la justification habituelle des agences sanitaires n'est peut-être pas si évidente. Plutôt que de séparer le politique du scientifique, les bureaucraties sanitaires semblent avoir surtout pour objectif de produire des normes visant à contrôler la production de santé et le travail des professionnels et par là même de participer aux contrôles des dépenses de santé.

Les masques

Parmi les déboires de la bureaucratie sanitaire, celui qui risque de rester le plus longtemps dans les mémoires concerne l'incapacité à résorber la pénurie de masques. Selon les enquêtes de *Mediapart*, corroborées par d'autres sources, la gestion des masques constitue non seulement un mensonge d'État[75] – sur l'ampleur de la pénurie – mais aussi un fiasco d'État[76] – sur l'incapacité à se procurer des masques. Alors qu'à la fin janvier le ministère de la santé constate à la fois la faiblesse des stocks de masques et l'envergure de l'épidémie à venir, les commandes de masques se font encore à un volume très faible. Si en début d'année, l'État dispose d'un stock d'environ 100 millions de masques, Santé publique France semble incapable de passer des commandes et une cellule interministérielle est créée le 4 mars. Au 21 mars elle n'a réussi qu'à réunir 40 millions de masques supplémentaires – en ignorant les offres de services d'entreprises françaises ayant des contacts en Chine.

Le 3 mars le gouvernement publie un décret de réquisition des stocks et de la production de masques sur le territoire (pas des entreprises productrices). Le 20 mars il autorise à nouveau les importations de masques, notamment par les collectivités territoriales qui peuvent passer directement par leurs contacts dans les pays producteurs. Si les décrets de réquisition ont été publiés ils ont été utilisés de façon modérée : le ministère de la santé a décidé de réquisitionner les stocks de l'industrie mais cela a été refusé dans certains secteurs pourtant très consommateurs comme l'agroalimentaire et l'aéronautique. Le cas de l'aéronautique interroge particulièrement dans la mesure où la plupart des avions étaient cloués au sol et que la construction de nouveaux avions ne paraissait pas faire partie des « activités essentielles ». Concernant

les réquisitions, il faut aussi noter qu'à partir du décret du 20 mars seules les commandes de plus de 5 millions de masque faisaient l'objet d'une déclaration et d'une réquisition potentielle.

La stratégie destinée à pallier la pénurie a donc peu reposé sur les principes de l'économie de guerre. Il n'y a pas eu de nationalisation et les réquisitions ont été très partielles, d'autant plus que certains secteurs non essentiels n'étaient pas concernés. Le choix de l'exécutif a été de faire confiance à l'ajustement marchand en achetant massivement des masques aux producteurs habituels. Cependant, cette stratégie d'association public-privé a buté sur la surchauffe du marché. Les prix se sont envolés, les livraisons ont été lentes, certaines commandes ont été vendues aux plus offrants, etc.

La situation est d'autant plus problématique que dans un article du 9 mai 2020, *Le Monde* rapporte que Jérôme Salomon, membre de l'équipe de la ministre de la Santé Marisol Touraine (2013-2015), puis directeur de Santé Public France (2016-), connaissait la situation et avait alerté le candidat Emmanuel Macron. Alors qu'en « mai 2019 le Haut conseil de la santé publique recommande 1 milliards de masques », les destructions de masques n'ont pas cessé, même pendant l'épidémie. Les auteurs en concluent au « sentiment d'une faillite de l'État ».

Voyant la pénurie arriver et ne voulant pas la reconnaître, le pouvoir politique a préféré minimiser l'intérêt du port du masque pour la population non malade. Dès le 24 janvier le ministère de la santé explique que « le port de ce type de masque par la population non malade afin d'éviter d'attraper la maladie n'est pas recommandé », et que « son efficacité n'est pas démontrée » [77]. Le 24 février le ministre de la santé affirme à nouveau que « [le] port du masque par la population non-malade n'ayant pas voyagé dans les zones à risque n'est pas recommandé car son efficacité n'est pas démontrée » [78]. Entre janvier et mars la politique de l'exécutif est de ne recommander le masque que pour les soignants et les malades alors que les médecins savent que le masque est indispensable pour toute la population dans le but de limiter la propagation de la pandémie [79].

Comment ne pas comprendre la méfiance des citoyens face aux annonces sanitaires du gouvernement quand à partir d'avril, dans l'optique du dé-confinement du 11 mai, le masque devient progressivement obligatoire ? Le port du masque devient obligatoire dans les transports en commun, dans les collèges, pour les députés, en université, dans les lieux clos (commerces notamment), sur les chaînes de production, etc. En août le port du masque se généralise peu à peu dans la rue, d'abord par des décisions localisées (Paris, Bordeaux, Strasbourg, etc.) puis par des décisions nationales. Face à l'opposition de certaines entreprises, l'obligation est remise en cause dans un certain nombre de cas particuliers [80]. Ce revirement est d'autant plus étonnant que pendant le confinement l'inspecteur du travail Anthony Smith a été sanctionné par sa hiérarchie pour avoir voulu appliquer l'obligation du port du masque dans une entreprise de service à domicile. Cette situation ubuesque s'est soldée par la relaxe de l'inspecteur du travail et par la démission du Directeur général du Travail (DGT), Yves Struillou, mécontent de l'issue de ce dossier [81].

Entre temps, pris en étau entre la pénurie et l'obligation de port du masque, l'État a décidé de valider le principe de « masques grand public »[82]. Faute de masques FFP2 et de masques chirurgicaux, le pouvoir a organisé une concertation entre 242 entreprises textiles françaises[83] pour produire des masques d'un type nouveau qui ont la particularité de ne respecter aucune norme sanitaire en vigueur avant l'épidémie. La qualité de ces masques est si peu fiable qu'ils sont interdits pour les soignants. Nous vivons donc depuis cette date une situation où si la quasi-intégralité de la population porte un masque dans la rue, on ne sait pas quelle est leur efficacité. Comme les masques jetables certifiés, les masques lavables ont une durée de vie très courte et il est impossible de savoir quel est le niveau de protection des masques portés quotidiennement. Au-delà de la controverse sur la qualité des masques grand public, la pénurie de masque et la rupture des chaînes de production internationales a attiré l'attention sur l'extrême dépendance de la France vis-à-vis des producteurs étrangers. Cela a conduit à valoriser les filières locales mais uniquement pendant une période très courte puisque dès la mi-août les entreprises françaises regrettaient que l'État préfère se fournir auprès de producteurs étrangers au risque de détruire l'emploi dans l'hexagone[84].

Les tests

Un aspect majeur de la lutte contre la pandémie, martelé par l'OMS, est la capacité à tester largement la population pour isoler les personnes contaminées. Là encore la bureaucratie sanitaire a montré son impréparation et son incapacité à réagir massivement. Face à la pénurie de tests, la doctrine a consisté à ne tester que les cas suspects permettant au virus de se diffuser par les cas asymptomatiques. À la fin avril, après 2 mois de pandémie, le gouvernement demeurait dans l'ignorance des capacités de test et a demandé un audit à un cabinet privé à ce sujet (cabinet de conseil Bain)[85]. A quoi servent les agences sanitaires si elles ne disposent pas d'informations sur les capacités de production du système de santé ? Au 28 avril, la France teste environ 9,1 personnes pour mille contre 23,1 pour mille en moyenne des pays de l'OCDE. Le 29 mars le gouvernement refuse l'offre de service des cabinets vétérinaires départementaux, les laboratoires de recherche public et privé ont également été mis à l'écart jusqu'au 27 mars.

Alors qu'Olivier Véran affirme que la politique de test est la bonne et qu'il sera possible de réaliser rapidement 700 000 tests par semaines, le Professeur Froguel (CHU de Lille et Imperial College of London), interrogé par France info le 1^{er} mai, dénonce les mensonges du gouvernement[86]. Selon lui, le nombre rapporté de test est surévalué et il ne sera pas possible de réaliser l'objectif de test avant le 11 mai. La désorganisation étant la règle, les pénuries sont toujours importantes – tout comme les difficultés à s'approvisionner en réactifs sur les marchés.

D'après les calculs rapportés dans un article de France Culture, entre le 24 février le 11 mai, 831 174 tests ont été réalisés[87]. Les enquêteurs demandent alors comment penser qu'il sera rapidement possible de réaliser chaque semaine autant de tests que depuis le

début de l'épidémie ? La stratégie du gouvernement repose notamment sur la commande de 20 machines chinoises permettant de réaliser plus de 2 000 tests par jours. Cependant, plusieurs professionnels regrettent le coût de ces machines et le temps de formation nécessaire avant de pouvoir les utiliser. Selon Vincent Thibault, chef de service du laboratoire de virologie au CHU de Rennes : « on nous a envoyé une machine et un fournisseur qu'on ne connaissait pas. Si on m'avait donné le budget débloqué pour cette plateforme, j'aurais pu mettre en place quelque chose de beaucoup plus fiable et maîtrisé. On a l'impression qu'une décision a été prise par des technocrates qui n'ont jamais mis les pieds dans un laboratoire et qui se sont dit : 'Comme il faut faire 700 000 tests par semaine, on va balancer 20 automates à des hôpitaux.' D'autres solutions étaient possibles pour arriver à 2 000 tests quotidiens. » » Il se trouve par ailleurs que la machine demande des consommables (écouvillons) eux-mêmes en pénurie.

Les lits

Etant dans l'incapacité de contrôler l'épidémie avant qu'elle n'arrive à un stade critique, l'État et ses bureaucraties sanitaires sont responsables de la pénurie de lits de réanimation dans les hôpitaux. C'est probablement le type de pénurie le plus difficile à mettre en évidence. Deux indicateurs permettent néanmoins de l'illustrer. D'abord, le confinement est la stratégie de dernier recours quand toutes les étapes précédentes ont échoué. Sans masques ni tests, la pandémie s'est développée et le confinement, en diminuant le nombre de malade, permet de ralentir l'afflux vers les hôpitaux en tentions. Plus que l'usage spectaculaire de TGV médicalisés[88] et d'hôpitaux de campagne[89], le second indice de la pénurie de lits est le tri des patients à soigner ou non.

Dès la mi-mars plusieurs articles rapportent des témoignages de professionnels s'appropriant à trier les patients à soigner. Dans un article du 20 mars *Mediapart* mentionne plusieurs cas d'hôpitaux mettant en place des procédures de sélection des patients[90]. Selon une documentation interne de l'hôpital de Perpignan, certains décès ont qualifié de « Morts évitables : auraient pu être évités en cas de soins de meilleure qualité ou de meilleure organisation »[91]. Selon un témoignage anonyme d'un professionnel de CHU, la consigne de priorisation des malades est implicite mais elle existe : « On ne le dit pas, car on ne peut pas mais la consigne tacite, c'est de ne plus prendre les plus de 75 ans à l'hôpital, de les laisser dans les EHPAD ou chez eux, c'est-à-dire de les laisser mourir. » D'après une infirmière de l'hôpital de Mulhouse, « Les personnes âgées atteintes d'un Covid en EHPAD ne sont plus transportées à l'hôpital. On se contente de leur donner des soins de confort, pour soulager la douleur. C'est très difficile : on n'est pas là pour choisir celui qui doit vivre et celui qui doit mourir. »

La stratégie non assumée de gestion de la pénurie de lits a donc été la priorisation en fonction de l'âge. Cela explique probablement en partie la situation catastrophique des EHPAD en termes de mortalité. D'après le démographe Jean-Marie Robine, la moitié des personnes décédées sont résidentes en EHPAD (mortes sur place ou à l'hôpital lorsqu'elles ont pu être transférée), soit 13 226 personnes sur 26 280 ; au 10 mai)[92].

