

## D'un système de soins à un système territorial de santé. Quelle différenciation territoriale ?

### LES REDACTEURS



#### Adrien LAVAYSSIERE

Travaillant dans le domaine des transports, Adrien est co-fondateur d'Osons le Progrès et anime les travaux relatifs au développement territorial. Il s'intéresse particulièrement à la lutte contre les inégalités économiques et sociales entre les territoires ainsi qu'à l'évolution des villes et de leurs zones d'influence.



#### Justine HENRY

Vétérinaire, entrepreneuse en e.santé, Justine est spécialiste de l'organisation des soins et engagée pour améliorer l'accès aux soins. En matière de santé, elle promeut la notion de *one health* reliant santé humaine, animale et environnement. Elle est engagée par ailleurs sur la participation citoyenne et l'accroissement démocratique par les usages numériques. Elle est fondatrice et présidente de DesertiX.



#### Thierry SARDA

Professionnel de l'industrie depuis 25 ans (pharmacologie moléculaire, entrepreneur, consultant), Thierry est très investi sur la relation entre les territoires et la santé. Il contribue à des groupes de réflexions sur la santé dont Rhesus (urbanisme et santé) et DesertiX (analyse de l'offre de soin). Il est administrateur d'Osons le Progrès.

Ô combien les années passées ont été éprouvantes. De la crise des Gilets Jaunes à la pandémie nous conduisant à la saturation de notre appareil de soins, des grèves contre la complexe réforme des retraites à l'abstention historique aux élections municipales sanctionnant la perte de capacité de projection et de vision de notre appareil politique.

Ô combien les années passées ont pourtant été riches d'enseignements. De la prise de conscience de l'urgence climatique conduisant à penser de manière systémique la santé dans le concept de *one health* ; de la multiplication des candidatures citoyennes plaçant l'écologie au centre des dernières élections municipales ; de la prise de responsabilité de nos territoires dans la lutte contre la crise sanitaire.

Ces crises ont souligné bien des ornières dans lesquelles la France s'était perdue de longue date.

- De manière unique, les Gilets Jaunes ont mis en lumière la consubstantialité de la crise sociale, territoriale et écologique. Spontanément, ce sont des citoyens de territoires

ruraux et périphériques souvent modestes qui se sont levés contre une taxe écologique. L'absence de revendications claires, n'a pas empêché de percevoir le besoin de *plus* de service public, de *plus* de démocratie locale, de *plus* d'attention de la part d'un État *trop* « Parisien », *trop* « jacobin » et *trop* « élitiste » notamment dans sa vision de la lutte contre le changement climatique.

- Le mouvement social contre la réforme des retraites a continué ce mouvement sur un objet politique identifié, rappelant un des fondamentaux de la structuration du modèle social à la Française : un système solidaire, transparent, de haut niveau et tout au long de la vie. Cette revendication ne va pas à l'encontre d'un système universel. Mais la complexité de la proposition et l'insertion d'un âge pivot a rendu inacceptable une réforme systémique s'attachant à pérenniser un système social.
- La crise sanitaire dont la gestion a évolué au cours du temps : des mesures nationales au pic de la crise, moment où nous connaissions peu le virus et les risques de transmission ; des mesures localisées ensuite pour un déconfinement tenant compte des spécificités locales ; des mesures associant déconcentration et décentralisation enfin pour prévenir une « seconde vague », parfaite alliance entre le *Léviathan jacobin* et l'*intelligence territoriale*.

Des ces crises et épreuves, le Gouvernement et l'ensemble de l'appareil d'État a su en tenir compte et faire évoluer ses politiques publiques : la convention nationale pour le climat a traité du risque de séparatisme social et le Gouvernement s'en est fait le relai ; le Ségur de la Santé s'est saisi des enjeux sanitaires et de l'égalité territoriale d'accès aux soins ; l'annonce de la loi 3D (décentralisation, différenciation, déconcentration) tend à traduire à sa manière les enseignements institutionnels de ces crises.

