

139/140

REVUE D'ÉCONOMIE FINANCIÈRE

REVUE TRIMESTRIELLE
DE L'ASSOCIATION D'ÉCONOMIE
FINANCIÈRE, N° 139/140
3^e et 4^e TRIMESTRES 2020

NUMÉRO
SPÉCIAL

L'ÉCONOMIE, LA FINANCE
ET L'ASSURANCE
APRÈS LA COVID-19

Risques
Les cahiers de l'assurance

ASSOCIATION D'ÉCONOMIE FINANCIÈRE

Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, déclarée le 11 mai 1987 (J.O. du 3 juin 1987)

Siège social : 56, rue de Lille, 75007 Paris.

MEMBRES

Membres : Agence française de développement, Association française de la gestion financière, Amundi, Autorité des marchés financiers, Autorité des normes comptables, Autorité marocaine du marché des capitaux, Axa, Banque de France, Banque Delubac & Cie, Banque européenne d'investissement, Barclays, BlackRock, BNP Paribas, Bouygues, Bredin Prat, Candriam, Citi, CNP Assurances, Covea, Crédit Agricole, Crédit Mutuel, Deutsche bank, Direction générale du Trésor, Fédération bancaire française, Goldman Sachs Paris Inc. & Cie, Groupe Caisse des Dépôts, HSBC, Idinvest, Kepler Corporate Finance, La Banque Postale, Lazard Frères, Morgan Stanley, Natixis, Paris Europlace, Scor, Société Générale, UniCredit.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Président : Robert Ophèle, *Président, Autorité des marchés financiers*

Membres de droit : Autorité des marchés financiers, Banque de France,
Direction générale du Trésor, Groupe Caisse des Dépôts.

Membres administrateurs : Amundi, Association française de la gestion financière, Axa, Bouygues, Bredin Prat, Covea, Fédération bancaire française, HSBC, La Banque Postale, Morgan Stanley.

Délégué général de l'Association : Sylvain de Forges

Trésorier de l'Association : Olivier Bailly

CONSEIL D'ORIENTATION

Présidents d'honneur

Jean-Claude Trichet, Christian Noyer

Président : François Villeroy de Galhau, *Gouverneur, Banque de France*

Jean-Pascal Beaufret, *Managing director, Goldman Sachs Paris*

Afif Chelbi, *Président honoraire, Conseil d'analyses économiques tunisien*

Benoît Cœuré, *Member of the Executive Board, Banque centrale européenne*

Ambroise Fayolle, *Vice-Président, Banque européenne d'investissement*

Bernard Gaignier, *Président, PwC France*

Antoine Gosset-Grainville, *Avocat à la Cour, BDGS Associés*

Olivier Guersent, *Directeur général, COMP-UE*

Nezha Hayat, *Présidente, Autorité marocaine du marché des capitaux*

Hans-Helmut Kotz, *CFS, Université Goethe, Francfort*

Eric Lombard, *Directeur général, Groupe Caisse des Dépôts*

Pascal Grangé, *Directeur financier, Bouygues*

Robert Ophèle, *Président, Autorité des marchés financiers*

Alain Papiasse, *Chairman CIB, BNP Paribas*

Olivier Pastré, *Conseiller scientifique REF ; Professeur émérite, Paris 8*

Patricia Plas, *Directrice des Affaires publiques et des Relations institutionnelles, Axa*

Emmanuel Moulin, *Directeur général, Direction générale du Trésor*

Rémy Rioux, *Directeur général, Agence française de développement*

Patrick Soulard, *Directeur général, Unicredit*

Augustin de Romanet, *Président, Paris Europlace*

Jean-Luc Tavernier, *Directeur général, Insee*

Didier Valet, *Vice-Président Industrie, Institut Louis Bachelier*

Claire Waysand, *Directrice générale adjointe, Engie*

Les membres du Conseil d'administration sont invités à participer au Conseil d'orientation.