L'absence de publication de chiffre précis au sujet des EPHAD s'expliquerait par la volonté de dissimuler l'absence de protection des maisons de retraites – le matériel de protection en pénurie ayant été dirigé vers les soignants.

S'il est difficile d'établir un bilan, plusieurs articles font état de vies qui auraient pu être sauvées en EHPAD s'il n'y avait pas eu de tri des patients. Certains centres de régulation du SAMU ont refusé d'hospitaliser des résidents d'EHPAD jusqu'à fin mars, certains professionnels expliquant que face aux refus répétés de prise en charge, ils ont cessé de demander de l'aide à l'hôpital public[93]. Dans ce cadre général, plusieurs EHPAD ont été débordés si bien que les hécatombes se sont succédées tant dans le public que dans le privé. Dans l'EHPAD privé de Crouy-en-Thelle, les familles ont appris par la presse le décès d'une vingtaine de personnes au cours de la pandémie[94].

En plus des résidents d'EHPAD, d'autres catégories de patients ont pu être victime de la pénurie de lits. Selon un article de *Bastamag*, ce serait le cas des personnes en situation de handicap, alors que le handicap n'est pas un facteur de risque pour le covid-19[95].

Le drame de la pénurie de lits s'est doublé de sa gestion par la bureaucratie sanitaire : une gestion dans le plus grand silence. Jamais des consignes claires et assumées de hiérarchisation des patients n'ont été officialisées, ce qui peut cacher des situations d'inégalités extrêmes face à la maladie. On peut comparer la situation française au cas britannique où le *National Health Service* a publié très rapidement des guides pratiques de prise de décision en situation de pénurie.

Ces guides sont glaçants mais ils ont le mérite d'assumer l'existence d'une pénurie à organiser. Dans ces documents, les professionnels de santé sont invités à calculer un score à point en fonction de plusieurs critères (âge, échelle de fragilité, comorbidité). Les personnes jugées les moins à risques sont, dans ce cadre, prioritaires sur l'usage des ressources rares. Il ne s'agit pas ici de défendre le principe du calcul médico-économique, largement répandu outre-manche[96], mais simplement de souligner le fait que la gestion de la pénurie en France s'est faite dans le plus grand silence – sans explicitation des critères de justice sous-jacents.

Les médecins

Des travaux spécifiques devraient être consacrés à la pandémie en outre-mer. La situation y est différente et, pour certains territoires, bien pire. En attendant, on peut simplement souligner que la France, après avoir hésité, a accepté fin mars l'aide de médecins Cubains pour les territoires de Martinique, Guyanne, Saint-Pierre-et-Miquelon[97]. 15 premiers médecins sont arrivés en renfort en Martinique en juin pour une mission de deux mois[98].

StopCovid

Dès les premières semaines de l'épidémie, les pouvoirs publics se sont intéressés aux stratégies numériques mises en place par d'autres pays permettant d'endiguer la progression de l'épidémie. A Singapour par exemple, l'application TraceTogether permettrait de « détecter si deux individus sont restés à proximité l'un de l'autre durant plus de quinze minutes. » [99]

Lancée le 15 mars, l'application a été téléchargée par seulement par 20% de la population (5,6 millions de personnes), bien en dessous de l'objectif de 60% permettant réunir la quantité suffisante de données pour être efficace. Le 21 avril l'application devient obligatoire, alors que des doutes se multiplient sur l'éventualité d'une surveillance de masse dépassant le strict objectif sanitaire.

D'autres pays se sont lancés dans ce traçage généralisé comme la Chine, la Corée du Sud, Hong Kong, Taïwan, Singapour, etc. L'objectif initial est toujours le même : retracer l'itinéraire du virus ce qui permet de tester les personnes et de les isoler en cas de contamination. Le risque sur les libertés publiques est également toujours le même.

Si on peut largement douter de l'utilité de ces usages du numérique pour la santé publique[100], l'État français a décidé, après que le ministre de l'Intérieur ait déclaré que le traçage numérique ne se ferait pas car cela ne fait pas partie de la « culture française »[101], de lancer une application nationale de traçage nommée StopCovid. Présentée le 8 avril dans un entretien au journal *Le Monde*, Olivier Véran explique qu'il s'agit de « limiter la diffusion du virus en identifiant des chaînes de transmission »[102].

Autre symbole de l'incapacité de tester massivement la population et de lui procurer des masques, l'application StopCovid renforce l'idée d'un nouvel échec du duo État/capital. Le lancement de l'application, prévue pour le début du dé-confinement le 11 mai, est finalement lancée le 2 juin[103]. Même si le gouvernement a tardé à le reconnaître, il s'agit d'un nouveau revers pour le pouvoir. Jean Castex, premier ministre depuis le 3 juillet 2020 en remplacement d'Édouard Philippe, le reconnaît le 26 août[104]. À cette date l'application n'avait été téléchargée que 2,3 millions de fois (avec très peu de mises en service réelles) et alerté uniquement 93 personnes.

En plus d'une efficacité très faible, l'entretien de l'application a été très coûteuse eu égard aux standards habituels[105]. L'association Anticor a même saisi la justice à ce sujet pour soupçon de favoritisme[106]. Initialement, l'application devait être développée bénévolement par des entreprises françaises du secteur (Capgemini, Dassault Systèmes, Lunabee Studio, Orange, Withings) mais il semblerait que les coûts d'entretien soient largement surfacturés, ce qui laisse penser à un paiement rétroactif.

La défense inconditionnelle du capital

Durant toute la période de la crise, la contrainte que s'est imposée le plus haut sommet de l'État est de ne jamais remettre en cause le capital. C'est pourquoi il n'est pas possible analytiquement de séparer l'échec de la bureaucratie sanitaire de la défense

inconditionnelle du capital.

Le refus des outils de l'économie de guerre s'est vu à l'Assemblée alors que l'opposition portait des projets modestes de nationalisation, de réquisition et d'imposition[107]. Socialistes, communistes et insoumis ont proposé ensemble ou séparément la nationalisation de Luxfer (fabricant des bouteilles d'oxygène), de Famar (fabricant une molécule à la base de la chloroquine), la réquisition d'entreprises du textile, la création d'un pôle public du médicament, etc.

Dans le but de faciliter financièrement le confinement pour les ménages modestes, un moratoire sur les loyers a été demandé, tout comme l'augmentation du salaire minimum et la distribution de chèques vacances et bons alimentaires pour les étudiants apprentis et boursiers. Enfin, la réintroduction de l'Impôt de solidarité sur la fortune devait permettre de partager le financement des mesures de crise[108].

Aucune de ces mesures n'a été envisagée par le gouvernement. Toute l'action du gouvernement a consisté à s'en remettre aux volontés des marchés, c'est-à-dire des détenteurs de capitaux. C'est ainsi que le 31 mars Gérald Darmanin, ministre de l'action et des comptes publics, a lancé un appel au don pour financer un fond d'indemnisation pour les travailleurs indépendants[109]. Fondé sur le volontariat, ce fond a été moquée en coronathon : refusant d'imposer une taxation supplémentaire, l'État a décidé de basculer dans l'appel à la charité[110].

En plus de la charité, le gouvernement attend des fonds pour l'hôpital par la vente de mobilier national théoriquement inaliénable[111]. En effet, le Mobilier national, service rattaché au ministère de la Culture, organise une vente aux enchères au profit de la Fondation Hôpitaux de Paris – Hôpitaux de France. Prévues fin septembre, cette vente concernera des meubles des époques Louis-Philippe et XIX^e siècle. Au-delà du symbole d'une charité privée venant au secours du bien public, certains commentateurs n'ont pas hésité à interroger la légalité du procédé. Il est possible que cette action relève de la prise illégale d'intérêt dans la mesure où Emmanuel Macron, président de la République, organise une vente de biens publics au profit de la Fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France, présidée par Brigitte Macron[112].

A l'hôpital de Montauban, une initiative du même esprit a provoqué la colère des soignants[113]. Après avoir reçu des dons d'entreprises et de particuliers, la direction de l'hôpital a décidé de distribuer les gains sous forme d'une tombola. Plusieurs lots étaient en jeu comme des bons d'achat, des séances d'ostéopathie, un séjour pour les vacances, etc. Cela a provoqué l'indignation des riverains et des professionnels dans un contexte où des « dizaines de milliers d'heures supplémentaires effectuées sont en attente de paiement pendant des mois, et tout aussi régulièrement des services, des lits et des postes sont supprimés sous le prétexte que l'hôpital serait en déficit. »

La charité n'a pas seulement été mobilisée pour renflouer les caisses de l'État ou pour pallier la faiblesse des salaires des professionnels de santé mais aussi pour pallier aux pénuries de masques et de gel hydroalcoolique. À la mi-mars, alors que le gel vient à

manquer, la firme LVMH satisfait à sa promesse de don en distribuant ses premiers flacons[114]. Les gels ont été produit sur les sites de production de marchandises de luxe (Dior, Guerlain et Givenchy) et livré gratuitement aux hôpitaux de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris. Si une polémique a éclaté lors de la vente par un supermarché Carrefour des gels LVMH alors qu'ils devaient être gratuits[115], l'essentiel n'est pas là : plutôt que de réquisitionner, nationaliser et taxer, la politique du gouvernement a consisté à laisser l'initiative au capital – avec les résultats que l'on connaît.

Le couple État / capital a été également très inefficace dans la gestion de la pénurie de masques. Comme nous l'avons évoqué dans la section précédente, le recours à l'ajustement marchand en période de pandémie a conduit à des retards de livraison, à la perte de commande au profit de plus offrants et à l'augmentation des prix. En plus de cela, la stratégie de mise à disposition des masques produits et achetés doit être évoquée. En effet, alors que les soignants faisaient face à la pénurie de masques, les supermarchés ont été en mesure d'en stoker des millions en vue de les mettre en vente libre à partir de 3 mai.

Le 30 avril, un communiqué rassemblant les principaux ordres professionnels de la santé (médecin, sages-femmes, infirmiers, Chirurgiens-dentistes, masseurs-Kinésithérapeutes, pédicure-podologues, pharmacien) a critiqué violemment les grandes enseignes de distribution :

« Toute guerre a ses profiteurs. C'est malheureusement une loi intangible de nos conflits. Comment s'expliquer que nos soignants n'aient pas pu être dotés de masques quand on annonce à grand renfort de communication tapageuse des chiffres sidérants de masques vendus au public par certains circuits de distribution. »[116]

D'après les annonces publicitaires 515 millions de masques seraient en vente début mai, dont au moins 65 millions le 4 mai[117]. Etant donné les contraintes logistiques (acheminement, stockage, mise en rayon, etc.), comment explique-t-on que les grands distributeurs aient pu se procurer autant de masques alors les professionnels de santé en étaient privés ?

