

RÉANIMATION
LES VÉRITÉS DE LA
COUR DES COMPTES

RÉVISION DE «SOLVA 2»
LES ATTENTES DES OCAM

ENTRETIEN AVEC
FRÉDÉRIC COLLET
(LEEM)



“
Nous pouvons
demeurer un pays
de premier plan
”

FRANCE ASSOS SANTÉ L'ENJEU DU « PATIENT ACTEUR »

LE CHOIX D'UNE AUTRE VOIE, CELLE DU PARTAGE.



Pour AÉSIO mutuelle, être une mutuelle,
c'est penser aux autres plutôt qu'à soi.
C'est pourquoi nous en faisons plus
pour vous avec une offre santé qui
s'adapte vraiment à vos besoins.

C'est aussi ça, créer du lien.


DÉCIDONS ENSEMBLE DE VIVRE MIEUX

Renseignez-vous en agence ou sur aesio.fr



AÉSIO mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le n° 775 627 391 dont le siège social est 4 rue du Général Foy - 75008 Paris. ©Gettyimages. Document non contractuel à caractère publicitaire. 21-005-049

ESPACE
SOCIAL
EUROPÉEN

SOMMAIRE

4 - PROJECTIONS

5 - ACTUS

Sortie de crise : les premières pistes du HCFiPS.

6 - ÉVÈNEMENT

Entretien avec Frédéric Collet, président du Leem.

9 - SÉQUENCES

• Famille

Le soutien familial en mode 3.0.

• Santé

Entretien avec Gérard Raymond et Marc Morel, président et DG de France Assos Santé.

• Prévoyance

Révision de Solvabilité 2 : quels enjeux pour les Ocam ?

• Analyse

Réanimation : les vérités de la Cour des comptes.

ESPACE SOCIAL Sarl au capital de 120 000 RCS Paris B 480 706 159 (2005B02166) 27, rue des Bergers 75015 Paris
Tél. : 01 53 24 13 00 - Fax. : 01 53 24 13 06
Associé unique et président du comité éditorial Pascal Beau
Directeur de la publication et de la rédaction Alexandre Beau

ABONNEMENTS 01 53 24 13 18
abonnements@espace-social.com
21 numéros par an et 200 lettres électroniques.
- Professionnel : 420 € TTC.
- Individuel : 220 € TTC - Association : 320 € TTC.

RÉDACTION

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

ADMINISTRATION

secretariat@espace-social.com

COMMISSION PARITAIRE :

N° 0321 T 87714

ISSN : N° 0999-7822.

Prix au numéro : 13 €

Tous droits de reproduction réservés.

Membre du syndicat de la presse économique, juridique et politique. L'autorisation d'effectuer des reproductions

par reprographie doit être obligatoirement obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) 20, rue des Grands-Augustins 75006 Paris

Tél. : 01 44 07 47 70 Fax : 01 45 34 67 19

CARNET



Alexandre Beau

MÉDECINE, LE TEMPS D'AGIR



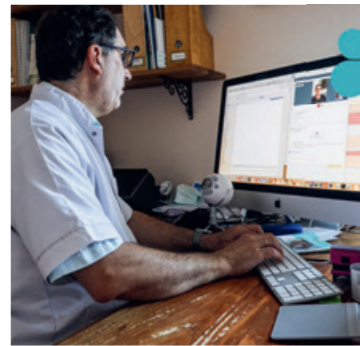
La lecture du dernier rapport de la DREES sur les projections faites en matière de démographie médicale sonne à nos oreilles comme une piqure de rappel. Le constat est connu de tous, nous risquons de manquer de médecins (notamment de généralistes) durant cette décennie. Si l'information n'est pas nouvelle en soi, elle pose toutefois une double problématique de temporalité. Que va-t-on faire pour combler le « manque » durant cette période et, quid de l'après ?

Sur le premier point, l'équation est épineuse. Notre système repose principalement sur la notion de parcours de soins coordonné autour du médecin traitant. En avoir potentiellement moins, nous expose au risque de fragiliser la chaîne d'organisation des prises en charge de nos patients. Et ce d'autant plus, que les défis structurels auxquels nous sommes actuellement confrontés (maladie chronique, grand âge, déficit de prévention...) n'ont pas toujours trouvé de réponse adaptée à la hauteur du challenge qu'ils représentent. Alors que faire ? Les pouvoirs publics semblent n'avoir d'autre choix que de jouer la carte du tempo.

