

ÉDITO

FAIRE FACE

Pendant la presque totalité de cette année 2020, nous avons vécu avec la pandémie Covid 19. Notre pays n'est pas le seul à avoir été en situation difficile pour y faire face. Sous prétexte d'économies, année après année, l'hôpital public et le système de santé français ont été privés délibérément des moyens financiers et humains suffisants. Ceci s'est traduit en particulier dans les EPHAD à la fois par un très grand nombre de morts de la COVID-19 et par les mesures d'isolement de leurs résidents. Les personnes les plus touchées (COVID, précarité, chômage, ...) sont les personnes défavorisées et en ce reconfinement, les associations constatent une augmentation des situations de grande difficulté. Cependant, l'application de mesures barrières diversifiées (cf. article de Jacques Haiech) diminue la transmission du virus ; les soignants ont appris sur la maladie, ce qui permet une meilleure adaptation des soins, diminuant la mortalité tandis que l'espoir d'un vaccin ou d'un traitement se rapproche.

Dans la succession des annonces et des mesures décidées par les gouvernements E. Philippe et J. Castex, on perçoit des choix imposés face à cette situation. La priorité est donnée à l'économie du pays (aides aux entreprises sans toujours les contreparties nécessaires, chômage partiel) tout en poursuivant l'équipement en matériels médicaux ou l'indemnisation dans le secteur culturel. La communication joue plus sur la peur que sur la rationalité et l'esprit critique de la population, comme les déclarations de J. Castex du 12 novembre sur le renforcement des contrôles

le confirment. Un doute légitime sur le timing ou le bien fondé des mesures en termes de santé publique s'exprime : les masques étaient inutiles quand les gouvernements successifs n'avaient pas prévu de stock, puis ils ne sont devenus un élément de protection essentiel que lorsqu'ils ont été disponibles à nouveau (commandes à la Chine, mobilisations industrielles et artisanales)! Ou encore les étudiant.e.s des Universités devaient avoir cours en distanciel mais pas celles et ceux des classes prépas ou BTS des lycées. La situation sanitaire, les actions des personnels et des usagers ont amené l'éducation nationale à mettre en place des parcours hybrides en lycée (mais pas de ½ classe en collège et primaire) parfois sans les moyens de les faire fonctionner et des tests antigéniques vont être proposés aux personnels enseignants.

La fatigue de ces longs mois de restrictions et la défiance vis-à-vis des gouvernements conduisent parfois à des dérapages complotistes ou plus simplement pour certains à un déni de la dangerosité de ce virus, considéré comme seulement un de plus. Avec des statistiques de mortalité, ils disent par exemple que nombre de victimes seraient décédées d'autres causes. C'est une façon effrayante de considérer que la vie d'un individu peut être écourtée sans problème tant que les statistiques sont globalement respectées. De plus, on sait que même quand la Covid-19 ne tue pas, elle laisse des séquelles parfois durables, même chez les plus jeunes.

« Et « en même temps », que font E. Macron / J. Castex / les parlementaires ? Ils profitent de la crise sanitaire et de notre difficulté à agir dans ce contexte :

- Passage en force de la Loi Programmation Recherche qui normalise et généralise la précarité des enseignants chercheurs, aggravée par les amendements (du Sénat) validés par la Commission Mixte Paritaire :

* Suppression de la qualification par le CNU des MCF pour l'accès au corps des Professeurs, et dérogation à titre expérimental jusqu'en 2024 pour l'accès au corps des MCF votées avec la bénédiction de la ministre F. Vidal. (Ici, le **lien vers la pétition à l'initiative de la CP CNU** : <http://chnng.it/y97MP6Hc>)

* Mais aussi pénalisation de manifestations non autorisées dans l'enceinte des universités.

- ... pour faire de la place dans le calendrier parlementaire pour maintenir une réforme des retraites,¹ ;

- Projet de Loi de financement de la Sécurité Sociale ne répondant pas aux besoins réels, en matière de lits et de

personnels soignants, tout en instaurant un forfait pour passage aux urgences sans hospitalisation ! ;

- Discussion d'une proposition de loi punissant la diffusion d'images de policiers et instaurant l'usage de drones et de la reconnaissance faciale lors de manifestations.