À défaut de masque ou de gel, le groupe de luxe Kering a fait un don d'une soixantaine d'imprimantes 3D à l'AP-HP[118]. Ces machines peuvent fabriquer des embouts et composants essentiels pour les respirateurs. Encore une fois, la charité est censée remplacer la planification.

Pendant que le capital pouvait organiser tranquillement les actions qu'il souhaitait mener dans le cadre de la pandémie, il a été fortement protégé par l'État : report de cotisations, d'impôt, garanties d'État sur les emprunts bancaires, etc. Mais ce n'est pas tout, le contrôle des conditions de travail n'a pas été un objectif prioritaire. En plus du cas d'Anthony Smith mentionné plus haut, plusieurs travailleurs ont été sanctionnés

pour avoir demandé le respect des règles sanitaires. Cela a été le cas par exemple à Toulouse où deux infirmiers qui demandaient des masques et dénonçaient les conditions sanitaires dans l'EHPAD où ils travaillaient ont été licenciés[119].

Autre aspect important de la relation État-capital, la recherche d'un vaccin pose également des questions tant la réputation de l'industrie pharmaceutique est sulfureuse. Sans pôle public du médicament, il s'est installée une concurrence malsaine entre les industriels du médicament dans le but de capter le plus de ressources publiques possibles. On se rappelle par exemple que le mercredi 13 mai le directeur de Sanofi a déclaré « qu'il distribuerait en priorité un éventuel vaccin contre le coronavirus aux États-Unis, car ils ont investi 30 millions de dollars dans ses recherches. Une exclusivité qui aurait pu être de plusieurs jours voire plusieurs semaines »[120].

Les relations public-privé sont la règle dans ce secteur où l'on a appris que le laboratoire américain Merck a acheté les droits des travaux de l'Institut Pasteur, en partie financé par le l'Etat français[121]. Comme le souligne un article dans *Le Monde* du 25 juin « les laboratoires vendent des promesses, les États achètent de l'espoir ». Les États financent sans contrepartie sur le partage des données, sur la réglementation des prix, sans réflexion sur le ciblage des premiers approvisionnements.

Par ailleurs, les recherches ne portent pas tant sur un objectif de guérison que celui de réduction de la sévérité de la maladie. En concentrant les recherches sur la volonté de détourner le virus des poumons, il tout à fait possible qu'il se développe autre part et que cela soit plus grave : « Et si, scénario cauchemar rencontré il n'y a pas si longtemps avec la dengue, le vaccin augmentait le risque d'une infection plus grave ? »

Ni l'État, ni le capital : l'auto-organisation pendant la pandémie

Si l'État et le capital ont échoué à endiguer rapidement la pandémie, il faut souligner la multiplication d'initiatives auto-organisées. Dans un article du 19 avril Hadrien Clouet et Maxime Quijoux ont relaté des initiatives de salariés déterminés à faire face à la pandémie[122]. Dans la Creuse, des couturières au chômage technique se sont remises au travail pour produire des masques. Des salariés d'un McDonald's ont utilisé leur lieu de travail comme lieu de production alimentaire alternatif destiné aux plus démunis. Les auteurs ont montré par ailleurs que dans les entreprises rompues à l'auto-organisation des salariés, la révision des conditions de travail en fonction des contraintes sanitaires ont été largement facilités :

« À Rennes, la coopérative funéraire a récemment mis en place toute une série de dispositifs à la fois d'entraides pour ses salariés – masques, etc. – mais aussi pour les familles de défunt·e·s afin de pouvoir assister aux obsèques. Plusieurs fédérations d'employeurs coopératifs, comme celle du Bâtiment, plaident pour obtenir des pouvoirs publics un durcissement du périmètre des entreprises laissées en activité. Contrairement aux grands groupes capitalistes financiarisés, ces employeurs tentent de limiter l'activité, afin de lever la tension entre santé publique (au niveau du pays) et parts de marché (au niveau de chaque entreprise individuelle). »

Ces mouvements auto-organisés ont parfois été entravés par l'État comme dans le cas de la production de visières pour le personnel soignant. A l'aide d'imprimantes 3D de nombreuses visières ont été imprimées au plus fort de la pénurie. Mais le 23 avril la direction générale du travail et la Direction générale des entreprises ont révisé les normes de production des visières de façon à empêcher le don ou la vente à prix coûtant. La logique à l'œuvre est de protéger les industriels classiques, désormais capables de prendre le relais, d'une « concurrence déloyale » provenant de bénévoles[123].

Ce mouvement d'auto-organisation a été qualifié de « mutation très politique de la société française » par François Bonnet[124]. L'auteur énumère les secteurs d'activité où des initiatives par le bas ont émergés, bien sûr chez le personnel soignant, mais aussi ailleurs :

« Car ce que disent aussi cette floraison d'initiatives et de mobilisations, ces capacités d'auto-organisation et d'innovation, c'est combien cette crise sanitaire a achevé de dévoiler l'archaïsme dangereux de notre système politique. Un pouvoir arrogant et prétentieux d'un coup mis à nu par une pénurie de masques. Un pouvoir vertical et centralisateur soudain obligé de s'en remettre aux élus locaux qu'il méprisait et aux citoyens qu'il sermonnait. »

Dans cet esprit, pour Yohann Emmanuel, le piège de la période consiste à voir un retour de l'État alors que celui-ci ne fait que continuer « à remplir sa fonction de garant du système capitaliste, même s'il le fait d'une manière directe et particulièrement visible »[125] :

« Plus encore que celle de 2008, la crise actuelle démontre que, malgré toutes ses défaillances, si l'État ne peut pas tout, il peut beaucoup, mais que sa puissance est au service du système capitaliste. Elle révèle donc ce qu'ont de faux les deux idéologies dominantes symétriques : le discours néolibéral qui veut faire oublier le rôle de l'État ; le discours étatiste-souverainiste qui veut laisser penser que l'État est parfaitement autonome. »

Au total, on peut se demander dans quelle mesure l'échec du capitalisme sanitaire ne peut-il pas faire renaître l'idée de l'auto-organisation – contre l'État et contre le capital ?

Inégalités et covid-19

Le développement du covid-19 à partir de début mars a eu un effet tétanisant sur la société. L'énumération quotidienne du nombre de morts en Italie puis en France a semblé être un puissant unificateur. Ne serions-nous pas tous égaux face à la maladie ? Cela ne justifie-t-il pas en conséquence une action massive de l'État afin de protéger une population également en danger ?

D'une certaine manière le début du confinement a fait mentir des décennies de politique publique visant à responsabiliser les individus de leur état de santé. On ne choisit pas d'être malade comme on choisit d'aller voir tel ou tel film au cinéma. Cela fait échos aux travaux en économie politique de la santé qui insistent sur le fait que la santé est un besoin et non une préférence (Batifoulie et al., 2012).

Pour la théorie économique dominante tout se passe comme si les individus avaient un capital santé à gérer tout au long de leur vie en fonction de leurs préférences. Or, si la maladie est de la responsabilité du malade, car il a préféré prendre un risque plutôt que d'adopter un comportement prévenant, il doit payer plus pour les soins et cela justifie une dépolitisation de la santé. Avec la pandémie du covid-19, pendant un bref instant, on a pu penser que la maladie frapperait de façon homogène la population. D'où le moment bref de résurgence du politique et d'oubli de la contrainte économique.

Néanmoins, assez rapidement il a été mis en évidence que comme pour la plupart des pathologies, le covid-19 choisit ses victimes. Non seulement il est possible de montrer que certains groupes sociaux sont plus touchés que d'autres mais aussi que l'accès aux soins est inégalitaire. Que sait-on sur la dimension inégalitaire du covid-19 ?

La plus flagrante des inégalités a déjà été évoquée dans la section précédente. Il s'agit de la sélection des patients : certains ont été soignés d'autres pas en raison de leur âge, de leur résidence dans un EHPAD, de leur situation de handicap, etc. Une autre inégalité importante porte sur les reports de soins : en raison de la pénurie de lits pour traiter les patients atteints de Covid-19, de nombreux soins qualifiés de non-urgents ont été déprogrammés. Or, les retards de soins sont souvent synonymes de dégradation de la qualité de vie et de perte de chance.

La CNAM a alerté au moins depuis le mois de juin sur les effets négatifs des reports de soins d'un point de vue sanitaire et organisationnel[126]. Pendant le confinement, le nombre d'actes de chirurgiens-dentistes a chuté de 80 à 90%, les généralistes et la sages-femmes ont baissé leur activité de 30%, la vaccination contre le papillomavirus a chuté de 43%, la vaccination ROR (rubéole, oreillon, rougeole) a chuté de 16%, le nombre de dépistage du cancer colorectal est descendu de 75 000 par semaine au début de l'année contre 5 000 par semaine à la mi-mars, etc.

Dans un article de *Libération* du 17 septembre 2020, Sophie Crozier, membre du collectif inter-hôpitaux s'est alarmée des conséquences de déprogrammation : « On commence à mesurer les dégâts de cette stratégie ce sont des cancers pris avec retard, des maladies chroniques qui se sont aggravées, des pertes de chance à la pelle. On a fait du tri parce que l'on ne comptait que les morts Covid à la télé ». En d'autres termes, pendant le confinement la priorité était de traiter les cas covid-19 au détriment des autres – sans qu'aucun critère de justice n'ait été débattu publiquement.

La CPAM 93 a publié le 24 avril des données liées à l'activité en ville permettant d'avoir une idée de la baisse de la consommation de soin pendant le confinement[127]. Les données comprenaient le nombre de consultations réalisées par les médecins

généralistes, spécialistes et centres de santé (2019 vs 2020) avec à chaque fois l'évolution des téléconsultations et la situation spécifique des patients en Affection longue durée. De façon attendue, avec le confinement, toutes les formes de consultations baissent drastiquement à partir du début du confinement (semaine 12)[128]. En semaine 15 (6-12 avril), l'activité a baissé de 43% pour les généralistes, de 73% pour les spécialistes, de 76% pour les centres de santé.

Alors que la baisse du volume d'acte pour les spécialistes est moins forte pour les patients ALD que pour les autres, elle est plus forte pour eux pour les actes généralistes et de centre de santé. On observe une hausse massive des téléconsultations, plus forte chez les généralistes que chez les spécialistes. Pour les généralistes, entre la hausse des téléconsultations et la baisse des autres formes d'activité, la téléconsultation représente 29% du total en S12 contre 0% en début d'année.

Certaines des villes les plus pauvres (Bobigny, Aubervilliers, Clichy sous-bois) semblent montrer un décrochage plus fort que la moyenne. Ce lien reste à confirmer car c'est l'inverse qui se passe à La Courneuve (plus pauvre) et aux Lilas (plus riche). En tous cas, la baisse des consultations en hôpital se double d'une baisse des consultations en ville (généraliste, spécialistes, centre de santé), malgré la hausse des téléconsultations. Les patients ALD sont susceptibles d'être plus frappés que les autres, sauf pour les soins spécialistes.