L'HÔPITAL PUBLIC FACE À LA CRISE DE LA COVID-19

Mireille Faugère

Conseillère maître à la Cour des comptes

Présidente, Amref France (1)

■ Quelques mois après le début, en janvier 2020, de l'épidémie de Covid-19, il est permis de tirer quelques enseignements de la prise en charge sanitaire du virus, particulièrement sur la capacité du système hospitalier à faire face à ce choc (2). Des rapports parlementaires et des évaluations indépendantes ont été commandés et publiés, et si l'impréparation des autorités de santé a été vivement dénoncée sur la gestion des masques, des équipements de protection des personnels puis des tests de dépistage, un consensus semble se dégager : le système de soins a été soumis à rude épreuve mais il a tenu bon et a su faire face à l'afflux de patients grâce à une mobilisation exceptionnelle des personnels soignants, à des efforts d'adaptation sans précédent tant au sein des hôpitaux que dans la médecine de ville qui a fait des progrès rapides en téléconsultation.

Loin de discuter ces constats de la première vague de l'épidémie, je me propose ici d'examiner les conditions précises de ces adaptations, et ce qu'elles révèlent de la capacité de réforme, à plus long terme, de l'organisation des soins.

Une crise gérée en fonction de la capacité des services de réanimation

Tout au long de cette crise, les indicateurs que la France a scrutés étaient bien sûr le nombre de personnes affectées par le virus, avec une répartition géographique, et le degré de contagiosité. Nous avons tous étudié, grâce

■ *HOW CAN THE PUBLIC HOSPITAL DEAL WITH COVID-19 CRISIS?*

A few months after the beginning of the Covid-19 epidemic in January 2020, some lessons can be drawn from the health care management of the virus, particularly on the capacity of the hospital system to cope with this shock. Parliamentary reports and independent evaluations have been commissioned and published, and although the unpreparedness of the health authorities has been strongly denounced regarding the management of masks, personal protective equipment and detection tests, a consensus seems to be emerging: the health care system has been put to the test, but it has held up well and has been able to cope with the influx of patients thanks to the exceptional mobilisation of the nursing staff and unprecedented adaptation efforts both within hospitals and in town medicine, which has made rapid progress in teleconsultation. Far from discussing these observations of the first wave of the epidemic, I propose here to examine the precise conditions of these adaptations, and what they reveal about the capacity for reform, in the longer term, of the organisation of care.

à la télévision, les journaux et les réseaux sociaux, les courbes, les projections imaginables, les comparaisons internationales. Mais les alertes sérieuses ont été données surtout lorsque la capacité disponible dans les services de réanimation s'est avérée proche de la saturation, alors que la priorité aux malades de la Covid-19 avait été donnée très tôt. Alors, les points presse réguliers, faits par le Premier ministre et le ministre de la Santé, détaillaient le temps nécessaire pour que le système hospitalier atteigne la capacité cible qui avait été fixée. Les reportages dans les hôpitaux sur la vie au cœur

des services de réanimation ou des urgences étaient nos émissions ou lectures favorites...

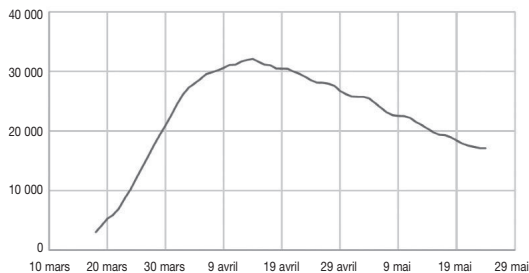
Toutes les mesures coercitives comme celle du confinement ont été prises, monitorées au regard de la sollicitation des services de réanimation. Le nombre de lits de réanimation est ainsi passé de 5 000, ce qui est la capacité nominale en France de ces services dans lesquels sont traitées les défaillances lourdes et multiples à la fois en médecine et en chirurgie, à plus de 10 000 (3). Ce mouvement a été initié avec l'application du plan blanc qui, déclenché début mars, a permis de libérer des capacités d'accueil par la déprogrammation des activités médicales et chirurgicales non indispensables, et amplifié par la réaffectation en services de réanimation, des lits des unités de surveillance continue (USC), au nombre global de 7 000. Ces USC sont des unités dans lesquelles la surveillance est monitorée mais sans suppléance d'organes. Ces services ont été dédiés à la Covid-19, comme des salles de réveil mobilisées pour ces malades ou des blocs opératoires « déshabillés » pour être transformés en unités de réanimation.