Une priorité : accélérer à pas forcés les réformes de transformation et de réorganisation prévues dans Ma Santé 2022 et dans le Ségur quitte à secouer les acquis et faire tomber les barrières qui peuvent être amenées à freiner les acteurs déjà engagés dans le changement. Il nous faut par exemple, admettre que le manque de médecins peut être pallié par le développement, la formation et l'accompagnement de professions paramédicales pour qu'elles puissent demain être un pilier des soins de premier recours. Le tout en s'appuyant à la fois sur une coordination de la prise à l'échelon territorial, et sur des outils numériques adaptés aux besoins du professionnel et de son patient. D'autres pays européens l'ont fait. Et malgré certaines oppositions statutaires, aucun d'entre eux n'a prévu de revenir en arrière depuis. Un autre modèle de rupture est donc possible.

En 2030, que faire ? En faisant sauter le verrou du numerus clausus, la démographie médicale devrait repartir à la hausse. Toutefois, nous pourrions être confrontés à un sacré paradoxe. Aura-t-on vraiment besoin de plus de médecins dans 10 ans si nous avons opéré entre temps des changements majeurs dans notre paysage sanitaire ? Le temps passant, et les innovations thérapeutiques et technologiques se déployant davantage, la capacité de notre offre de soins à générer des gains d'efficacité tout en maîtrisant des standards élevés de qualité devrait grandement progresser. Nous devons en prendre le pari. ■

ARTICLE 51, ÇA AVANCE!



Lors du *Hacking Health Camp* organisé le week-end dernier, la CNAM a indiqué l'autorisation de 85 nouveaux projets d'expérimentations d'innovations organisationnelles et financières dites « article 51 ». Actuellement, 130 projets sont déjà en cours d'expérimentation sur le terrain. Les premières initiatives se termineront en cette fin d'année. La majorité des projets portent sur la e-santé et la télémédecine ainsi que la coordination des soins, le soutien motivationnel et l'éducation thérapeutique. Les publics « cibles » sont principalement les personnes handicapées et vulnérables. La région Île-de-France (39 projets) tient la tête suivie par Rhône-Alpes (31), l'Occitanie (28), Nouvelle-Aquitaine (22), Pays de Loire (21), Hauts de France (18). La dynamique des innovations, toujours active, souffre quand même de la crise sanitaire. ■

► 13 % D'ADMINISTRATIF



Parmi les polémiques dans la crise sanitaire, l'excès de bureaucratie dans les hôpitaux français. Nombre de soi-disant experts déclament le chiffre de 30 à 40 % de ratio de personnel administratif ceux-ci croulant alors sous la bureaucratie. La vérité est autre. Selon la Drees, en France, fin 2017, sur 1 120 personnels hospitaliers (médicaux, paramédicaux, techniques, éducatifs et sociaux, enfin administratifs), le nombre d'administratifs est de 148 000 soit 13,2 %. Trois fois moins que déclamé sur les ondes audiovisuelles donc...

► PAERPA « Effet modeste, mais signi-

ficatif » des 9 expérimentations des Paerpa (parcours santé des aînés) selon une étude Irdes (*Questions d'économie de la santé n° 252*) pour réduire le risque d'iatrogénies médicamenteuses ainsi que les passages aux urgences. Par contre, pas de vraie baisse des séjours hospitaliers faute de mobilisation des médecins traitants.

► **SAISINES**

Bilan 2020 de l'activité du Défenseur des droits : 165 000 demandes d'intervention, 96 896 dossiers de réclamation. **Claire Hédon**, Défenseure pointe les deux domaines majeurs que sont la protection des personnes et la sécurité sociale. Pour

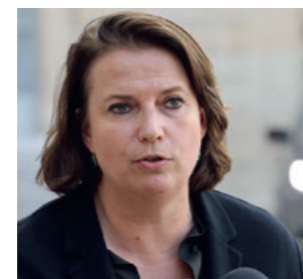
cette dernière, 22 % des cas visent les pensions vieillesse, 17 % les prestations familiales, 13 % l'aide sociale et 12 % l'Assurance Maladie.