**L'articulation entre le Ségur de la Santé et la loi 3D est un élément majeur de la transformation culturelle de la France. Car parler de santé et de différenciation (terme majeur des 3D) dans une France de l'Égalité où la santé est une compétence purement régaliennne est un véritable oxymore.**

## LE DEFAUT FRANÇAIS : LA FORCE CENTRIPETE DE L'HOPITAL PUBLIC

Quand on parle de soins, en France, on pense avant tout "hôpital", et surtout public. Logique car l'hôpital est un acteur bien identifié, un centre de ressources à nul autre pareil, où la santé devient un point de convergence entre le progrès médical et scientifique et la spécificité de notre modèle de solidarité sociale. Logique aussi car l'hôpital souffre d'une rationalisation parfois excessive, d'une « démission » de sa gouvernance (rappelons que les maires en sont les présidents des conseils de surveillance, sans prendre souvent leurs responsabilités à ce titre) et d'un manque d'investissements depuis des années.

Pour autant, l'hôpital n'est rien sans le reste tissu de professionnels de santé qui l'entoure et l'irrigue. L'écosystème de santé sur un territoire est un tout, une chaîne dans laquelle chaque maillon a une valeur propre et un rôle à jouer. La médecine libérale est le maillon de proximité par excellence, la porte d'entrée du parcours de soin et de la prévention ; la prévention est la porte d'entrée du parcours de santé (éducation à l'alimentation, lutte contre la dépendance...).

Le système sanitaire et son administration oublient trop souvent que le premier maillon de cette chaîne, c'est le patient. Par extension, le citoyen. Les citoyens. Comme tout système, celui de la santé répond avant tout à un besoin auquel on peut répondre par un *parcours* plus spécifique et adapté permettant de réduire l'hospitalocentrisme qui mène logiquement à sa saturation ; mettre au cœur de la réflexion une *dynamique du parcours de santé* reposant sur l'ensemble des acteurs (soignants, patients-citoyens, professions paramédicales, institutionnels) et non seulement l'hôpital. Le patient n'est pas un « être » en dehors d'un espace temps et géographique ; il est ancré dans son territoire et ses propres besoins immédiats. Le parcours de santé commence chez soi et se poursuit tout au long d'un parcours : c'est l'enjeu de la lutte contre la dépendance, de la télémédecine, des groupements de professionnels de proximité ainsi de suite jusqu'à l'hôpital, point de convergence ultime de la diversité des parcours de santé. Adapté au territoire et aux patients, le parcours devient ainsi agile et adaptable emportant avec lui l'ensemble du système.

Le Grand Est et l'Île-de-France ont subi de plein fouet la crise sanitaire, nécessitant la réorganisation totale du système de soins : les professionnels libéraux, l'hôpital, les EHPAD et autres centres de soins. Du jour au lendemain les médecins généralistes ont réorganisé le fonctionnement de leurs cabinets et se sont mis à la télémédecine. Les services hospitaliers ont opéré une mue pour accueillir des patients, des cardiologues se sont vus venir en soutien à la régulation des urgences, des centaines de professionnels de santé volontaires ont afflué vers les hôpitaux et avec eux le besoin d'organiser les plannings avec agilité est devenu criant. Des personnels de santé se sont confinés avec leurs résidents dans des EHPAD. Des patients branchés à leur respirateur ont traversés la France en train pour désenclaver les services de réanimation.

À l'hôpital, c'est un nouveau souffle, malgré l'épuisement des professionnels qui s'opère. La crise a permis à l'hôpital public de retrouver une flexibilité opérationnelle qu'il a perdu depuis 10 ans notamment avec la réforme Sarkozy tendant à *trop* administrer l'hôpital. Chacun a embrassé à nouveau le cœur de son métier ; le professionnel dispensant des soins, les services administratifs opérant en soutien à leur action.

Domage cependant que les acteurs de l'hospitalisation privée aient été oubliés dans les premiers temps de la gestion de la crise. Fait qui pointe douloureusement le cloisonnement délétère et l'absence de coordination entre les différents acteurs du système de santé, que ce soit entre la ville et l'hôpital ou entre l'hôpital et les EHPAD. L'exemple allemand est éloquent : le système repose tant sur le public que sur le privé, permettant une coordination renforcée par une organisation plus décentralisée par nature.

Domage encore que les laboratoires vétérinaires n'aient pu contribuer à répondre aux besoins de tests PCR. Fait qui met le doigt sur un deuxième type de cloisonnement délétère : celui de la santé humaine et animale.