Une mention particulière à J. M. Blanquer pour avoir dit que l'« islamo-gauchisme faisait des ravages à l'université », reprenant une formule de l'extrême droite. Cette attaque a suscité l'émoi dans la communauté universitaire et éducative, et de multiples réactions.

En dernier lieu, l'islamisme radical s'est encore déchaîné avec en France l'assassinat de notre collègue Samuel Paty, parce qu'il enseignait la liberté d'expression (<https://www.snesup.fr/article/mensuel-ndeg-689-no-vembre-2020>) et celui de pratiquants d'un culte (Nice).

Face à ces atrocités, nous, universitaires en retraite, faisons exister la solidarité, la fraternité et la liberté, valeurs essentielles fondatrices du vivre-ensemble et de la démocratie, avec la volonté de maintenir l'esprit critique et la discussion bienveillante

Jean Amar, Jacques Haiech,
Michelle Lauton, Hervé Lelourec
13 novembre 2020

1 Les sénateurs n'ont pas attendu cette discussion puisqu'ils ont adopté (grâce à la majorité LR) un amendement portant à 63 ans l'âge légal de départ en retraite et augmentant la durée de cotisation le 14 novembre !

Pouvoir d'achat, le droit à la santé pour tous et le financement de la perte d'autonomie, agissons

Les retraité.e.s sont invité.e.s à l'action par l'intersyndicale des retraité.e.s pour leur pouvoir d'achat, le droit à la santé pour tous et le financement de la perte d'autonomie : signez en ligne :

https://www.change.org/p/pr%C3%A9sident-de-la-r%C3%A9publique-ne-touchez-pas-au-pouvoir-d-achat-des-retrait%C3%A9s?utm_content=cl_sharecopy_25636467_fr
[FR%3A2&recruiter=344440248&utm_source=share_petition&utm_medium=copypink&utm_campaign=share_petition](https://www.change.org/p/pr%C3%A9sident-de-la-r%C3%A9publique-ne-touchez-pas-au-pouvoir-d-achat-des-retrait%C3%A9s?utm_content=cl_sharecopy_25636467_fr)



- 100 euros de suite pour rattraper notre pouvoir d'achat, à valoir sur la revalorisation des pensions calculée sur l'évolution du salaire moyen.
- Accès à la santé pour tous.
- Prise en charge de la perte d'autonomie à 100 % dans la branche maladie de la Sécurité sociale.

La Sécurité sociale après la Covid 19 : Pas de rupture avec les politiques précédentes

Face à la crise sanitaire historique et à la crise économique et sociale désastreuse que nous connaissons, on pouvait légitimement attendre que la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2021 (LFSS 2021 votée le 27 octobre 2020 à l'Assemblée Nationale) engage une véritable stratégie de rupture à la mesure des enjeux fondamentaux auxquels nous sommes confrontés.

Mais, sans grande surprise, la LFSS s'inscrit dans la continuité des politiques menées depuis de nombreuses années qui ont conduit à la catastrophe actuelle.

Le système de Sécurité sociale n'y a plus pour objectif de répondre aux besoins de tous. Il vise, comme cela existe déjà dans les pays anglo-saxons à mettre en place un système financé et géré par l'État, qui octroie un minimum pour les plus précaires et qui pousse la grande majorité vers le système assurantiel et la capitalisation.

Pour l'essentiel, on continue en effet comme avant, avec l'objectif de réaliser 4 milliards d'euros d'économies. Ces mesures d'austérité sont formulées exactement dans les mêmes termes que dans toutes les lois de financement précédentes : « structuration de l'offre de soins », « amélioration de la performance interne des établissements de santé »....

La Santé

La rectification de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) 2020, liée à l'épidémie de la Covid, malgré un relèvement de 7,6 %, n'a pas été à la hauteur des enjeux.