► **EU4HEALTH**

Entrée en vigueur du programme européen santé 2021-2027 « EU4health » doté de 5,1 Mds € visant des investissements d'intervention face aux crises sanitaires (informations, achats de produits d'urgence, etc...).

► **ENS**

Trois départements expérimentent à compter du 1^{er} juillet, l'ENS (Espace Numérique Santé). Il s'agit de la Loire-Atlantique, la Haute-Garonne et la Somme. Quatre millions de personnes seront concernées dans ce dispositif incluant le DMP et la messagerie sécurisée. La généralisation est escomptée dès 2022 avec l'espoir de 50 millions de DMP ouverts et opérationnels... ■



LES CHIFFRES

93 000

diagnostics non réalisés en oncologie en 2020 selon la Ligue contre le cancer.

200 Mds €

d'épargne supplémentaire pour les ménages et 200 encore (trésorerie courante) pour les entreprises, projection Banque de France pour les années 2020 et 2021.

3,2 Mds €

d'économies escomptées par l'État d'ici 2022 avec la réforme de l'assurance chômage.

4 000

conseillers numériques France Services seront déployés pour aider les organisations à accélérer leur mutation.

151

nouvelles maisons de sport-santé labellisées par le ministère éponyme.

6

médecins généralistes sur 10 font confiance au ministère chargé de la santé pour la gestion de l'épidémie de Covid-19, selon le panel d'observation de la médecine générale de la Drees.

SORTIE DE CRISE : LES PREMIÈRES PISTES DU HCFiPS

La mission dévolue au HCFiPS par le Premier ministre Jean Castex, fin décembre dernier, est de répondre à trois exigences principales :

- Suggérer les pistes du retour à un équilibre durable des comptes sociaux.
- Déterminer le pilotage des dépenses et des recettes des régimes sociaux sur le long terme.
- Appréhender l'acceptabilité par la population de possibles évolutions des prélèvements sociaux.

Un travail de réflexion est mené de concert avec la mission Arthuis dont les préconisations ont été rendues au gouvernement il y a quelques jours.

D'entrée, les auteurs pointent le cadre contraint de l'exercice. Le contexte économique est incertain. Le bas niveau des taux d'intérêt de la dette sociale est à la fois un atout et un risque (le laxisme dans la dépense sociale). Enfin, les règles européennes au-delà du cadre de Maastricht sont susceptibles d'évoluer.

Toile de fond de la note d'étape, le Haut conseil rejette toute idée d'ajustement des comptes par une baisse structurelle des prestations et plaide pour une cohérence dans la durée du pilotage du binôme recettes/dépenses.

L'existence de branches spécialisées et distinctes de la protection sociale doit être respectée au regard des prestations de solidarité nationale comme la santé et la famille autant que celles ayant un caractère contributif, cas de l'assurance vieillesse (régimes de base et complémentaires) et AT-MP.

TRAVAIL MÉTHODOLOGIQUE

Pour autant, le HCFiPS suggère dans cette note méthodologique, une fois la crise passée, de fixer une trajectoire de retour à l'équilibre des comptes. Les régimes contributifs doivent parvenir à ce résultat dans la durée. Pour les autres branches, il faudra agir sur les soldes comptables comme moteur de l'équilibre à long terme.

Dans une note d'étape, le Haut conseil du financement de la protection sociale, présidé par le conseiller d'État Dominique Libault, prône un pilotage sur le long terme de la dette sociale issue de la crise sanitaire.



Il est préférable de prioriser le retour à l'équilibre des comptes plutôt que de chercher le remboursement rapide de la dette sociale de sorte que l'on évite une dette perpétuelle.



La crise « coûte » 2,25 % de PIB en pertes de recettes, soit environ 70 à 80 Mds €. C'est donc dans la très longue durée qu'il faudra agir.