Ces réaffectations massives de lieux ont été accompagnées par une commande exceptionnelle de plus de 10 000 respirateurs et surtout par une nécessaire adaptation dans la sollicitation du personnel hospitalier spécialisé (infirmières de bloc, anesthésistes chirurgicaux, etc.).

Cette mobilisation exceptionnelle a permis d'absorber l'arrivée brutale de milliers de patients dans les établissements de santé : le nombre de personnes hospitalisées au titre du virus Covid-19 est passé d'un peu moins de 3 000 patients le 18 mars à plus de 32 000 à la mi-avril (tableau 1) tandis que le nombre de patients en réanimation est passé de 771 au 18 mars à plus de 7 000 trois semaines plus tard.

Pour amplifier ce mouvement de réaffectation car la pression continuait, des mesures inédites ont été décidées avec des évacuations sanitaires pour transférer plus de 660 patients entre la mi-mars et la mi-avril, essentiellement des régions très sollicitées – comme le Grand-Est, l'Île-de-France et la Bourgogne-

Tableau 1 - Evolution du nombre de personnes hospitalisées au titre de la Covid-19 en France



Source : données de Santé publique France.

Franche-Comté – vers des régions plus épargnées – comme la Nouvelle-Aquitaine, la Bretagne, les Pays-de-Loire. Tous les moyens de transport ont été utilisés, TGV médicalisés, hélicoptères, avions, bateaux et ambulances et d'autres transferts ont été opérés vers des pays frontaliers, comme l'Allemagne, le Luxembourg ou la Suisse.

Et d'ailleurs les personnels soignants et administratifs ont fait preuve d'une adaptabilité remarquable. La crise a permis de lever des obstacles administratifs qui paraissaient insurmontables et de faire tomber des barrières entre les services et les catégories de personnels (changements de pratiques, de fonctions, formation en urgence).

La mobilisation du personnel de santé a été exceptionnelle : recours massif aux heures supplémentaires, ajustements entre services, renforts, recours à la réserve sanitaire, appel au volontariat par les agences régionales de santé (ARS) via des plateformes, accueil de personnels d'autres régions, voire réquisitions. Autant de solutions requises pour faire face à l'urgence.

Par l'ensemble de ces mesures on pourrait dire que la mission a été accomplie, et même assez rapidement, quand l'objectif était bien de faire face à l'afflux de patients Covid-19 en réanimation.

Mais à quel prix ? La priorité absolue donnée à la Covid-19 a écarté toutes les autres pathologies et de

nombreuses voix se sont élevées pour dénoncer les probables dégâts du défaut de prévention, de prise en charge des malades chroniques, et les conséquences du renoncement à des soins devenus inaccessibles.

Cette prise de conscience des risques induits par l'éviction des autres pathologies guide d'ailleurs la gestion de la deuxième vague de la Covid-19.

Le rôle des groupements hospitaliers de territoire

Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) n'ont permis une gestion efficace de la crise que là où de vraies réformes avaient commencé. Depuis près de cinquante ans, de multiples supports juridiques ont été proposés aux établissements de santé pour faciliter le développement d'actions de coopération. Après les groupements inter-hospitaliers issus de la loi du 31 décembre 1970, la loi Hôpital, patients, santé, territoire (HPST), dite loi Bachelot, de 2009, a offert aux hôpitaux publics la possibilité de se regrouper en communautés hospitalières de territoire (CHT) sur la base du volontariat et a aussi cherché à favoriser l'utilisation des groupements de coopération sanitaire (GCS) créés en 1996.