La DRESS a publié en juillet une veille documentaire sur les inégalité sociales face au Covid-19[129]. Elle souligne la double dimension des inégalités dans le cas de cette pandémie : l'inégalité face au virus (exposition différentielle, vulnérabilité différentielle, accès inégal aux soins) et l'inégalité face au confinement.

Les inégalités sociales face au virus comprennent le risque d'exposition plus élevé pour certaines activités professionnelles. Les risques sont plus élevés pour le personnel soignants et les travailleurs précaires. Dans le secteur agro-alimentaire 50% des travailleurs étaient encore sur site pendant le confinement (40% dans la santé et l'action sociale, 30% dans le transport). Le rapport de la DREES cite une étude de l'INED selon laquelle 1/3 des cadres ont été obligés de sortir de chez eux pendant le confinement contre 3/4 des employés et 96% des ouvriers.

Les conditions de vie et la promiscuité sont une autre inégalité sociale face au virus : les chances d'être contaminés sont plus élevées dans lorsque l'on réside en logements collectifs ou en établissements fermés. Le mal logement et le surpeuplement sont des situations à risque. L'inégalité d'accès aux mesures de protection constitue un autre facteur d'inégalité face au virus. Il s'agit de l'accès au matériel de protection (masques, gel hydro alcoolique, gants, produits d'hygiène, etc.) mais aussi la compréhension des mesures sanitaires de prévention et la confiance vis-à-vis des autorités. L'inégalité d'accès aux soins se mesure aussi par le fait d'avoir une complémentaire santé permettant de financer la part non remboursée par la sécurité sociale.

Concernant les inégalités sociales face au confinement, la DREES souligne plusieurs points d'attention. Des risques accrus sur la santé mentale semblent probables tant chez les personnes conservant une activité que les autres (anxiété, trouble du sommeil, de la concentration, tristesse). Le confinement accroît les risques sur la sécurité physique des personnes (suicide, violence sur les femmes et les enfants principalement, etc.). Enfin, la DREES pointe le risque d'augmentation significative du travail domestique à la charge des femmes.

Les craintes de la DREES ont été confirmées par les premiers résultats obtenus. Une étude menée par Nadine Levratto et ses collègues a mis en évidence les effets différenciés de la pandémie sur les inégalités territoriales[130]. À partir d'une approche d'économie spatiale, les auteurs montrent que le taux d'hospitalisation est positivement corrélé à la part des ouvriers dans la population active. Dans ces territoires, le télétravail était moins fréquent et les plans de continuité de l'activité plus fréquents. De même, les auteurs trouvent que dans les zones où il y a moins de service d'urgence, il y a significativement plus d'hospitalisation, suggérant qu'une meilleure prise en charge permet de réduire le risque d'évolution dangereuse de la maladie.

D'autres travaux ont également cherché à montrer le lien entre pauvreté et covid-19. Par exemple, dans une étude de Paul Brandily et collègues[131], les auteurs montrent que la surmortalité due au covid-19 est significativement plus forte dans les communes faisant partie des 25% les plus pauvres (+88% contre +55%). L'essentiel de cette différence s'explique par le surpeuplement des logements et la fréquence des contacts sociaux liées aux métiers. Les auteurs parlent ainsi d'« une pandémie de la pauvreté »[132].

Pour le temps du confinement, le fait que les classes populaires soient plus touchées par la pandémie en raison de leur maintien au travail a mis en avant le sentiment d'un retournement des représentations : ce sont les classes populaires qui permettent aux classes dirigeantes de vivre et pas l'inverse. Comme l'a souligné la sociologue Marie-Hélène Bacqué par exemple,

« Malgré la pandémie, le RER ne s'est jamais arrêté de circuler car il est un fil indispensable pour faire vivre la métropole. [...] Ce sont les populations aisées, avec des emplois qualifiés, qui sont dépendantes des personnes qui occupent des emplois précarisés. Les livreurs, les aides-ménagères, les femmes de ménage, les gardiens... Toutes ces personnes ont continué à travailler pendant le confinement et ont permis aux autres de rester confiné. Et le RER est le fil qui relie ces deux mondes. »[133]

La parenthèse n'a pas duré et les promesses de lendemain qui chante se sont estompées. Ce changement de regard doit être l'opportunité d'interroger le lien entre pauvreté et risque d'être atteint du covid-19. Ce n'est peut-être pas parce qu'ils sont pauvres qu'ils sont malades, mais parce qu'ils sont exploités. Comme on l'a vu, les travaux montrent qu'il existe un lien statistique entre le niveau de revenu et la probabilité d'être atteint du covid-19.

Néanmoins, ce n'est pas la pauvreté monétaire, c'est-à-dire le fait d'avoir peu d'argent, qui explique que l'on tombe malade du covid-19. Le virus ne regarde pas le compte en banque des gens. La pauvreté monétaire n'est qu'un indicateur d'une réalité sociale plus importante : la place dans le rapport de production – autrement dit le capitalisme – et la capacité de résister aux ordres des propriétaires des moyens de production.

Le virus se diffuse par contacts longs et rapprochés. Quelles sont les métiers qui supposent le plus de contacts non réductibles par le télétravail, la suspension de l'activité ou l'amélioration des conditions d'hygiène ? L'hôtellerie-restauration, le transport et la logistique, les services à la personne, l'entretien, l'industrie agro-alimentaire, etc. Dans tous ces secteurs, la grande mode du confinement a été de reconnaître qu'ils étaient essentiels (donc impossible à suspendre ; *stay at work* !) mais très mal rémunérés.

Le rapport de force des travailleurs avec le capital y est défavorable depuis longtemps et il a été extrêmement difficile d'obtenir la suspension de certaines de ces activités, le télétravail ou le respect de conditions d'hygiène drastiques. C'est d'ailleurs parce que le rapport de force y est défavorable que ces travailleurs ont aussi de petites rémunérations et peu de reconnaissance sociale. Ces petites rémunérations impliquent que ces travailleurs habitent en périphérie, qu'ils utilisent plus souvent les transports en commun bondés et qu'ils vivent dans des logements surpeuplés.

Ce n'est donc pas la pauvreté qui rend malade, c'est l'intensité de l'exploitation. Qu'est-ce que cela change d'un point de vue d'économie politique ? L'augmentation des salaires est bonne à prendre mais elle ne changera pas les rapports de production et tout ce qu'ils impliquent de subordination dans la division sociale du travail. La prise en charge gratuite des soins est bonne à prendre mais elle arrive trop tard : en quoi le fait de rembourser les soins gratuitement implique-t-il l'obligation de prendre un risque pour sa santé ?

Quand il faudra recommencer à envoyer les plus exploités en première ligne, rien n'aura changé d'un point de vue sanitaire... même si les salaires sont meilleurs, même si les soins sont gratuits. D'où l'intérêt de focaliser l'attention sur les rapports de production plutôt que sur les inégalités monétaires qui n'en sont qu'une conséquence. Ce n'est qu'en renversant les rapports de production qu'il sera possible pour les travailleurs de définir eux-mêmes sous quelles conditions le travail n'engendre pas de risques démesurés pour la santé – peu importe leur niveau de rémunération et la gratuité des soins. La santé aussi c'est la lutte des classes.

L'introuvable « plan massif » pour l'hôpital

Le confinement a été marqué par une parenthèse de la contestation politique. En dehors des tribunes et des plateaux-télévisés, la population a été prise en étau entre l'injonction du « restez chez vous » et la conduite autoritaire du pouvoir (cf. section 3.1.). L'interdiction

des rassemblements étant justifiée par la volonté de réduire le développement de la pandémie, l'un des faits majeurs du confinement a été la quasi-impossibilité de s'opposer à l'État.

Alors que près d'une année de grève contre l'austérité à l'hôpital n'avait pas suffi à attirer l'attention sur les professionnels de santé, pendant le confinement, ils ont été héroïsés. D'abord par les applaudissements aux fenêtres, copiés sur le modèle italien. Le président de la République a lui-même pris sa part, notamment en décalant ses interventions télévisées quelques minutes après 20 heures pour ne pas briser l'hommage[134].

Mais surtout, Emmanuel Macron a développé la métaphore guerrière lorsqu'il a fallu chercher à dissoudre toute forme de protestation. Il a utilisé la rhétorique guerrière sans utiliser les outils de l'économie de guerre. Le 25 mars il proclame à nouveau l'état de guerre contre le virus, il annonce que trois premiers soignants sont tombés dans la région Grand-Est et il demande à ce que la population refuse la division. En contrepartie, il concède les erreurs du passé et promet un « plan massif » pour l'hôpital :

« Nous serons là aussi au rendez-vous de ce que nous devons, au-delà de cette reconnaissance et du respect. J'ai demandé au gouvernement d'apporter une réponse claire et forte de court terme pour l'ensemble des personnels soignants comme pour l'ensemble des fonctionnaires mobilisés afin de majorer les heures supplémentaires effectuées et sous forme d'une prime exceptionnelle, pour pouvoir accompagner financièrement cette reconnaissance. Mais plus largement, nos soignants qui se battent aujourd'hui pour sauver des vies se sont hier battus hier pour sauver l'hôpital, notre médecine. Beaucoup a été fait, sans doute pas suffisamment vite, pas suffisamment fort. L'engagement que je prends ce soir pour eux et pour la nation toute entière c'est qu'à l'issue de cette crise un plan massif d'investissement et de revalorisation de l'ensemble des carrières sera construit pour notre hôpital. C'est ce que nous leur devons. C'est ce que nous devons à la nation. Cette réponse sera profonde et dans la durée. »[135]

Ces promesses doivent être mises au regard du bilan de la crise pour les professionnels de santé. Entre le lancement du plan Blanc le 6 mars et la fin du confinement le 11 mai, les personnels hospitaliers ont dû faire face à la pandémie malgré le manque de lit, le manque de personnel et les pénuries (de masques, de respirateur, blouses, de gants, etc.). En plus des conséquences sur les malades (refus et reports de soins), les conditions de travail ont engendré des contaminations de personnels hospitalier (soignants ou non) et des décès. Aucun bilan national fiable et définitif n'est pour l'instant disponible.

Au 20 avril 2020, 4 275 professionnels de l'AP-HP avaient été infectés (4% du total des effectifs) pour trois décès[136]. Au 3 juin, selon la Caisse autonome de retraite des médecins de France, 26 médecins libéraux en activité seraient également décédés du covid-19[137]. 6 000 auraient demandé un arrêt de travail du fait du Covid-19. Au 11 juin, BFM TV annonce au moins 50 000 soignants infectés[138]. Dans les

établissements de santé, Santé publique France comptabilise 33 210 infectés au 7 septembre dont 16 décès (5 médecins, 4 aides-soignants, 1 professionnel de santé « autre » et 6 personnels non soignants)[139]. Cette disparité dans les chiffres s'explique par des méthodes de comptage différentes, et peut-être également par l'enjeu financier pour l'État de reconnaissance ou non en maladie professionnelle[140].