Avec un taux de croissance similaire du binôme recettes/dépenses, de l'ordre de 3 % par an compte tenu d'une croissance économique limitée (hormis l'année 2021 où l'État escompte un taux de 6 %), il paraît difficile, sauf à influencer sur les prélèvements et les prestations dues, d'obtenir spontanément un équilibre des comptes à moyen terme. D'autant plus que les dépenses 2021, peut-être au-delà, voient leur dynamique croître plus vite qu'en temps normal (effet Ségur de la santé, besoins du système de soins, etc.).

En parallèle, la note d'étape rappelle ce que sont les fondamentaux du système de protection sociale français. Il s'agit toujours d'un mécanisme national de redistribution et de compensation de pertes de revenu. Une sorte de circuit plus ou moins fermé. Un fort taux de croissance espéré induit souvent des hausses de dépenses. Ces dernières sont ainsi des revenus directs (cas de la santé en particulier) et des prestations garantissant le pouvoir d'achat des ménages. Sauf à une forte dynamique de l'emploi cotisant, la pesanteur du système est là.

Au final, le HCFiPS plaide donc pour un allongement du dispositif Cades actuel. Le retour à un futur équilibre des comptes ne peut s'envisager comme moyen de résoudre rapidement la dette sociale, notamment pour le volet assurance maladie. Au-delà, les experts proposent une action de long terme sur l'anticipation des défis par la fixation d'un Ondam pluriannuel « strict » tout en conservant la dissociation entre les LFSS et les LFE (Lois de finances de l'Etat) et la gestion des risques sociaux par un meilleur décloisonnement et une approche transversale entre le sanitaire et le social. Sur l'Assurance Maladie, le Haut conseil indique suivre avec intérêt les travaux à venir du HCAAM sur les relations entre la CNAM et les assurances complémentaires (cf. ESE n°1188)...

► Pascal Beau

Livraison des doses de vaccin, signature de l'accord-cadre, pénuries de médicaments, traitements innovants, prochain CSIS,... **Le président du LEEM, Frédéric Collet**, fait le point sur l'ensemble des sujets qui vont mobiliser les acteurs des industries du médicament au cours des prochains mois.

“ DÉFINIR COLLECTIVEMENT UNE POLITIQUE DU MÉDICAMENT PORTEUSE DE SENS ”



Avec un peu plus de recul, estimez-vous que les industries de santé ont été à la hauteur des enjeux de cette crise sanitaire ?

Tout à fait. Pour notre secteur, cette crise a fonctionné comme un véritable révélateur, à la fois des forces que parfois nous ignorions, mais aussi des fragilités que bien souvent nous connaissions. Dans ce contexte fait d'incertitude et de changement, les industries du médicament, qui par nature sont des acteurs du long terme, ont su démontrer une capacité inédite d'adaptation et ont concentré des ressources exceptionnelles sur des pistes à explorer pour trouver des solutions thérapeutiques et vaccinales. Par ailleurs, malgré les tensions qui ont pu exister sur certaines chaînes et sur certaines molécules, nous avons réussi à préserver pour les patients la disponibilité et l'accès à l'ensemble des traitements. Et ce, grâce à une très forte mobilisation de tous les acteurs et, qu'on le veuille ou non, grâce aussi à l'avantage d'opérer dans un secteur mondialisé qui nous a permis de trouver les ingrédients et matières premières nécessaires.

Enfin, je veux insister sur un dernier point dont on ne mesure pas toujours l'importance. Tout en appliquant l'obligation du travail à distance, les industries ont su mobiliser la globalité de leurs ressources pour trouver des traitements, des vaccins dans des délais records. Quand vous réussissez à faire en 11 mois ce qui prend normalement 10 ans, c'est sans conteste un exploit. Cela aura certainement contribué à changer le regard porté sur notre secteur.

Comment expliquez-vous les retards qui s'accumulent sur les plannings de livraisons des doses de vaccin en Europe ?