Cependant, au vu des résultats décevants, la loi du 26 janvier 2016, relative à la modernisation de notre système de santé, est venue modifier cette logique de coopération hospitalière en introduisant le caractère obligatoire de la participation des établissements publics de santé aux CHT devenues des groupements hospitaliers de territoire (GHT). Il n'est ainsi plus permis aux établissements publics de faire le choix d'exercer leurs missions de manière isolée sur un territoire. Et le législateur a confié deux missions principales aux 136 GHT identifiés sur le territoire :

- accroître l'efficacité de l'offre de soins publique, avec la mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité ;

- rechercher une rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions supports ou par des transferts d'activités entre établissements afin de gagner en efficacité et performance.

Cette réforme de 2016 a-t-elle permis, grâce à ces possibilités d'organisations davantage mutualisées, de gérer plus efficacement une crise comme celle de la Covid-19 ?

La Cour des comptes a réalisé une enquête ⁽⁴⁾ – publiée récemment – sur les groupements hospitaliers de territoire, à la demande de la commission des Affaires sociales du Sénat. Cette enquête n'est pas consacrée à la crise sanitaire, mais elle établit un diagnostic complet sur le demi-succès de l'application de cette réforme. Il y est souligné que les projets médicaux partagés, qui devaient structurer les groupements, ne sont souvent qu'une juxtaposition de projets qui recensent l'existant, pour respecter l'indépendance des médecins, et ne redessinent en rien les contours des services grâce à des transferts entre établissements. Les effets de taille, pourtant indispensables dans un contexte de pénurie d'équipes médicales, ne sont pas atteints et, à défaut de fusion d'établissements ou seulement de décision de management réellement unifié sur tout ou partie de ces groupements, les objectifs ne semblent pas atteints. Mais là aussi, par l'effet bénéfique de leur taille, on constate que les GHT qui bénéficient d'un centre hospitalier universitaire (CHU) s'en sortent mieux que les simples groupements d'hôpitaux généraux.

Quelles sont les observations spécifiques de ces organisations face à la pandémie ?

Les GHT devaient jouer un rôle facilitant en termes de gestion des lits, d'orientation des patients, de coopération territoriale avec le secteur privé et les établissements médico-sociaux et d'approvisionnement en matériels. Sur ce dernier point des succès ont été enregistrés. Ainsi, Santé publique France (comme certaines ARS) a fait des 136 GHT ses principaux interlocuteurs en termes de répartition des moyens individuels de protection entre les 920 établissements de santé ou médico-sociaux membres de GHT.

Certains GHT sont allés au-delà, en apportant une aide ciblée aux équipes hospitalières ou médico-sociales des établissements membres. La Cour des comptes signale que le CHU de Nancy a ainsi déployé huit équipes de dépistage Covid-19 dans les Ehpad associés aux GHT. Des actions de formation au dépistage des personnels soignants du GHT ont été recensées au GHT Lille métropole Flandre intérieure et Hainaut-Cambrésis. Les GHT ont parfois constitué également le cadre de participation à des essais cliniques (GHT des Landes).

Mais là où la réponse territoriale a été la plus forte face à la crise, ce sont dans les GHT qui disposaient d'une direction commune. C'est le cas par exemple en Bretagne pour le GHT Brocéliande-Atlantique, le GHT Bretagne-occidentale ou en Grand-Est avec le GHT Cœur Grand-Est. Ces groupements ont procédé à une réorganisation de leurs activités de soins permettant à la fois d'accroître leurs capacités de dépistage, d'orientation des patients, de prise en charge en service de médecine, de soins continus ou de réanimation. Certaines organisations ont permis d'effacer les limites juridiques posées par la notion d'établissement au sein d'un même groupement. Ainsi pour le GHT Cœur Grand-Est, fortement touché par l'épidémie, la répartition du personnel soignant, du matériel (masques, blouses, solutions hydro-alcooliques) et des médicaments s'est faite en fonction du besoin des soignants, évitant ainsi toute rupture d'approvisionnement ou sur-sollicitation des personnels, malgré un taux d'absentéisme élevé du fait même de l'épidémie.