Jusqu'au dé-confinement du 11 mai, le gouvernement a cherché à désamorcer la contestation latente des professionnels de santé par des annonces multiples. Cependant, il faut rappeler qu'une semaine après la promesse du « plan massif » pour l'hôpital, *Mediapart* a révélé une note de la Caisse des dépôts faisant craindre l'approfondissement de la politique de santé contre laquelle beaucoup de professionnels se sont battus[141]. Avant même de critiquer les pistes évoquées par cette note, l'économiste Jean-Paul Domin a soulevé l'existence d'un problème inhérent au rapprochement du capital et de l'État dans le capitalisme sanitaire :

« N'y a-t-il pas un évident conflit d'intérêt à demander un rapport à la CDC sur l'hospitalisation ? La CDC, via une de ses filiales Icade santé, est un acteur majeur de l'hospitalisation privée lucrative. Icade santé est détenue à hauteur de 38,8 % par la CDC et pour 18,4 % par Prédica SA (la filiale assurance du Crédit agricole). Icade s'est spécialisée sur le marché de l'immobilier sanitaire. Elle possède un portefeuille de 135 établissements de santé valorisé à hauteur de 5,5 milliards d'euros. Elle est déjà partenaire de marques reconnues (Elsan, Ramsay santé, Vivalto) ainsi que des groupes régionaux. Icade souhaite également investir le marché des Ehpad et annonce un accord de partenariat avec le groupe Korian. »

Avec cette note, il est apparu difficile de penser à un changement radical de la politique de santé. Ce sentiment a été confirmé par le 4 avril par les déclarations du directeur de l'ARS Grand-Est Christophe Lannelongue selon lequel la restructuration du Centre hospitalier régional universitaire de Nancy, prévoyant la suppression de 598 postes et la fermeture de 174 lits, n'avait aucune raison de ne pas se poursuivre malgré la pandémie[142]. Si quelques jours plus tard il a été limogé[143], on ne peut que se demander si son éviction n'est pas lié davantage à la stratégie de communication de crise du gouvernement qu'à une divergence sur la politique sanitaire.

Il aura fallu attendre le 15 avril pour que le gouvernement précise les déclarations du président du 25 mars et annonce un plan de 110 milliards d'euros, dont 8 milliards pour la santé[144]. Ces financements nouveaux sont destinés à couvrir les dépenses exceptionnelles, tant en termes de matériel que de primes. La prime s'élève de 500 à 1 500 € en fonction de critères géographiques afin de distinguer les territoires très touchés des autres. À cela s'ajoute une majoration de 50% des heures supplémentaires. Dans les deux cas, les versements sont défiscalisés et désocialisés. Encore une fois, la politique de la prime s'impose face au salaire.

Sans revenir sur l'attribution de médailles qui a été assez largement considérée par les professionnels comme une initiative insultante[145], la prime a fait l'objet de nombreuses critiques plus ou moins radicales. Le collectif Hôpital ouvert s'est dit

choqué et humilié car la prime n'est qu'une réponse ponctuelle à la crise sanitaire et permet au gouvernement d'occulter la nécessité de répondre à la crise structurelle que connaît notre Hôpital[146]. Il refuse par ailleurs l'héroïsation portée par le gouvernement et l'idée même que l'engagement professionnel soit en mesure d'être acheté :

« [...] nous, soignants de l'hôpital public, sommes des fonctionnaires d'État, et à ce titre, travaillons à une mission de service public, en l'occurrence le soin. Notre mission est indépendante de la charge de travail, physique ou psychologique qu'elle implique. Aussi, notre actuelle mobilisation n'a rien d'héroïque, elle fait partie intégrante de notre engagement professionnel. Nous ne la menons pas par motivation financière, mais par engagement social et humain. Vouloir y répondre par une gratification monétaire est un affront que nous fait le gouvernement. »

Les annonces ont en outre pris du temps à être suivies d'effets : annoncée le 25 mars, adoptée en conseil des ministres le 15 avril, les décrets d'application n'étaient pas publiés au 5 mai[147]. Dans certains hôpitaux les directions ont prévenu qu'elles ne pourraient pas payer les heures supplémentaires qui devraient se transformer en jours de repos. Alors qu'au cœur de la crise la conflictualité entre l'administration et les professionnels de santé avaient été suspendue, progressivement le contrôle budgétaire a refait surface avec les tensions qui y sont liées. Pour ces raisons, les professionnels ont repris le travail de mobilisation pour éviter « le retour à l'anormal, comme avant » [148].

Le 17 mai est annoncé un Ségur de la santé visant à produire par la concertation le « plan massif » proposé par le président le 25 mars. Au moment même où allait commencer les débats, le gouvernement faisait savoir que la dette accumulée pendant la période du covid-19 serait supportée par la Sécurité sociale, via la CADES, et non l'État. Or, l'augmentation massive de la dette est liée à la décision de l'État de suspendre le versement des cotisations et d'améliorer certaines prises en charge.

Pourquoi ce n'est pas à l'État de supporter les coûts de son incapacité à anticiper et gérer la pandémie ? L'économiste Michael Zemmour souligne qu'en faisant ce choix la Sécurité sociale devra payer près d'une dizaine de milliards d'euros par an pour le remboursement de la dette contre seulement un milliard si l'État l'avait prise à sa charge[149]. Le remboursement de la dette devra se faire au détriment du versement de prestations sociales et au prix de nouvelles mesures d'austérité budgétaire. Dès la fin du mois de mai, il était donc entendu que la Sécurité sociale continuerait à subir le fardeau de la dette.

Les négociations du Ségur de la Santé, dirigées par l'ancienne dirigeante de la CFDT Nicole Notat[150], ont été longues (25 mai – 10 juillet) et ont été rythmées par des manifestations, notamment les 16 et 28 juin. Les deux mesures principales sont l'augmentation de la rémunération des professionnels à hauteur de 8,2 milliards d'euros annuels (7,6 milliards pour les métiers non-médicaux, 450 millions pour les

médecins et 200 millions pour les étudiants) et un plan d'investissement de 19 milliards d'euros[151]. Mais comment juger les résultats du Ségur ? Peut-on parler d'un « changement de philosophie » comme l'indique le journal *Le Monde*[152] ?

Concernant les 19 milliards d'euros d'investissements, 13 milliards d'euros portent sur la reprise de la dette (c'est-à-dire des investissements passés) et 6 milliards d'euros sur des investissements nouveaux. Ces 6 milliards d'euros devront être partagés entre l'investissement numérique (2 milliards) et le secteur médico-social (1,5 milliards). Il n'y aura donc que 2,5 milliards d'euros d'investissements nouveaux pour l'hôpital, le tout étant lissé sur 5 ans – soit 500 millions d'euros par an.

Du côté des 13 milliards d'euros de reprise de la dette, il faut se rappeler que 10 milliards d'euros de reprise avaient été prévus en novembre 2019 (cf. section 1.). N'ayant pas d'éléments permettant de penser que les 13 milliards du Ségur s'ajoutent aux 10 milliards de novembre 2019, il s'agit très probablement d'une rallonge de la reprise de la dette de 3 milliards d'euros. Rappelons enfin d'ailleurs que la reprise de la dette est conditionnée par l'acceptation de plans de restructuration décidé par l'État.

Concernant les 8,2 milliards d'euros de revalorisation des rémunérations, la communication du gouvernement a massivement insisté sur les 180€ nets d'augmentation par mois pour les personnels non médicaux. C'est une hausse significative, surtout si on se rappelle des faibles résultats de mobilisation historique de 2019, mais elle est loin de la revendication de 300 €, qui n'a pour objectif que de ramener les salaires français à la moyenne des pays de l'OCDE. L'augmentation aura lieu en deux fois et les soignants devront attendre mars 2021 pour percevoir l'intégralité des 180€. Cette rémunération prendra vraisemblablement la forme de primes et non de salaires.

Il reste une incertitude sur les bénéficiaires de ces hausses. Les stratégies d'externalisation de certains métiers (entretien, restauration, hôtellerie, etc.) vont-elles exclure ces salarié·e·s ? Les négociations sur les grilles salariales sont renvoyées à plus tard. Encore une fois, la question des salaires est esquivée au profit d'une stratégie de primes. Comme dans le reste de la fonction publique et du privé, la lutte contre le salaire, mesuré au point d'indice ou non, reste la règle. Autre point important, le Ségur prévoit 15 000 embauches mais il s'agit en réalité de 7 500 supports de postes nouveaux, la différence étant le nombre de postes vacants avant la crise – soit 7 500 postes supplémentaires pour 1,115 millions d'agents de la fonction publique hospitalière.

Au total, le prétendu « plan massif » pour l'hôpital est constitué de primes pour les professionnels à hauteur de 8,2 milliards, de 500 millions d'euros d'investissements par an pendant 5 ans et de la reprise de 3 milliards d'euros de dette. Il faut rajouter aux mesures du Ségur, le plan de 10 milliards de reprise de la dette hospitalière décidé en novembre et les 3,5 milliards d'investissements prévu par le Ségur mais ne concernant pas exclusivement l'hôpital. Notons enfin qu'à aucun moment n'est faite la distinction entre l'hôpital public et l'hôpital privé.

Si les mesures du Ségur de la santé sont significatives par rapport à l'histoire récente de l'hôpital, il faut les relativiser à l'aune de la situation : 20 ans d'austérité et... une crise sanitaire et économique inconnue en France depuis la Seconde Guerre mondiale. De plus, le Ségur de la santé esquive beaucoup de problèmes centraux dans l'organisation du système de soin[153].

Rien n'a été dit sur la structure du pouvoir dans les hôpitaux. Si les hôpitaux sont devenus des petites entreprises, ils sont piétés et poignés par leur hiérarchie : ARS et ministère. A quand une démocratisation de l'hôpital public ? A quand une re-démocratisation de la sécurité sociale ? Il ne suffit pas de dire qu'il faut plus de financement, il faut encore que ces financements puissent être utilisés en dehors des logiques marchandes et bureaucratiques. Pourquoi ne pas redonner le pouvoir aux travailleurs et aux cotisants ?

Rien n'a été dit sur le financement des mesures annoncées. Jusqu'à maintenant, chaque dépense nouvelle dans l'ONDAM était financée par des économies sur d'autres postes de l'ONDAM – si bien que les ministres peuvent dire sans mentir qu'ils augmentent les budgets alors qu'ils les baissent ! La gloire de l'hôpital public a été fondée sur l'augmentation progressive de la cotisation sociale – et non par de l'impôt ou de l'emprunt (public ou privé). Si à court/moyen terme on peut laisser filer la dette, est-ce que cela sera au prix de plus d'austérité demain ?

Rien n'a été dit l'hôpital entreprise. Le premier problème de l'hôpital est le niveau des dépenses, trop faible (ONDAM). Le fait d'imposer à l'hôpital de se comporter comme une entreprise à but lucratif, avec par ex la T2A, n'est en fin de compte qu'une méthode de rationnement. Si la question du budget est plus importante, celle de l'organisation compte énormément pour les travailleurs. Va-t-on en finir avec l'industrialisation des soins ? La gestion par objectifs quantifiés de productivité ? la logique de concurrence ? Le minutage de tous les temps ?