La médecine libérale a dû *faire* sans réelles directives, sans moyens supplémentaires. Devant l'ampleur du risque les professionnels se sont adaptés grâce à leur pragmatisme et leur capacité à créer des coordinations spontanées entre eux et avec les collectivités. Un mouvement qui vient corriger deux maux dont on souffre : l'absence de communautés locales de soignants, l'étanchéité entre les soignants et les pouvoirs publics locaux. La faculté de la médecine de ville ou de campagne à s'adapter témoigne que nous appuyer sur leurs savoirs, leurs savoir-faire et leurs connaissances à la fois de la maladie et du territoire

est une force. Ils sont le socle d'une nouvelle approche de la santé : centrée sur le patient, ancrée dans un territoire, responsabilisée dans la mise en cohérence de l'offre.

## LE MALAISE FRANÇAIS : LA DECENTRALISATION DE LA PATATE CHAUDE

S'il est bien un sujet sensible en France, c'est celui de la décentralisation ! Si les Français y sont très favorables<sup>1</sup>, les avis ne sont pas unanimes et souvent compliqués tant la décentralisation pourrait ressembler à une atteinte à l'égalité.

Non unanime en effet, les Français sont paradoxaux mais nul ne saurait leur en faire reproche tant la décentralisation que nous connaissons tend plus vers la monstruosité administrative que vers le pragmatisme politique.

Si 3 Français.es sur 4 estiment que la décentralisation doit aller plus loin, 65% soulignent que les compétences de chaque échelon ne sont pas claires, 73% estiment que la réduction des inégalités territoriales n'est pas prise suffisamment en compte alors que 96% estime qu'il s'agit d'un sujet important voire prioritaire. Rien de surprenant non plus, les plus critiques vis-à-vis de la décentralisation sont ceux qui en attendent le plus : les catégories sociales les moins riches et les habitants des petites villes.

Systematiquement, l'aspiration à la décentralisation (conduite par un besoin de décisions adaptées et de démocratie *plus* locale) se heurte à la culture jacobine qui nous habite. Quand on demande aux citoyens à qui confier les compétences, l'État fait systématiquement partie des 2 échelons jugés les plus pertinents. Pourquoi un tel centralisme culturel ? Car il est la garantie du respect de l'égalité. Une faible majorité de citoyens serait cependant favorable à ce que les compétences ne soient pas identiques pour les mêmes catégories de collectivités sur l'ensemble du territoire. Ce principe de subsidiarité, qui commence à gigoter sans être encore soutenu, existe pourtant dans biens des pays... sans oublier qu'il vit déjà dans le cadre de la construction européenne.

Ce sentiment paradoxal vis-à-vis de la décentralisation prend racine dans notre histoire. **La décentralisation est une idée noble mais elle s'est développée en France dans le cadre du tarissement des ressources financières publiques.** L'État s'est délesté de centres de coûts qu'il ne parvenait plus à maîtriser. Exemple : la décentralisation de l'action sociale aux départements. Quelle marge de manœuvre pour le RSA, le handicap, le déploiement des dispensaires ? L'action sociale est tellement contrainte et dispendieuse que rares sont les départements qui disposent des marges de manœuvre pour adopter une *politique sociale* différenciée digne de ce nom.

Pour que la décentralisation porte ses fruits, elle doit être portée par une vraie volonté de différenciation, et donner les moyens de repenser les choses dans un contexte donné.

Le bilan de la décentralisation n'est pourtant pas mauvais. En matière d'urbanisme, de gestion urbaine, de numérique, malgré encore un encadrement parfois trop rigide, la décentralisation a fonctionné.

Toutefois, toutes les compétences ne sont pas logées à la même enseigne. **La santé, dont aucun pan n'est décentralisé, ne laisse aux territoires aucune marge d'adaptation.**

<sup>1</sup> Sondage « [Les Français et la Décentralisation](#) », Mars 2020, CSA/Sénat

La nouvelle loi de décentralisation à venir propose une révolution dans son esprit. Les mots « déconcentration » et « décentralisation » sont connus, débattus et parfois mis en œuvre. Mais le concept de « différenciation » est une transformation culturelle de premier ordre. **Il s'agit à présent de dire que l'égalité territoriale n'est plus l'homogénéité de l'organisation des soins, mais l'égal droit d'accès à la santé pour chacun de nos citoyens.** Révolution copernicienne postulant la primauté de la fin en lieu et place des moyens.