Le privé lucratif et la médecine de ville peu sollicités

Pour faire face à l'ampleur de l'épidémie, tous les acteurs devaient être mobilisables, notamment en amont, la médecine de ville et en complément de l'offre publique, les structures d'hospitalisation conventionnelle et de réanimation des secteurs privés lucratif et non lucratif.

Le rôle de la médecine de ville a été important bien sûr, mais dans un contexte de manque criant de

masques et de protection, sans tests disponibles, et dans la mesure où le recours au service d'aide médicale urgente (Samu – 15) était privilégié pour l'orientation des malades, il a certainement été moins déterminant. On se souvient que la prescription, en cas de diagnostic du virus sous une forme bénigne, était simplement du paracétamol et le confinement.

Lors de la semaine du 23 ou 28 mars 2020, semaine de pic de ce printemps, près de 95 000 personnes ont consulté un médecin généraliste pour des symptômes Covid-19, et le nombre d'actes réalisés par SOS médecins a été supérieur à 12 000. Cette même semaine ont été recensés plus de 32 000 passages aux urgences. Mais dès le début avril la médecine de ville ne traitait plus en une semaine que 2 600 personnes quand SOS médecins voyait plus de 5 000 malades et les urgences hospitalières plus de 19 000.

Le progrès le plus significatif pour la médecine de ville a été le développement massif des téléconsultations dont les modalités d'exercice et de remboursement ont été simplifiées par voie réglementaire (grâce aux décrets des 9 mars, 19 mars et 21 avril 2020). Plus de 486 000 téléconsultations ont été réalisées la semaine du pic de mars alors que l'Assurance maladie comptabilisait 10 000 téléconsultations par semaine avant mars. Il faut espérer que cette mutation tant attendue sera pérenne dans la mesure où plus de 40 % des médecins généralistes avaient pratiqué cette méthode à fin mars. Ce chiffre a dû croître depuis.

Quelle sollicitation a-t-on pu constater dans le système hospitalier privé ?

La part des établissements privés s'est révélée minoritaire dans les hospitalisations mais elle a crû sur la période passant de 21 % le 15 avril à 33 % le 30 avril. A cette date les établissements privés accueillait près de 9 000 patients atteints par le virus (contre près de 18 500 dans le secteur public). Au sein de ces chiffres globaux, et pour cette même semaine de fin avril, la part constatée en hospitalisation de réanimation privée est restée autour de 20 %, dont 12 % pour le privé non lucratif.

Il est patent que le poids de l'hospitalisation publique est prépondérant et encore davantage pour les services de réanimation, mais néanmoins une offre complémentaire de 20 % est significative en période de crise et la capacité à la mobiliser rapidement est clé. Or les témoignages ont été nombreux parmi les personnels de santé et des ARS, pour reconnaître que le cloisonnement public/privé – et encore davantage avec le privé lucratif – n'a pas disparu pendant la crise et que le recours aux disponibilités du privé s'est fait tardivement. La nécessité de l'hôpital militaire de campagne en Grand-Est a même été questionnée car les lits du privé n'auraient pas été sollicités en amont de cette décision. En tout cas l'outil du ministère de la Santé, le répertoire opérationnel des ressources (ROR), devant recenser l'ensemble de l'offre sanitaire et médico-sociale, et comprenant un volet sur la disponibilité des lits hospitaliers, ne semble pas avoir fonctionné faute d'alimentation des données. C'est un exemple où la crise a renforcé les conséquences des faiblesses de la mise en œuvre de systèmes pourtant réputés opérationnels de longue date.