Rien n'a été dit sur l'articulation ville-hôpital. La souffrance à l'hôpital provient de l'absence complète de régulation de la médecine de ville – où il est plus difficile de contrôler l'évolution des dépenses. On peut vouloir réduire la place de l'hôpital, uniquement à condition que les structures de ville suivent (médical, médico-social, etc.). Or, en raison des coûts et de la désorganisation du système, l'hôpital public est souvent un refuge nécessaire pour de nombreuses personnes (malades ou non).

Rien n'a été dit sur l'articulation du privé et du public. Au contraire, certains syndicats se sont plaints de l'absence de séparation des mesures. Il faut dire que le privé à but lucratif s'organise depuis plusieurs années pour se développer où c'est rentable, au risque d'accroître les inégalités.

Si on peut comprendre que certains syndicats aient signé les accords de Ségur, ce qui est pris n'étant plus à prendre, il serait illusoire que de croire que les mesures du Ségur seront suffisantes pour améliorer le système de santé. L'accord salarial permet aux

travailleurs de serrer les dents un peu plus dignement mais que va-t-il se passer avec tout le reste ?

Pour toutes ces raisons la mobilisation des professionnels hospitaliers a connu un regain significatif dès avant la fin du Ségur de la Santé. Par exemple, le syndicat Sud Santé Sociaux a déposé un préavis de grève illimité à compter du 22 mai au CHU de Bordeaux pour protester contre les primes et la faiblesse de la réponse politique à la crise sanitaire[154]. Par un communiqué du 26 mai, le collectif inter-urgence s'indigne de ne pas être invité aux négociations du Ségur au motif qu'il serait une organisation sectorielle (services des urgences) alors qu'il a été à l'origine du mouvement de 2019. Le 29 mai, tandis que la CFDT se dit prête à accepter des accords locaux pour remettre en cause les 35 heures, les autres syndicats s'insurgent contre cette perspective et préparent de futures mobilisations dans la rue[155]. Le 2 juin, le syndicat Sud Santé Sociaux décide de quitter les négociations du Ségur en raison d'écart trop important entre les revendications et les propositions du gouvernement[156].

Avec l'assassinat de Georges Floyd le 25 mai aux États-Unis et la naissance du mouvement *Black lives matter*, la reprise des manifestations s'accélère en France. Les mobilisations du 2 et du 13 juin autour du comité Vérité pour Adama ont supprimé l'effet tétanisant du covid-19 sur la contestation politique. Le 16 juin a lieu la première grande manifestation de soignants depuis le début de la crise sanitaire. Plus de 220 rassemblements ont été organisés comptabilisant au total plusieurs dizaines de milliers de personnes[157].

Le 20 juin l'association Attac et le collectif inter urgence ont aspergé du faux sang sur l'entrée du ministère de la santé[158]. Une nouvelle grande manifestation est organisée le 30 juin[159], à ce moment-là le gouvernement propose 6,3 milliards d'euros de revalorisations (8,2 milliards au final). La fin du Ségur n'apaise que très modérément les tentions durant l'été. Le 14 juillet des contre-manifestations sont organisées pour protester contre les honneurs réservés lors des cérémonies officielles aux soignants[160]. Le 19 août, France info révèle que plusieurs services d'hôpitaux se mettent en grève illimitée, notamment à Laval en Mayenne où la pandémie reprend son développement. La signature des accords du Ségur est un trompe-l'œil car les signataires n'avaient pas pris part au mouvement de grève entamé en 2019[161]. Les professionnels craignent une éventuelle reprise de l'épidémie à l'automne. Le 23 août le Collectif inter-hôpital publie un communiqué démentant l'affirmation du ministre de la Santé Olivier Véran selon lequel les hôpitaux seraient prêts pour la deuxième vague.

Malgré ces protestations, aucune annonce nouvelle n'est venue répondre aux inquiétudes des professionnels mobilisés. Le 3 septembre dernier le gouvernement a présenté son plan de relance de l'économie à 100 milliards. De cette somme, pas un euro de plus n'est consacré à l'hôpital. Le volet santé du plan est constitué par les annonces du Ségur. De même la santé est, d'après un article paru dans *Le Monde*, la « grande oubliée du plan de relance européen » [162].

A la fin de l'été 2020, le « plan massif » pour l'hôpital est introuvable. La politique sanitaire semble par ailleurs rester sur ses dynamiques antérieures : puissance des bureaucraties sanitaires, absence de distinction entre public et privé ce qui permet le développement en silence du capital, approfondissement des investissements numériques (notamment via la télémédecine), promotion de la prime contre le salaire, gouvernement par la dette, refus de la démocratisation des décisions sanitaires, etc.

Il faut reconnaître que les mesures prises pendant la crise du covid-19 sont nettement plus fortes que celles liées au mouvement historique de 2019. Il faut donc dire que c'est la guerre contre le virus bien plus que la lutte sociale qui a rendu possible l'amélioration des rémunérations à l'hôpital. Évidemment, ces mesures restent trop faibles pour faire face aux enjeux de l'hôpital public. On peut se demander si les professionnels pourraient résister à une nouvelle secousse semblable à celle de mars/avril. Cette question est d'autant plus importante que le Plan blanc a été réactivé dès la mi-août dans les Bouches du Rhône[163] faisant craindre un retour massif de l'épidémie à l'automne[164].

Conclusion

Une grande grève et une pandémie plus tard, l'État n'a toujours pas pris des décisions permettant de répondre aux problématiques du système de santé. Cette situation est liée à l'incapacité au refus d'opposer capitalisme sanitaire et sécurité sociale mais surtout à l'oubli des fondements de la sécurité sociale : le conflit non institutionnalisé – contre l'État, contre le capital.

A la suite de la gestion catastrophique de la crise une commission d'enquête parlementaire a été créée[165] et des plaintes ont été déposés contre des ministres, notamment Édouard Philippe[166] et Jean Castex[167]. Mais, pense-t-on réellement que les institutions (parlement, justice, bureaucraties sanitaires, etc.) qui ont co-produit la situation actuelle sont en mesure d'évaluer les responsabilités devant la crise sanitaire et la contribution des années de casse de la Sécurité sociale ?

La pandémie a montré que le gouvernement passe une grande partie de son temps à mentir. Il ment soit directement, par exemple en disant en moins de trois mois que les masques sont inutiles puis qu'ils sont obligatoires sous peine de contravention, soit indirectement par la manipulation des chiffres et des mots, par exemple en annonçant à intervalle régulier des plans d'urgence pour la santé qui sont au mieux très insuffisants et qui au pire supposent de faire des économies ailleurs dans le système de santé.

Il faut s'interroger sur les répertoires d'action des militants favorables à l'extension de la Sécurité sociale. Ce n'est pas facile de critiquer les professionnels qui se sont mobilisés et qui ont tenu l'hôpital à bout de bras pendant la pandémie. Mais ce n'est pas leur rendre service que de ne pas constater que toutes ces mobilisations, comme celles contre la réforme des retraites et de l'université, n'ont pas été efficaces. Pour quelles

raisons les militants prennent encore au sérieux le gouvernement en acceptant ses problématiques et les règles du jeu qu'il impose par la loi – quitte à faire évoluer la loi pour étouffer la contestation ?

On a vu cette année à quelle vitesse les applaudissements quotidiens ont laissé place aux coups de matraque pour les soignants pourtant héroïsés[168]. La volonté du monde de la santé de montrer sa légitimité a atteint ses limites. Les jetés de blouses ou les SOS des hôpitaux n'ont pas eu d'effets avant la crise. La crise que l'on connaît aura à peine suffi à arracher quelques milliards, comme d'autres secteurs pourtant moins sollicités. Peut-être faut-il penser à des stratégies de lutte moins institutionnalisées, plus en phase avec l'histoire de la sécurité sociale ?

Notes

[1] https://www.liberation.fr/direct/element/y-a-pas-dargent-magique-repond-emmanuel-macron-a-une-soignante-qui-deploie-le-manque-de-moyens-des-h_80049/

[2] <https://reporterre.net/La-maternite-de-Die-a-ferme-et-le-petit-Aime-est-mort>

[3] On pourra consulter ici le site internet de l'association qui relaie les actions locales et nationales des militants : <http://coordination-defense-sante.org/>.

[4] <https://www.lci.fr/population/paris-aphp-hopitaux-les-urgentistes-de-l-hopital-saint-antoine-en-greve-illimitee-agressions-2116103.html>

[5] <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/grand-format/inter-urgences-cest-quoi>

[6] On pourra consulter ici le site internet du collectif qui relaie les actions locales et nationales des militants : <https://www.interurgences.fr/>.

[7] <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2019/05/06/les-annonces-apres-le-grand-debat-national>

[8] https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/06/14/urgences-le-gouvernement-debloque-70-millions-d-euros-pour-des-mesures-immediates_5476242_3224.html

[9] https://www.francetvinfo.fr/economie/greve/greve-aux-urgences/hopitaux-queelles-sont-les-revendications-des-soignants-engreve_3484345.html

[10] <https://www.interurgences.fr/2019/08/communique-de-presse-03-juillet-2019/>

[11] <https://www.interurgences.fr/2019/08/communique-du-21-aout/>

[12] <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/pacte-de-refondation-des-urgences>

[13] Objectif national de dépenses d'assurance maladie ; le budget de la santé. Voir la première partie du texte.

- [14] <https://blogs.alternatives-economiques.fr/rcerevue/2020/05/31/les-crisis-de-l-hopital-public-entretien-avec-brigitte-dormont>
- [15] Si une année tel médicament vauX 1€ et que l'année suivante il en vaut 2€, pour être en mesure de prodiguer le même nombre de boîte de ce médicament il faudra plus d'argent. Si le budget reste identique, on devra diminuer la distribution des médicaments d'une année sur l'autre.
- [16] On pourra consulter ici le site internet du collectif qui relaie les actions locales et nationales des militants : <https://www.collectif-inter-hopitaux.org/>.
- [17] Soit plus que l'augmentation tendancielle pour 2020 (3,3 %), autrement dit une augmentation réelle du budget.
- [18] <https://www.syndicat-infirmier.com/Preavis-greve-infirmieres-jeudi-14-novembre-2019-hopital-cliniques-Ehpad.html>
- [19] <https://www.midilibre.fr/2019/11/14/hopital-emmanuel-macron-admet-que-la-crise-est-plus-grave-qu'il-ne-le-pensait,8541807.php>
- [20] <https://www.gouvernement.fr/partage/11283-plan-d-urgence-pour-l-hopital-ma-sante-2022-discours>
- [21] <https://blogs.alternatives-economiques.fr/rcerevue/2020/05/31/les-crisis-de-l-hopital-public-entretien-avec-brigitte-dormont>
- [22] https://www.francetvinfo.fr/economie/greve/greve-du-5-decembre/greve-du-17-decembre-les-personnels-de-l-hopital-mobilises_3748977.html
- [23] <https://sante.lefigaro.fr/article/hopital-plus-de-1000-medecins-menacent-de-demissionner-de-leurs-responsabilites/>
- [24] <https://www.nouvelobs.com/societe/20200115.OBS23498/des-medecins-jettent-leurs-blouses-blanches-contre-le-manque-de-moyens-a-l-hopital.html>
- [25] https://www.francetvinfo.fr/sante/enfant-ado/epidemie-de-bronchiolite-plus-de-5000-enfants-amenes-aux-urgences_3769665.html
- [26] https://www.liberation.fr/debats/2020/01/03/l-appel-des-parents-pour-la-reanimation-pediatrique_1771374
- [27] <https://www.ouest-france.fr/pays-de-la-loire/angers-49000/angers-apres-le-deces-d-un-patient-passe-aux-urgences-la-direction-reagit-6404153>
- [28] https://www.20minutes.fr/faits_divers/2674055-20191213-brest-apres-six-heures-passees-brancard-urgences-homme-86-ans-decede

[29] <https://www.francebleu.fr/infos/societe/video-negligen-competence-une-petite-fille-de-11-ans-meurt-a-l-hopital-necker-sa-maman-temoigne-1580396858>

[30] <https://www.interurgences.fr/2020/02/communiqu-ede-presse-24-fevrier-2020/>

[31] <https://www.la-croix.com/France/Le-premier-Francais-mort-coronavirus-etait-enseignant-IOise-2020-02-26-1201080624>

[32] On peut d'une certaine manière tirer les mêmes conclusions à propos du mouvement contre la réforme des systèmes de retraite et, dans une moindre mesure, du mouvement des gilets jaunes.