L'ONDAM pour 2021, en hausse de 3,5 % par rapport à celui de 2020 rectifié, le portant à 224,6 milliards d'euros, reste nettement insuffisant pour faire face aux enjeux sanitaires. Il entraînera inéluctablement de nouvelles fermetures de lits à cause du manque de personnels qui ne cesse de s'aggraver. Alors que toutes les organisations syndicales et professionnelles (médecins) s'accordent pour chiffrer à 100 000 le nombre d'embauches nécessaires pour l'hôpital, 200 000 pour les EHPAD et 100 000 au niveau de l'aide à domicile, les démissions de médecins ou d'infirmier·e·s se multiplient.

Et ce ne sont pas les décisions du Ségur de la santé qui n'ont pas répondu aux attentes des personnels qui vont réellement améliorer la situation : l'augmentation de 180 € par mois en plusieurs phases, est en deçà de ce qui est nécessaire pour rattraper les années de rigueur salariale et encore moins la moyenne des salaires des pays européens.

Et il n'y a pas davantage de mesures indispensables pour assurer les soins de premiers recours dans l'ensemble des territoires, ni pour créer un service public autour des centres de santé, ni pour une juste répartition des professionnels sur l'ensemble du territoire national.

Par contre, ce projet de loi crée un forfait de 18€ (1) pour tout passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation. Dans une France où la désertification médicale touche toutes les régions, où les services d'urgence sont la seule possibilité dans nombre de cas, où les personnes ne peuvent savoir a priori si elles seront hospitalisées ou non, où certains soins ne peuvent être faits que dans les services d'urgence, sans pour autant nécessiter une hospitalisation, cela va créer un frein à l'accès aux soins pour une partie de la population, source de retards de prise en charge, dangereux sanitaire !

De même, la taxation des mutuelles, comme la prise en charge de l'optique et du dentaire par les complémentaires, va entraîner des hausses de cotisations beaucoup plus inégalitaires que ne le serait la prise en charge de la prévention et des soins à 100 % par la Sécurité Sociale comme le revendique la FSU.

(1) 24 € s'il y a des examens radiologiques ou biologiques

La dette

Depuis plusieurs années, les gouvernements imposent à la Sécu de rembourser à marche forcée la dette accumulée depuis la crise financière de 2008. En 2019 le gouvernement décide de ne plus rembourser les exonérations des cotisations des entreprises. En 2020 il impute la facture de la crise sanitaire à la Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale (CADES), caisse dont le déficit va être comblé par les assurés sociaux car il décide fin juillet de prolonger le remboursement de l'endettement au-delà de 2024, date prévue initialement, jusqu'en 2033.

Le budget de la Sécurité sociale, qui doit rendre accessible à chacun « l'état de bien-être physique,

mental et social » dont parle l'OMS dans sa définition de la santé, n'a pas à être une annexe du budget de l'État. La responsabilité de la prise en charge de l'ensemble des risques sociaux doit être collective. La solidarité nationale doit jouer tout son rôle pour des réponses universelles aux besoins de la population. Pour y parvenir, il est urgent de ne plus faire reposer le financement de la protection sociale principalement sur les ménages, mais bien sur toutes les richesses de notre pays.

De même, la reprise d'un tiers des dettes des hôpitaux annoncée pour combler les déficits des hôpitaux se fera, mais au prix de nouvelles restrictions des budgets et au prix de nouveaux regroupements détruisant la proximité.

La 5^{ème} branche

La loi engage la création d'une 5^{ème} branche dédiée à la perte d'autonomie. Elle vise à séparer ce qui relève de la santé et ce qui relève du handicap, alors que ceux-ci sont inséparables, et que la prise en charge devrait se faire au titre de la maladie dans le cadre de la Sécurité sociale avec un financement par la cotisation sociale. Mais là aucun financement nouveau n'est prévu. Il n'y a qu'un transfert de ressources provenant pour l'essentiel de la branche maladie. Pour 90%, il repose sur la CSG confirmant ainsi la logique d'étatisation de cette 5^{ème} branche. Ainsi sa gestion sera confiée à la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) dont la « *gouvernance* » ne repose en rien sur la démocratie sociale qui fonde la gestion de la Sécurité sociale.