À l'aune du parcours de soin, le système administratif Français montre ses limites. Jacobin, il ne permet pas d'adapter l'offre et l'organisation des soins à la réalité spatio-temporelle des territoires. Légitimiste, l'appareil d'Etat s'appuie sur les élus et fonctionnaires, omettant bien souvent la nécessaire association des professionnels de santé et des patients eux-mêmes. Égalitaire, il ne permet pas une organisation différenciée des territoires pour répondre à un besoin singulier. La différenciation offre une alternative nouvelle.

## **LA BELLE HARMONIE : UNE PENSEE DE LA SANTE GLOBALE, TERRITORIALISEE ET RESPONSABILISANTE**

La santé est l'une des rares compétences à ne pas être décentralisée. Elle repose sur une administration centrale forte, une fonction publique propre aux hôpitaux, des hôpitaux publics ayant un statut d'établissements publics bénéficiant à ce titre d'une autonomie de gestion, et une administration déconcentrée incarnée par les agences régionales de la santé (ARS). Autour, gravite une myriade d'acteurs : les acteurs de la sécurité sociale et de la diversité des régimes, les soignants exerçant en libéral, les autres professionnels de santé œuvrant notamment dans la prévention, le système de la dépendance... Un puzzle d'une telle complexité que nul ne s'y retrouve : ni les soignants, ni les citoyens, ni les administrations et organismes de sécurité sociale eux-mêmes.

Ce constat d'un « émiettement centralisé » est un risque en termes d'ordre public et d'égalité face au service public. La santé est pourtant une structure de notre société : de nos vies biologiques mais également sociales. La crise sanitaire l'a souligné : lorsque l'hôpital déborde, ce sont les territoires qui épongeant nécessitant bien de travailler sur les deux pans.

### *La santé comme une politique publique multifonctionnelle*

La première dimension d'une politique publique de santé est celle de la « santé publique » c'est-à-dire la lutte contre les maladies, la recherche, la garantie d'accès à un seuil minimal de soins... ces dimensions relèvent d'un besoin primaire au sens de Maslow, c'est-à-dire d'un besoin relevant de la survie. A ce titre, la santé publique est assimilable au régalien et donc relève de l'État.

La deuxième dimension est celle de l'accès aux soins : de la planification territoriale stratégique à l'organisation de l'accès au parcours territorial de santé.

C'est une question d'aménagement du territoire. Un territoire n'est pas un périmètre monolithique, stable et déterminable. **Le territoire est un corps qui vit, c'est un écosystème.** Cela peut être un bassin de vie qui évolue. Habité par une population déterminée, ayant un certain nombre de pratiques économiques ou sociales, ce territoire peut se projeter. Dans les travaux de projection, on observe soit un « scénario tendanciel »

correspondant à la marche naturelle dudit territoire, emportant avec lui un certain nombre de risques (congestion, vieillissement, paupérisation...) ; soit un « scénario stratégique » par lequel les pouvoirs publics déterminent les aménités et équipements nécessaires à son développement, son attractivité. **Le système de santé œuvrant comme un système primaire, il doit être pensé dans cette projection stratégique.**

La santé s'inscrit ainsi comme un pan de la vision d'un territoire et de la complémentarité des territoires qui le composent. A ce titre, la région est un « stratège territorial » d'un point de vue écologique, industriel, économique, numérique dont la mission première est d'*organiser* le développement. La vision stratégique d'une région ne peut être pensée sans une compétence sanitaire reconnue. Cela se traduit par des diagnostics territoriaux d'accès à la santé, la détermination de périmètres aux moyens renforcés pour accompagner leur développement. Il s'agit bien d'un échelon de décision stratégique tourné sur le territoire.