[33] <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/politique-de-sante/roselyne-bachelot-personne-nimagina-une-crise-de-cette-violence>

[34] <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/politique-de-sante/claude-evin-une-reponse-adaptee-et-proportionnee>

[35] <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/politique-de-sante/marisol-touraine-loccasion-de-penser-une-veritable-europe-sanitaire-et-sociale>

[36] <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/politique-de-sante/elisabeth-hubert-olivier-veran-le-bon-ton-et-la-bonne-demarche>

[37] https://apps.who.int/gpmb/assets/annual_report/GPMB_annualreport_2019.pdf

[38] <https://theconversation.com/la-france-en-penurie-de-masques-aux-origines-des-decisions-dEtat-134371>

[39] <https://www.fakirpresse.info/Le-vrai-CV-de-Roselyne-Bachelot>

[40] <https://formindep.fr/un-ministre-de-la-sante-ca-ose-tout-cest-meme-a-ca-quin-le-reconnait-2/>

[41] <http://www.slate.fr/france/52325/nicolas-sarkozy-conflits-dinterets-transparence>

[42] Notons que cet épisode n'est pas sans lien avec la remarque de l'OMS sur la perte de confiance dès les gouvernements.

[43] <https://www.nationalgeographic.fr/sciences/2020/04/les-experts-parlent-du-risque-pandemique-depuis-des-decennies-pourquoi-netions>

[44] <https://qg.media/2020/03/26/sur-la-situation-epidemique-par-alain-badiou/>

[45] On trouvera ici le calendrier des actions entreprises par le gouvernement : <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/les-actions-du-gouvernement>.

[46] https://www.francetvinfo.fr/replay-radio/le-vrai-du-faux/coronavirus-agnes-buzyn-a-t-elle-sous-estime-le-risque-de-propagation-en-france_3851495.html

[47] Selon l’OMS, la différence entre pandémie et épidémie est l’ampleur géographique du phénomène. Une pandémie est une épidémie généralisée à large partie de la planète.

[48] <https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-maladies/2622449-plan-orsan-reb-definition-signification-qui-declenche-coronavirus-definition-duree/>

[49] https://www.lemonde.fr/sante/article/2020/02/25/coronavirus-quel-dispositif-sanitaire-en-cas-d-epidemie-en-france_6030770_1651302.html

[50] https://www.lemonde.fr/politique/article/2020/03/16/nous-sommes-en-guerre-retrouvez-le-discours-de-macron-pour-lutter-contre-le-coronavirus_6033314_823448.html

[51] <https://www.lefigaro.fr/elections/municipales/guillaume-tabard-le-casse-tete-municipal-des-ministres-20200120>

[52] https://www.lemonde.fr/politique/article/2020/02/14/benjamin-griveaux-renonce-a-la-mairie-de-paris-apres-la-diffusion-d-images-privees-a-caractere-sexuel_6029533_823448.html

[53] <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/politique-de-sante/jyvais-pour-gagner-buzyn-remplace-griveaux-dans-la-bataille-de-paris-et-devrait-quitter-le>

[54] https://www.lexpress.fr/actualite/politique/coronavirus-quand-agnes-buzyn-remerciait-vivement-anne-hidalgo-pour-sa-mobilisation_2119239.html

[55] https://www.lemonde.fr/politique/article/2020/02/29/reforme-des-retraites-le-gouvernement-annonce-recourir-a-l-article-49-3-pour-faire-adopter-son-projet_6031362_823448.html

[56] https://www.bfmtv.com/people/emmanuel-et-brigitte-macron-au-theatre-pour-inciter-les-francais-a-sortir-malgre-le-coronavirus_AN-202003070063.html

[57] <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2020/03/11/premiere-journee-nationale-dhommage-aux-victimes-du-terrorisme-suivez-la-ceremonie-au-trocadero>

[58] Le chemin de croix d’Agnès Buzyn, Le monde, 18 mars 2020.

[59] https://www.huffingtonpost.fr/entry/coronavirus-la-reforme-des-retraites-suspendue-annonce-macron_fr_5e6fd329c5b60fb69ddc13c9

[60] https://www.lemonde.fr/politique/article/2020/05/15/les-municipales-n-auraient-pas-contribue-statistiquement-a-la-propagation-du-covid-19_6039720_823448.html

[61] « Cette pandémie est un désastre que nous avons nous-mêmes créé », Le monde, 24 juin 2020.

[62] <http://nakedkeynesianism.blogspot.com/2020/03/world-war-ii-not-new-deal-is-model-for.html?m=1> ;

<https://www.theguardian.com/commentisfree/2020/mar/24/coronavirus-crisis-change-world-financial-global-capitalism>;

<https://legrandcontinent.eu/fr/2020/05/12/economie-de-pandemie-economie-de-guerre/>

[63] <https://www.project-syndicate.org/commentary/covid-19-america-response-wwii-mobilization-by-james-k-galbraith-2020-03?barrier=accesspaylog>

[64] <https://blogs.mediapart.fr/maxime-combes/blog/200320/non-nous-ne-sommes-pas-en-guerre-nous-sommes-en-pandemie-et-cest-bien-assez>

[65] Par ailleurs, l'idée selon laquelle l'économie de guerre conduit à l'union sacrée oublie qu'historiquement, si les États cherchent à réaliser l'union sacrée derrière leur projet, de nombreuses résistances populaires s'y refusent.

[66] <https://www.mediapart.fr/journal/economie/030420/cedric-durand-l-enjeu-de-cette-crise-est-de-planifier-la-mutation-de-l-economie?onglet=full>

[67] <https://www.contretemps.eu/sante-publique-economie-democratique/>

[68] <https://blogs.mediapart.fr/les-invites-de-mediapart/blog/190320/comment-gerer-une-economie-de-guerre-quelle-union-sacree>

[69] <https://www.vie-publique.fr/fiches/273947-quest-ce-que-l-État-durgence-sanitaire>

[70] https://www.lemonde.fr/politique/article/2020/03/25/la-crise-sanitaire-ne-peut-pas-etre-la-porte-ouverte-a-tout-l-opposition-politique-monte-au-creneau-contre-les-ordonnances-gouvernementales_6034415_823448.html

[71] https://www.liberation.fr/france/2020/03/26/droit-du-travail-les-syndicats-mefiants_1783233

[72] <https://www.leparisien.fr/societe/coronavirus-entre-macron-et-le-conseil-scientifique-des-divergences-de-fond-08-05-2020-8313033.php>

[73] <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/olivier-veran-installe-un-conseil-scientifique>

[74] <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Hcsp>

[75] <https://www.mediapart.fr/journal/france/020420/masques-les-preuves-d-un-mensonge-d-État?onglet=full>

[76] <https://www.mediapart.fr/journal/france/100420/masques-apres-le-mensonge-le-fiasco-d-État>

- [77] https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/faut-il-porter-un-masque-pour-se-protger-du-coronavirus_3798505.html
- [78] https://www.bfmtv.com/sante/coronavirus-dans-quels-cas-faut-il-porter-un-masque-sanitaire_AN-202002240098.html
- [79] https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/08/29/six-mois-de-consignes-sur-le-masque-en-france_6050316_3224.html
- [80] <https://www.ouest-france.fr/sante/masques-de-protection/entreprises-elisabeth-borne-envisage-des-assouplissements-sur-le-port-systematique-du-masque-6952772>
- [81] <https://www.ladepeche.fr/2020/09/12/on-vous-explique-laffaire-anthony-smith-cet-inspecteur-du-travail-dont-la-sanction-a-provoque-une-polemique-9066791.php>
- [82] <https://www.mediapart.fr/journal/france/030520/covid-19-des-masques-grand-public-pour-cacher-la-penurie>
- [83] L'effort de production s'est aussi reporté sur le travail gratuit des détenus de la prison de Val de Reuil : <https://www.sudouest.fr/2020/04/21/les-detenus-d-une-prison-normande-participent-a-l-effort-national-en-fabriquant-des-masques-7429000-10618.php>.
- [84] <https://www.publicsenat.fr/article/debat/en-pleine-surproduction-de-masques-en-tissus-made-in-france-l-État-distribue-650-000>
- [85] <https://www.mediapart.fr/journal/france/290420/tests-covid-19-la-defaillance-organisee-au-sommet-de-l-État?onglet=full>
- [86] <https://france3-regions.francetvinfo.fr/hauts-de-france/interview-covid-19-tests-monde-ment-on-ne-pourra-pas-faire-700-000-tests-affirme-pr-froguel-1823368.html#xtor=RSS-3-%5Blestires%5D>
- [87] <https://www.franceculture.fr/societe/covid-19-700-000-tests-par-semaine-un-objectif-trop-ambitieux>
- [88] https://www.liberation.fr/france/2020/04/02/dans-les-coulisses-des-tgv-medicalises_1784031
- [89] https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/03/23/coronavirus-voici-a-quoi-ressemble-l-hopital-militaire-installe-a-mulhouse_6034110_3244.html
- [90] <https://www.mediapart.fr/journal/france/200320/les-services-de-reanimation-se-preparent-trier-les-patients-sauver>
- [91] La typologie comprend trois autres cas : les morts acceptables (patients très âgés ou polyopathologiques), les morts inévitables (patient au-delà de toutes ressources thérapeutiques du fait de la sévérité de la maladie ou du terrain) et les morts

inacceptables (patients jeunes sans comorbidités majeures dont la mort était évitable).

[92] <https://www.notretemps.com/famille/guide-aidants/la-moitie-des-personnes-deceees-sont-des-residents-d-ehpad,i218915>

[93] <https://www.marianne.net/societe/des-personnes-agees-auraient-probablement-pu-etre-sauvees-le-refus-d-hospitalisation-de>

[94] <https://www.leparisien.fr/oise-60/coronavirus-rien-de-transparent-dans-les-deces-de-l-ehpad-a-crouy-en-thelle-selon-les-familles-03-04-2020-8293851.php>

[95] https://www.bastamag.net/tri-des-patients-covid-handicap-reanimation-deces-etablisements-medicaux-sociaux?utm_source=actus_lilo

[96] A ce sujet, un article paru en juillet estime que le coût médico-économique du confinement a été supérieur à ses avantages médico-économiques. Ce calcul, qui suppose d'attribuer une valeur monétaire aux années de vies, peut être consulté ici : <https://www.dailymail.co.uk/news/article-8555171/The-cost-lockdown-Britains-economy-not-worth-lives-saved-study-claims.html>.