Les acteurs à la périphérie des hôpitaux : le secteur médico-social

De nombreux témoignages ont été recueillis sur le désarroi du secteur médico-social pour traiter cette situation d'urgence sanitaire : les établissements dédiés – établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), établissements et service d'aide au travail (Esat), maisons d'accueil spécialisé (MAS) ou foyers d'hébergement pour les personnes handicapées –, les établissements de l'Aide sociale à l'enfance pour les enfants placés par mesure de protection, etc.

Ces établissements ont été, pendant de longues semaines, à l'écart des réunions pluridisciplinaires sur leur territoire et finalement coupés de leur environnement de soins car ils sont en périphérie du système hospitalier.

Une des situations emblématiques des priorités accordées par les pouvoirs publics aux hôpitaux est celle des établissements pour personnes âgées. Les personnes hébergées en Ehpad cumulent plusieurs facteurs de risque. L'âge avancé tout comme les poly-pathologies associées sont des facteurs propices à la survenue des formes graves de la Covid-19, et la létalité du virus est élevée chez les personnes de plus de 75 ans. Par ailleurs, l'hébergement collectif et les visites des proches favorisent les contaminations.

Des mesures ont été prises pour ces établissements avec, dès le 12 mars, le déclenchement du plan bleu dans les établissements médico-sociaux, prévoyant notamment l'interdiction des visites. La fourniture de 500 000 masques par jour a été annoncée par le ministre de la Santé le 21 mars et une campagne de dépistage lancée le 5 avril. Mais c'est surtout le suivi de ces établissements qui s'est avéré très insuffisant. Au début de la crise et jusqu'au 1^{er} avril il était impossible de connaître l'ampleur de la situation puisque seuls les décès survenant dans les hôpitaux étaient recensés. L'organisation de la remontée des informations n'a été structurée que tardivement et le rôle des ARS a été hétérogène sur le territoire. Le nombre de décès dans ces établissements s'avère élevé, avec plus de 10 000 décès comptabilisés dans les Ehpad entre le 1^{er} mars et le 26 mai et près de 3 600 à l'hôpital.

Conclusion

L'ampleur et la durée de cette crise sanitaire ont indéniablement montré, au cours du printemps 2020, la capacité du système public français à réagir à un grand choc, à se réorganiser fondamentalement et tout particulièrement le système hospitalier. Des frontières sont tombées, des solidarités inédites ont vu le jour. Il faut se réjouir que l'hôpital public et les professionnels de santé en sortent renforcés dans le regard des citoyens.

Mais la gestion de cette crise, certainement parce qu'elle a sollicité prioritairement les services de méde-

cine spécialisée comme la réanimation, a aussi mis en lumière les travers de notre organisation française toujours très hospitalo-centrée, et avec une place prépondérante des grands centres et spécifiquement des CHU. Les enseignements, pourtant énoncés à de multiples reprises, pour un système de santé plus efficace et efficient, ont été à nouveau confortés : la nécessité de s'appuyer sur l'offre hospitalière du privé, lucratif ou non, le meilleur profit à tirer de l'articulation avec la médecine de ville, le souci de préserver les parcours de soins pour les malades chroniques. Et dans les réorganisations en cours au sein de l'offre hospitalière, le besoin d'aller plus loin dans les réorganisations managériales, voire organiques dans les CHT, et d'aller plus vite en médecine de ville dans la mise en œuvre des espaces médicaux partagés.

Des organisations performantes et réactives permettront de mieux répondre aux prochaines crises épidémiques.