Mais au-delà de ce qui est prévu dans cette loi il y a les propositions de Laurent Vachey, inspecteur des finances et ex-directeur de la CNSA pour faire des propositions de financement de la 5^{ème} branche « dépendance ». Il a remis un rapport de plus de 300 pages avec des propositions qui visent à faire financer presque exclusivement cette nouvelle branche par les familles, les salarié.e.s et les retraité.e.s :

- Alignement du taux de CSG des retraités sur celui des actifs,
- Réduction du plafond d'abattement de 10% sur les pensions de retraite,
- Révision des critères d'attribution de l'APA : 300 millions d'euros,
- Réforme de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA),
- Réforme des droits de succession,
- Abaissement du plafond de crédit d'impôt pour un employeur d'aide à domicile,
- Création d'une 2^{ème} journée de solidarité.

Ce n'est pas en faisant référence aux « *jours heureux* » du Conseil National de la Résistance, 75 ans après la mise en place de la Sécurité Sociale que le gouvernement maquillera sa politique d'austérité en matière de santé. Au contraire les défis posés par la situation sanitaire appellent à des mobilisations d'ampleur.

Tentative pour faire adopter une réforme rétrograde des retraites au Sénat

Au détour des débats sur le PLFSS, en pleine crise sanitaire, économique et sociale, pendant le confinement, un sénateur républicain a proposé un amendement qui introduit dans la loi de financement de la Sécurité Sociale une réforme en profondeur du système de retraites actuel en :

- repoussant l'âge légal de départ à la retraite dans un premier temps à 63 ans pour tout le monde dès 2025,
- accélérant l'allongement de la durée de cotisations nécessaires pour bénéficier d'une pension à taux plein (43 ans dès la génération née en 1965).

Cet amendement a été voté par la majorité LR le 14 novembre. Même s'il y a peu de chances qu'il soit validé lors de la navette parlementaire, cette initiative confirme que la (une) réforme des retraites est loin d'être enterrée.

Etablir un protocole sanitaire au plus près des citoyens



Nous recevons presque chaque semaine pour lutter contre la propagation de la Covid, des protocoles sanitaires en contradiction les uns avec les autres et associés à une communication jouant plus sur la peur que sur la rationalité et l'esprit critique de nos concitoyens.

Depuis les années 80, le niveau moyen d'études supérieures s'est accru dans les générations successives.

Faisant le pari de l'intelligence de nos concitoyens et de notre communauté, peut-on construire un protocole sanitaire de manière démocratique en partant des « connaissances certifiées » accumulées depuis le début de la crise sanitaire ?

Définissons pour ce faire l'objectif que nous voulons atteindre dans un protocole sanitaire :

« Nous souhaitons diminuer la circulation du virus ou de manière équivalente faire décroître la probabilité d'être contaminé, en utilisant des moyens non pharmacologiques. »

Pour ce faire, nous avons besoin de connaître l'état actuel des connaissances certifiées et pas seulement les opinions scientifiques de quelques personnalités sur les modes de contaminations. L'état des connaissances évolue dans le temps et dans l'espace. Cela implique que le protocole sanitaire peut aussi évoluer mais cette évolution sera cohérente, progressive et rationnelle.

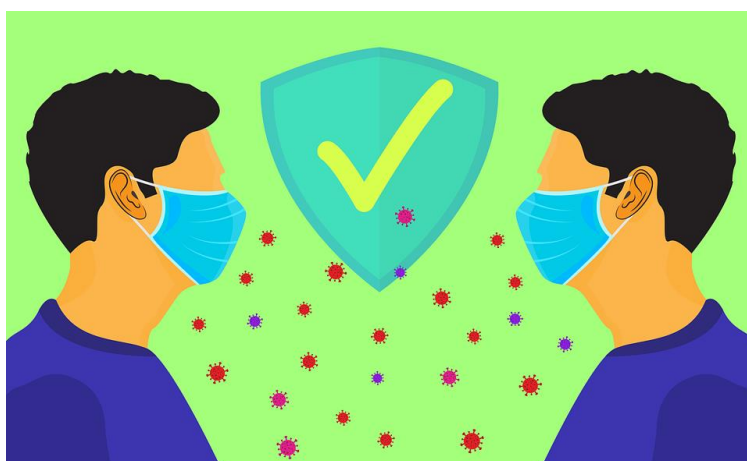
• Quelles sont les connaissances sur lesquelles nous pouvons construire ?