L'accès au parcours territorial de santé est la « logistique ». A ce titre, cette responsabilité est orientée sur le patient-citoyen ; il s'agit de garantir l'égalité dans l'accès au droit d'être en bonne santé. Si le cadre stratégique est fixé à un niveau macro, nous traitons à présent de la mise en œuvre opérationnelle. Celle-ci doit se faire sur une échelle pertinente et en associant les parties prenantes pertinentes. En aucun cas il ne peut s'agir d'une seule vision d'élus qui n'ont pas la légitimité académique, ni des soignants qui n'ont pas la légitimité démocratique. Il s'agit dès lors de **créer une boucle d'itération entre ces deux mondes pour que le territoire soit alors en situation de mettre en œuvre les actions justes et nécessaires pour répondre aux enjeux.**

**La politique de santé doit reposer sur trois dimensions coordonnées mais autonomes : la sécurité sanitaire à l'État ; l'organisation des territoires sur un périmètre régional ; l'organisation du parcours de santé à l'échelle intercommunale associant pouvoirs publics et communautés soignantes.**

### *Le « lâcher prise » sanitaire au profit de l'intelligence de la proximité et du collectif*

La crise sanitaire a démontré combien les territoires sont résilients et adaptables notamment grâce à la mobilisation spontanée de leurs soignants.

Les problématiques d'accès aux soins sont plus prégnantes dans les zones rurales ou périphériques-enclavées. Elles se matérialisent par un éloignement (souvent plus ressenti que réel, mais la politique doit se fonder sur la perception) des équipements, lesquels sont souvent saturés.

L'enjeu majeur est d'organiser un parcours de santé qui permette de « filtrer » les patients tout au long de leur parcours. C'est cela même qui a été mis en œuvre lors du pic de la pandémie, s'appuyant sur quelques outils majeurs :

- **La digitalisation médicale**

Aujourd'hui, le parcours d'un patient est identique quelle que soit l'affection dont il souffre. Or nombre d'actes pourraient être menés de manière différente et différenciée. Le développement de la télémédecine est à ce titre notoire. Si elle ne peut convenir



systématiquement à tous et pour tout, il peut s'agir d'un premier levier de lutte contre la congestion et améliorer l'accès au soin.

La télémédecine ne se résume pas à une visio avec un médecin généraliste. Il existe une grande variété de potentialités : les cabines de consultation permettant une auscultation outillée à distance, des centres d'imagerie médicale à distance permettant de transférer les clichés au radiologue lui-même à distance...

Concernant certaines affections, la médecine ainsi dématérialisée peut être rendue pertinente notamment pour des contrôles de routine avec des analyses de sang à lire, le contrôle de maladies chroniques pour lesquelles l'auscultation physique n'est pas nécessaire à chaque reprise pour des patients ne présentant pas de facteurs de risques...

La logique de la digitalisation est de prendre conscience que « le sachant » est une ressource rare. **S'il faut travailler à mieux répartir les ressources sur le territoire, il convient d'en ajuster la requête au juste niveau.**

Ce sujet nécessite de rapprocher la médecine du secteur du numérique. Doctolib, pour ne prendre que cet exemple, travaille de manière intelligente la question de la digitalisation de la relation médicale. D'autres entreprises, au sein d'écosystèmes constitués, développent des applications : pédagogie sur des maladies chroniques, traitement des troubles de l'équilibre chez les personnes âgées... La région de Bordeaux a particulièrement fait le lien entre les pôles d'excellence en matière de santé, de jeux vidéo et de numériques. De nombreuses autres applications susceptibles de transformer l'accès au soin sont possibles notamment avec l'usage des objets connectés et l'intelligence artificielle.

- **L'avènement de communautés soignantes et la multidisciplinarité médicale**

La « désertification » médicale renvoie à une offre en constante contraction. Si les chiffres témoignent d'un nombre finalement faible de « déserts médicaux » il est pourtant évident que certaines régions souffrent d'un recul de leur population médicale ainsi que d'un vieillissement de celle-ci alors que, dans le même temps, la population elle-même vieillissante est plus consommatrice de soins. Ceci tient dès lors à l'attractivité territoriale. La question ne dépend pas seulement de questions financières. Des dispositifs d'exonération fiscale ont été développés ne permettant pas de mettre un terme à la raréfaction.

A l'attractivité doit être associée l'approche par les attentes. La population soignante se modifie, aspirant à plus de travail en équipe, à plus de temps personnel et familial, à plus de connexions avec les milieux hospitaliers et académiques. Les territoires ayant construit des communautés soignantes notamment autour de maisons de santé ont ainsi vu leur attractivité rehaussée.

Ces communautés sont utiles et pertinentes à plusieurs titres. Elles permettent une simplification de la coordination des soignants permettant une certaine permanence et continuité des soins. Elles permettent également les échanges apprenants entre pairs et enfin permettent aux pouvoirs publics de disposer d'un point d'entrée fédéré en matière de conception et de mise en œuvre de politiques sanitaires.