Notes

1. *L'Amref Health Africa est la première ONG (organisa-*

tion non gouvernementale) africaine de santé publique.
<https://amref.fr/>

2. *Cet article a été rédigé en septembre 2020, soit avant le deuxième confinement.*

3. *Pendant cette crise il a souvent été fait référence à la capacité importante du système de réanimation en Allemagne et on opposait les 5 000 lits de réanimation français aux 20 000 lits allemands. Comme dans tout exercice de benchmark il est indispensable de s'assurer que les échantillons comme les méthodes sont comparables. Or le système allemand est différent du nôtre dans la mesure où les plateformes et les plateaux techniques sont unifiés et non spécialisés. En France, quand un patient devient moins critique il est transféré d'un service de réanimation à un service d'unité de surveillance continue en changeant physiquement d'espace. En Allemagne, c'est l'état du patient qui détermine la nature de la prise en charge requise sur le plateau : réanimation lourde pour pallier des défaillances multiples ou simple surveillance monitorée par exemple... Il est probable qu'à périmètre comparable et ramené aux populations respectives, les capacités des deux pays soient proches.*

4. *Cour des comptes, « Les groupements hospitaliers de territoire, exercices 2014 à 2019 : communication à la commission des Affaires sociales du Sénat », octobre 2020.*

R E V U E D'ÉCONOMIE FINANCIÈRE

COMITÉ DE RÉDACTION

Présidents d'honneur

Jacques Delmas-Marsalet

Hélène Ploix

**

Thierry Walrafen, *Directeur de la publication*

Olivier Pastré, *Conseiller scientifique*

Xavier Mahieux, *Responsable éditorial*

Patrick Artus, *Directeur de la recherche et des études, Natixis*

Raphaëlle Bellando, *Professeur, Université d'Orléans*

Christian de Boissieu, *Professeur, Université Paris I*

Jean Boissinot, *Conseiller des gouverneurs, Banque de France*

Pierre Bollon, *Délégué général, Association française de la gestion financière*

Arnaud de Bresson, *Délégué général, Paris Europlace*

Jean-Bernard Chatelain, *Professeur, Université Paris I, GdRE « Monnaie Banque et Finance »*

Jézabel Couppey-Soubeyran, *Maître de conférences, Université Paris I Panthéon Sorbonne*

Claude Diebolt, *Directeur de recherche au CNRS, Université de Strasbourg*

Jean-Louis Fort, *Avocat à la Cour*

Stéphane Gallon, *Directeur de la division études, stratégie et risques, AMF*

Olivier Garnier, *Directeur général des statistiques, des études et de l'international, Banque de France*

Ulrich Hege, *Professeur, Toulouse School of Economics (TSE)*

Pierre Jaillet, *Chercheur associé, IRIS*

Fatos Koc, *Responsable de la gestion de la dette publique, OCDE*

Frédéric Lobe, *Professeur, Université de Lille II, SKEMA*

Catherine Lubochinsky, *Professeur, Université Paris II – Assas*

Sylvie Mathérat, *Groupe de haut niveau de la Commission européenne sur l'Union des marchés de capitaux*

Jean-Paul Pollin, *Professeur, Université d'Orléans*

Philippe Trainar, *Professeur, Conservatoire national des arts et métiers (CNAM)*

Natacha Valla, *Directrice générale adjointe de la politique monétaire, Banque centrale européenne*

38, rue de Ponthieu – 75008 Paris

Tél. : 01 73 44 03 20

Courriel : REF@aef.asso.fr

Site Internet : www.aef.asso.fr

L'économie, la finance et l'assurance après la Covid-19

Avant-propos

Les institutions financières françaises face à la crise de la Covid-19

FRANÇOIS VILLEROY DE GALHAU

Introduction

SYLVAIN DE FORGES, OLIVIER PASTRÉ

Retour sur l'histoire et perspectives

Histoire des modèles pandémiques

PIERRE-CHARLES PRADIER

Assurance et crises pandémiques

PIERRE MARTIN

L'économie de la peste dans les villes du XVII^e siècle

PIERRE DOCKÈS

La Covid-19, une chance pour l'Europe ?