1) Le virus circule d'un individu contaminé vers un individu susceptible d'être contaminé. On a la possibilité de définir à partir de cette affirmation plusieurs populations :

- a. Les individus sains ou non infectés (S)
- b. Les individus infectés (I)
- c. Les individus exposés à des individus infectés et qui selon leur susceptibilité individuelle à l'infection deviendront infectés (E)
- d. Les individus après avoir été infectés, qui ne peuvent plus être réinfectés parce qu'ils sont protégés d'une nouvelle infection ou qu'ils sont décédés (R).

La plupart des modèles épidémiologiques utilisés pour prédire l'évolution de l'épidémie sont des modèles compartimentaux où chaque compartiment correspond à une des populations décrites et où le modélisateur va définir les flux entre les différentes populations (i.e comment un individu sain va être contaminé en prenant en compte des paramètres physiques-âge, comorbidité,...-, des paramètres sociaux -densité de la population, lieux de vie,- et éventuellement des paramètres environnementaux (appelés modèles SEIR dans la littérature scientifique).



2) Nous devons examiner les connaissances sur les modes de contamination. Nous savons que chez une personne contaminée, le virus se trouve majoritairement dans le nez et la gorge, dans l'appareil respiratoire profond (les alvéoles du poumon) et dans le tractus digestif (estomac et intestin). Il est pratiquement absent dans le sang et dans les urines. Les voies de contamination se déduisent de ces observations :

a. Par voie aérienne sous deux formes (aérosols et nuages de gouttelettes virales) :

- i. Des gouttelettes qui restent en suspension dans l'air pendant plusieurs minutes ou plusieurs heures et qui sont générées par l'individu infecté lorsqu'il respire, parle, crie ou chante. La quantité de virus qui est secrétée, dépend de la quantité de virus présente principalement dans le nez et la gorge. Cette quantité s'obtient dans le test PCR et correspond au nombre de cycles nécessaires pour amplifier et donc détecter l'ARN du virus (la valeur Ct obtenue mais pas encore systématiquement utilisée dans l'analyse des résultats d'un test PCR). Les médecins parlent d'aérosols et de voie de contamination aéroportée. La concentration virale est homogène dans la pièce et n'est pas plus forte à proximité d'un individu contaminé.
- ii. Des gouttelettes qui retombent très rapidement sur le sol ou les objets. Elles sont générées par la personne infectée lorsqu'elle tousse ou éternue. Selon la force de l'éternuement ou de la toux, elles peuvent parcourir jusqu'à 8 mètres et mettent quelques dizaines de secondes pour retomber. On parle ici d'un nuage de gouttelettes contenant des virus à proximité de l'individu contaminé.

b. Par le toucher sous forme manuportée :

- i. Les gouttelettes en se déposant contaminent une surface. Nous touchons cette surface avec notre main et inconsciemment, nous portons notre main au visage.
- ii. La contamination peut aussi provenir des selles d'un individu contaminé. Dans certains cas, on a observé une aérolisation des eaux usées conduisant à une contamination via le toucher ou directement en respirant ces aérosols.

• Construction du protocole sanitaire

Notre objectif est donc de diminuer toutes ces formes de contaminations. On peut imaginer une stratégie multi-couches qui a parfois été appelée la stratégie de l'emmental. Chaque couche a des trous mais en les multipliant, on construit un système efficace.

Pour ne pas être contaminé par les gouttelettes ou les aérosols, on peut jouer sur diminuer la concentration virale dans un endroit donné.