Ces communautés doivent être déployées, structurées et pilotées sur le périmètre intercommunal mais de manière partenariale entre les pouvoirs publics et les soignants. L'exemple des maisons de santé a démontré que seuls, les pouvoirs publics ne peuvent

construire une communauté. Des interfaces (on parle bien de personnes) entre les deux mondes sont nécessaires : des soignants en temps partiels rémunérés par les collectivités et des responsables administratifs d'autre part pour simplifier la coordination.

Ces communautés sont le point d'entrée d'un nouveau système de soins. Disposant d'une labellisation, ces maisons de santé pourraient voir leurs services de soin étoffés : extension de spécialisation des médecins disposant d'une formation minimale nécessaire pour faire des actes « du quotidien » réservés à des spécialistes dont des actes chirurgicaux, l'imagerie et la biologie médicale entre autres. L'Allemagne bénéficie ainsi, de manière historique, d'un système dans lequel les généralistes ont un domaine d'actes étendu. La France, pour des raisons budgétaires, s'y était opposé. Maintenant que chacun convient que le budget ne peut plus guider une politique de santé, il y a matière à y réfléchir...

Ces leviers d'attractivité ne suffisent toutefois pas toujours. Les dispositifs émergents de salarisation de soignants peuvent être une solution pour les collectivités.

La loi « Ma Santé 2022 », ou « Loi Buzyn » a largement planté les bases d'un nouveau champ des possibles, même si tous les possibles ne sont pas encore utilisés. Les territoires (élus, agents publics et soignants) doivent s'en saisir pour les approfondir et les améliorer.

- **L'initiative locale**

Enfin, la crise sanitaire a mis en lumière « l'intelligence de la proximité » permettant à l'ensemble du système d'être plus agile et plus réactif. Il démontre combien l'effort d'adaptation au niveau local est susceptible d'améliorer le système sans mettre en risque les impératifs de santé publique.

Le fameux 3<sup>ème</sup> D renvoyant à la différenciation semble en prendre conscience, souhaitant généraliser et renverser la logique d'expérimentation. La santé est une question très « ancrée », c'est-à-dire à aborder de manière très locale en fonction des contingences locales et des équipements locaux.

Il convient de favoriser non plus « l'expérimentation » (autorisation de dérogation *sous réserve* d'autorisation) mais « l'initiative », c'est-à-dire la liberté locale de mettre en œuvre des actions en dérogeant à certaines règles *sauf* interdiction justifiée.

Le progrès de la même manière que la politique repose sur un socle majeur et cardinal : la confiance. La subsidiarité doit en être la matérialisation.





A travers l'exemple de la santé, nous soulignons ici l'opportunité **d'une nouvelle vision de la République des Territoires** : plus partenariale associant les élus et les fonctionnaires, certes, mais aussi les « sachants » et les citoyens ; plus axée sur la fonctionnalité, c'est-à-dire la manière d'habiter et de vivre plus que la manière d'administrer, nécessitant de se reposer sans cesse la question de la place et des besoins des citoyens ; plus confiante dans l'altérité et donc dans les initiatives prises.

Ceci se traduit par une refonte profonde de nos gouvernances territoriales. En matière de santé : supprimer les ARS au profit de la décentralisation d'une partie de leurs missions (stratégie de soins aux Régions et mise en œuvre de l'accès à la santé aux intercommunalités) et du rattachement du *régalien sanitaire* aux administrations territoriales sanitaires de l'État ; renforcer les liens entre le public et les communautés professionnelles par une gouvernance plus ouverte et participative. Ceci doit permettre de faire de la santé une véritable politique publique territoriale adaptée, agile et accessible ainsi que de passer d'une logique de « soin » à une logique de « santé ».

De manière plus large, les territoires doivent être en situation de se « saisir » des compétences pour lesquelles elles sont pertinentes, capables de construire une vision et de fédérer les acteurs. Des compétences stratégiques de planification pour la région ; des compétences opérationnelles d'organisation pour les intercommunalités, deux échelons pertinents pour assurer l'émergence d'une action publique renouvelée.



***Osons le progrès !***

Laboratoire  
d'idées progressistes



[www.osonsleprogres.fr](http://www.osonsleprogres.fr)