[97] <https://www.rfi.fr/fr/france/20200331-coronavirus-la-france-accepte-m%C3%A9decins-cubains-d%C3%A9partements-doutre-mer>

[98] https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/coronavirus-cuba-envoie-15-medecins-en-renfort-en-martinique-une-premiere-sur-un-territoire-francais_4023489.html

[99] https://planetes360.fr/singapour-le-tracage-par-appli-degenere-en-surveillance-de-masse/?feed_id=29769&unique_id=5eb65f58123ec

[100] <https://www.contretemps.eu/big-data-coronavirus-sante-publique/>

[101] https://www.bfmtv.com/tech/vie-numerique/christophe-castaner-le-tracage-numerique-contraire-a-la-culture-francaise_AN-202003270132.html

[102] https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/04/08/stopcovid-l-application-sur-laquelle-travaille-le-gouvernement-pour-contrer-l-epidemie_6035927_3244.html

[103] <https://www.lesnumeriques.com/vie-du-net/stopcovid-premier-bilan-pour-l-application-de-suivi-des-contacts-n150985.html>

[104] <https://www.rtl.fr/actu/politique/stopcovid-le-premier-ministre-jean-castex-admet-l-echec-de-l-application-7800749612>

[105] https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/stopcovid-un-flop-qui-coute-cher_4005091.html

[106] <https://www.rtl.fr/actu/justice-faits-divers/stopcovid-anticor-saisit-la-justice-pour-des-soupcons-de-favoritisme-7800587523>

[107] <https://www.mediapart.fr/journal/france/170420/l-assemblee-les-gauches-dessinent-une-autre-politique-face-la-crise>

[108] Rappelons que la création de l'impôt sur le revenu en France date de 1914 dans un contexte de guerre.

[109] <https://www.lesechos.fr/economie-france/budget-fiscalite/fonds-de-solidarite-lappel-aux-dons-de-gerald-darmanin-conteste-1190586>

[110] https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/le-decryptage-eco-le-coronathon-de-gerald-darmanin_3872175.html

[111] <https://www.lefigaro.fr/culture/le-mobilier-national-cede-certains-de-ses-tresors-pour-soutenir-les-hopitaux-20200430>

[112] <https://lvsl.fr/brader-la-culture-pour-soutenir-les-hopitaux-la-vente-du-mobilier-national-est-un-faux-choix/>

[113] <https://www.humanite.fr/lhopital-de-montauban-la-tombola-de-la-honte-pour-les-soignants-689986>

[114] <https://www.parismatch.com/Actu/Sante/Le-gel-hydroalcoolique-produit-par-LVMH-commence-a-etre-distribue-1679224>

[115] https://www.huffingtonpost.fr/entry/du-gel-hydroalcoolique-lvmh-vendu-chez-carrefour-le-groupe-plaide-lerreur_fr_5ece2923c5b6367232b0c46a

[116] <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/500436/2275475/version/2/file/CP-CLIO-sant%C3%A9-masques.pdf>

[117] https://www.mediapart.fr/journal/france/030520/masques-l-État-s-efface-derriere-les-supermarches?utm_source=twitter&utm_medium=social&utm_campaign=Sharing&xtor=CS3-67

[118] <https://www.leparisien.fr/high-tech/l-ap-hp-va-imprimer-en-3d-les-equipements-qui-manquent-dans-ses-hopitaux-03-04-2020-8293692.php>

[119] <https://www.leparisien.fr/societe/toulouse-deux-infirmiers-qui-demandaient-des-masques-dans-un-ehpad-ont-ete-licencies-06-07-2020-8348394.php>

[120] <https://www.ladepeche.fr/2020/05/17/coronavirus-sanofi-sexcuse-apres-avoir-annonce-la-priorite-du-vaccin-aux-États-unis,8891579.php>

[121] https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/06/24/coronavirus-la-guerre-sans-merci-des-laboratoires-pour-un-vaccin_6043964_3244.html

[122] <https://www.contretemps.eu/lutte-classes-travail-covid/>

[123] <https://www.lesimprimantes3d.fr/fin-mouvement-makers-visieres-3d-20200518/>

[124] <https://www.mediapart.fr/journal/france/160520/les-mutations-tres-politiques-de-la-societe-francaise>

[125] <https://www.contretemps.eu/crise-covid19-economique-sanitaire-Etat/>

[126] https://www.liberation.fr/amphtml/france/2020/06/26/pour-l-assurance-maladie-les-recours-aux-soins-ne-reviendront-pas-a-la-normale-avant-l-automne_1792377

[127] http://www.odds93.fr/?babrw=racine/menuhaut/realisations-/portrait-social/babArticle_263

[128] Les résultats présentés ici concernent les données disponibles au 24 avril. Depuis les données ont été régulièrement mises à jour.

[129] Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19 – État des lieux et perspectives, DREES (10-07-20).

[130] <https://theconversation.com/le-coronavirus-revelateur-des-inegalites-territoriales-francaises-137315>

[131] <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.07.09.20149955v1>

[132] <https://legrandcontinent.eu/fr/2020/09/05/une-pandemie-de-la-pauvrete/>

[133] <https://www.streetpress.com/sujet/1589211379-sans-rer-et-banlieusards-coeur-paris-s-arrete-de-battre>

[134] <https://www.voici.fr/news-people/actu-people/emmanuel-macron-pourquoi-a-t-il-retarde-le-debut-de-son-allocution-ce-lundi-678408>

[135] <https://www.youtube.com/watch?v=7lm1cScE92o>

[136] <https://www.ouest-france.fr/sante/virus/coronavirus/coronavirus-environ-4-des-personnels-de-l-ap-hp-ont-ete-infectes-par-le-covid-19-6816052>

[137] <https://www.lefigaro.fr/actualite-france/26-medecins-liberaux-en-activite-sont-morts-du-covid-19-en-france-20200605>

[138] https://www.bfmtv.com/sante/coronavirus-au-moins-50-000-soignants-contamines-en-france_AN-202006110067.html

[139] <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/recensement-national-des-cas-de-covid-19-chez-les-professionnels-en-etablissements-de-sante>

[140] <https://www.leparisien.fr/societe/le-covid-reconnu-maladie-professionnelle-pour-certains-soignants-11-09-2020-8382861.php>

[141] <https://www.mediapart.fr/journal/france/010420/hopital-public-la-note-explosive-de-la-caisse-des-depots?onglet=full>

[142] <https://www.estrepublicain.fr/edition-nancy-et-agglomeration/2020/04/04/l-avenir-du-chru-de-nancy-la-meme-vision-exigeante>

[143] https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/04/08/l-elysee-decide-de-limoger-christophe-lannelongue-directeur-de-l-ars-grand-est_6036037_3244.html

[144] <https://www.lefigaro.fr/economie/Édouard-philippe-annonce-une-prime-de-500-a-1-500-euros-pour-les-soignants-20200415>

[145] <https://www.publicsenat.fr/article/politique/primes-et-medailles-des-mesures-gadgets-pour-les-soignants-182529> ; <https://www.europe1.fr/sante/les-soignants-recompenses-par-des-medailles-derriere-le-geste-symbolique-la-foret-des-revendications-3968785>

[146] <https://blogs.mediapart.fr/hopital-ouvert/blog/070520/covid-la-colere-en-primes-opposition-de-soignants-aux-primes-covid>

[147] <https://www.lesechos.fr/politique-societe/societe/coronavirus-les-soignants-sans-prime-ni-reconfort-1202327>

[148] <https://www.mediapart.fr/studio/portfolios/de-nuit-entre-deux-gardes-des-soignants-infatigables-relancent-leur-mobilisation-pour-lhopital>

[149] https://www.lemonde.fr/idees/article/2020/05/26/michael-zemmour-les-assurances-sociales-n-ont-pas-a-supporter-la-dette-due-au-covid_6040735_3232.html

[150] Elle était secrétaire générale de la CFDT lors du plan Juppé de 1995 qu'elle a soutenu.

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

[152] « 33 mesures pour réformer le système de santé », *Le monde*, 23 juillet 2020.

[153] <https://www.alternatives-economiques.fr/segur-de-sante-faux-semblants-vrais-enjeux/00093002>

[154] <https://www.revolutionpermanente.fr/Preavis-de-greve-au-CHU-de-Bordeaux-pas-de-primes-mais-des-moyens-pour-l-hopital-public>

[155] <https://www.revolutionpermanente.fr/Hopital-public-La-CFDT-prete-a-des-accords-locaux-pour-remettre-en-cause-les-35h>

[156] Parce que nous voulons continuer à défendre l'hôpital public, la Fédération SUD santé Sociaux claque la porte du Ségur, Communiqué presse SUD santé, 2 juin 2020.

[157] https://actu.fr/societe/manifestation-des-soignants-retour-en-images-sur-la-mobilisation-du-16-juin-en-france_34323551.html

[158] <https://www.midilibre.fr/2020/06/20/attac-et-inter-urgences-aspergent-lentree-du-ministere-de-la-sante-de-faux-sang,8941580.php>

[159] https://actu.fr/ile-de-france/paris_75056/manifestation-des-soignants-a-paris-nos-images-a-retenir_34664296.html

[160] https://actu.fr/ile-de-france/paris_75056/en-direct-14-juillet-a-paris-une-manifestation-de-soignants-et-de-gilets-jaunes_34936085.html

[161] https://www.huffingtonpost.fr/entry/coronavirus-le-blues-des-soignants-avant-une-rentree-a-hauts-risques_fr_5f3fb65ec5b6763e5dc22584

[162] https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/08/21/la-sante-grande-oubliee-du-plan-de-relance-europeen_6049543_3244.html?utm_term=Autofeed&utm_medium=Social&utm_source=Twitter#Echobox=1598036774

[163] <https://marsactu.fr/bref/covid-19-le-plan-blanc-active-dans-les-hopitaux-des-bouches-du-rhone/>

[164] <https://legrandcontinent.eu/fr/2020/08/31/covid-19-deuxieme-vague/>

[165] https://www.lemonde.fr/politique/article/2020/09/24/commission-d-enquete-sur-le-covid-19-au-senat-agnes-buzyn-et-sibeth-ndiaye-sous-le-feu-des-critiques_6053388_823448.html

[166] https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/coronavirus-63-plaintes-deposees-contre-Édouard-philippe-et-ses-ministres_3963977.html

[167] https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/09/17/une-association-de-victimes-du-covid-19-porte-plainte-contre-jean-castex_6052587_3224.html

[168] <https://www.frustrationmagazine.fr/nos-heros-soignants-ont-ete-gazes-matraques-et-tires-par-les-cheveux-par-nos-policiers-republicains/>