La concentration des gouttelettes et des aérosols peut être diminuée en jouant sur trois paramètres :

a. Le port du masque par le sécréteur de virus. Comme on ne le détecte pas systématiquement d'autant plus qu'il est souvent sans symptômes, le port du masque systématique permet de diminuer la diffusion du virus dans l'air et a un effet protecteur sur les autres.



b. Le port du masque par la personne susceptible d'être infectée. Un masque a deux propriétés. Il absorbe les particules virales et il crée un espace étanche à l'air ambiant au niveau du nez et de la bouche. La qualité du masque est en relation avec sa capacité à absorber les particules virales et avec le niveau d'étanchéité qu'il procure au niveau du nez et de la bouche. On peut avoir une contamination par les yeux d'où une protection par des lunettes probablement utile quand la concentration virale est forte.

c. L'aération des espaces clos permettant en remplaçant l'air ambiant par de l'air sans virus (soit par filtration ou par UV) de diminuer la concentration potentielle de virus dans une pièce. On peut objectiver la qualité d'aération d'une pièce en utilisant un détecteur de CO₂ permettant de suivre les variations de gaz carbonique (gaz que nous expirons en même temps que le virus quand nous respirons). Ce type de détecteur peut s'acquérir pour environ 50 euros. Cela permet d'adapter la quantité de personnes présentes dans une pièce avec la qualité de la ventilation.

La contamination manuportée peut être diminuée en :

- 1) Se lavant les mains le plus souvent possible,
- 2) En nettoyant le sol et son environnement de travail deux à trois fois par jour,
- 3) En évitant l'aérolisation des eaux usées ou lorsqu'on tire la chasse des toilettes en fermant l'abattant et en ayant des toilettes en bon état.

On peut aussi diminuer la concentration virale dans un endroit donné si l'on peut **détecter les hyper-secréteurs de virus**. La mesure quantitative du virus dans les fosses nasales ou dans la bouche est probablement le meilleur observable. Pour cela, il faut des tests rapides (15 minutes max) que l'on peut faire à l'entrée d'un bâtiment. C'est ce que permettent maintenant les tests antigéniques rapides.

En conclusion, une stratégie acceptée par tous car logique et compréhensible, combinant aération, port du masque toujours nécessaire en milieu clos et gestes barrières combinés à une détection des hyper-secréteurs par des tests rapides même s'ils sont moins sensibles, permettrait probablement d'éviter un confinement strict générateur à terme d'une crise sociale et économique, de maltraitance dans les EPHAD et de fracture sanitaire intergénérationnelle.

Cette stratégie est complémentaire de la stratégie constituant à détecter, tracer et isoler les personnes infectées et n'a pas vocation à la remplacer.

Nous ne savons pas si les jeunes en fonction de leur âge sont plus ou moins contaminants. L'étude des contaminations dans les écoles maternelles, primaires, collèges et lycées permettrait d'aborder ces questions mais les chiffres communiqués par le ministère semblent erronés et les données ne sont pas en accès libres. De même, les données quantitatives des tests PCR ne sont pas accessibles et analysées, ce qui permettrait de savoir si les contamineurs peuvent être détectés à partir de la quantité de virus présent dans les fosses nasales. Une transparence des données anonymisées au niveau local permettrait de mieux comprendre la transmission y compris dans la cellule familiale et ainsi de mieux gérer les interactions entre générations dans un territoire.

Jacques Haiech
16 Novembre 2020

Appel à témoignages

Nous aimerions savoir comment vous avez vécu cette année, avec les deux confinements successifs.
Nous pourrions l'évoquer dans une prochaine Lettre aux Retraités.e.s .
Pour cela, vous pouvez écrire à retraite@snesup.fr

Cotisation 2020-2021

Il est possible de payer sa cotisation 2020-2021, par prélèvement automatique (<https://www.snesup.fr/adhesion>) ou en adressant votre chèque à votre trésorier de section de votre établissement d'exercice ou directement à SNESUP Trésorerie - 78 rue du Faubourg Saint Denis - 75010 Paris. Le barème est à : https://www.snesup.fr/sites/default/files/fichier/bareme_cotisations_snesup_retraites_2020-2021.pdf