PERVENCHE BERÈS

Crise de la Covid-19 : la place de l'assurance

dans le monde d'après

FLORENCE LUSTMAN

Renouveler la gestion de crise

STANLEY MCCHRYSAL

Les entreprises face à la Covid-19

Assurer l'avenir dans un monde incertain

THOMAS BUBERL

La capacité de réaction des banques dans la crise

de la Covid-19

LORENZO BINI SMAGHI

La gestion ESG, une solution à la crise de la Covid-19 ?

JEAN-JACQUES BARBERIS, MARIE BRIÈRE, SIMON JANIN

Quelques enseignements de l'impact de la Covid-19

sur le secteur de l'assurance

MARIE-DOHA BESANCENOT, CORINNE CIPÌÈRE

L'hôpital public face à la crise de la Covid-19

MIREILLE FAUGÈRE

L'économie face à la Covid-19

Pour une solution assurantielle aux catastrophes exceptionnelles

FLORENCE LUSTMAN

L'action des assureurs dans la crise de la Covid-19

PATRICK DIXNEUF

Cinq leçons sur l'avenir de l'assurance santé

après la Covid-19

ANDRÉ RENAUDIN

La résilience du secteur de l'assurance dans la crise de la Covid-19

JÉRÔME JEAN HAEGELI, PATRICK SANER

Le rôle des assureurs crédit dans la crise de la Covid-19

WILFRIED VERSTRAETE

Covid-19 : les banques françaises au service de l'économie

MAYA ATIG

La gestion d'actifs, mobilisation de l'épargne face à la crise de la Covid-19

PIERRE BOLLON, THOMAS VALLI

Le *private equity* face à la crise de la Covid-19

MONIQUE COHEN

De l'intervention publique dans la crise de la Covid-19

DOUGLAS J. ELLIOTT

La pandémie de Covid-19 reflète et aggrave les failles du néolibéralisme

JEAN-PAUL POLLIN

Les dépenses sociales dans la crise de la Covid-19

FRANÇOIS ECALLE

Macroéconomie et défi climatique

Les défis exceptionnels posés par la crise de la Covid-19

CHRISTIAN DE BOISSIEU

La crise de la Covid-19 dans les pays en développement : quelles conséquences et quelles perspectives ?

REMY RIOUX, ALEXIS BONNEL, HÉLÈNE DJOUFELKIT,

CÉCILE VALADIER

Géopolitique de l'énergie et crise de la Covid-19

PATRICE GEOFFRON, JEAN-MARIE CHEVALIER

Cassandra, le climat et la Covid-19

SYLVIE GOULARD

Le développement durable après la crise de la Covid-19

BERTRAND BADRÉ

Crise de la Covid-19, le retour des reliques barbares

PHILIPPE CHALMIN

Covid-19, la BEI accélère sa transformation

en banque européenne du climat

AMBROISE FAYOLLE

Politiques macroéconomiques

Endettement des États et crise de la Covid-19

EMMANUEL MOULIN

Endettement des entreprises françaises et crise de la Covid-19

ROBERT OPHÈLE

L'Europe de la finance dans la crise de la Covid-19

OLIVIER GUERSENT

La réglementation financière peut-elle contrer la crise de la Covid-19 ?

KLAAS KNOT

Les banques centrales pendant et après la pandémie de Covid-19

BENOÎT CCEURÉ

Les innovations des banques centrales dans la crise de la Covid-19

MICHEL AGLIETTA, SABRINA KHANNICHE

La crise de la Covid-19 va-t-elle entraîner un retour de l'inflation ?

PATRICK ARTUS

La pandémie de Covid-19 accélère l'obsolescence des normes comptables

BERTRAND JACQUILLAT

Conclusion

JEAN-HERVÉ LORENZI, PHILIPPE TRAINAR

Chronique d'histoire financière

Fermetures d'écoles, épidémies et niveau de scolarité : une perspective historique basée sur l'épidémie

de poliomyélite en 1916 aux États-Unis

KEITH MEYERS, MELISSA A. THOMASSON

ISBN 978-2-37647-048-9

ISSN 0987-3368

Prix : 50,00 €



9 782376 470489