C'est un sujet particulièrement complexe face à un contexte inédit à plusieurs inconnues. Il est demandé sur une période la plus courte possible de développer, de produire et de livrer des milliards de doses de vaccins. Ces logistiques de fabrication, de stockage et d'acheminement sont sans précédent,

qui plus est, pour des produits innovants, avec des spécificités à prendre en compte. Ajouté à cela, un virus qui évolue encore, avec l'émergence régulière de variants, pour lesquels l'efficacité de ces vaccins doivent être évaluée. Tous ces éléments combinés sont des facteurs de complexité et d'incertitude pour les producteurs de vaccin. Ce que je comprends parfaitement. J'entends également les attentes de nos gouvernants et de nos concitoyens. Je suis toutefois optimiste, cette situation devrait s'améliorer dans les prochaines semaines.

La France est-elle encore un pays leader en matière de vaccin ?

J'ai la profonde conviction que nous pouvons demeurer un pays de premier plan en ce qui concerne la recherche et la production de vaccins. Toutefois, cela ne se fera pas sans une politique ambitieuse visant à renforcer notre attractivité, notre développement clinique, mais aussi notre outil de production. Nous devons aussi renforcer les collaborations public-privé, en prenant exemple sur des pays voisins, pour lesquels ces liens sont plus faciles à nouer.

Le partenariat entre l'université d'Oxford et Astra Zeneca reste un bel exemple de réussite. Si les britanniques y arrivent, pourquoi pas nous ? À l'échelle internationale, la crise a entraîné un développement très rapide de nouvelles technologies ; de nouveaux acteurs, non-spécialistes en matière de vaccins, ont émergé ; des partenariats industriels entre acteurs bien qu'ils soient traditionnellement des concurrents ont été signés ; etc. Il faut trouver notre place au sein de ces changements rapides et inédits, et préserver notre expertise en matière de vaccination.

Pénurie de médicaments : le dossier avance-t-il dans le bon sens ?

Nous travaillons depuis plusieurs années sur ce dossier important qui impacte un nombre conséquent de patients. Dès 2019, nous avons pris les devants en faisant un certain nombre de propositions pour limiter les risques de rupture et travailler sur l'ensemble de la chaîne d'approvisionnement. Depuis, le cadre réglementaire a évolué, mais pas seulement. Nous avons en effet pris des mesures internes très concrètes à l'instar du déploiement de notre plateforme Trackstock visant à partager les données de disponibilité de l'ensemble des médicaments présents sur le marché. Notre objectif est clair : il nous faut à tout prix éviter que les tensions au niveau des stocks de médicaments deviennent des ruptures. Mais je tiens à rappeler que la problématique est multifactorielle. Nous avons notre part de responsabilité, c'est certain, mais d'autres acteurs de la chaîne doivent également assumer les leurs.

L'accord-cadre est désormais signé, quels en sont les axes forts ?

La signature de cet accord-cadre s'inscrit dans la continuité d'un certain nombre de mesures et de signaux envoyés par le gouvernement ces derniers mois. Notamment, notre secteur fait partie

“
Notre secteur fait
partie des secteurs
stratégiques identifiés
dans le plan de relance.”

des secteurs stratégiques identifiés dans le plan de relance. Cet accord-cadre est important car il va nous permettre de travailler tout à la fois sur la notion d'efficacité, notamment en matière de délai de mise sur le marché avec le développement des processus de « fast tracks », sur toutes les mesures qui ont vocation à favoriser l'accès à l'innovation, et sur le soutien aux investissements et aux exportations. Plusieurs mesures ont également été prises pour enrichir et améliorer l'offre générale de médicaments notamment dans un objectif de santé publique. Les mécanismes portant sur la prévisibilité des prix s'inscrivent dans cette logique. Prises dans leur ensemble, ces orientations vont contribuer à faire de cet accord-cadre un instrument lisible de régulation et de gouvernance de la politique conventionnelle.



Les engagements pris lors du conseil stratégique des industries de santé (CSIS) de 2018 ont-ils tous été tenus ?

Concernant le respect des engagements pris lors du dernier CSIS, nous avons deux niveaux de lecture. Le premier, et il faut le rappeler, est que nous avons élaboré une feuille de route très ambitieuse avec le gouvernement dans le but de réenclencher une dynamique forte pour notre secteur. De nombreuses mesures avaient été arrêtées en conséquence. D'un point de vue quantitatif, près de 80 % d'entre elles ont d'ores et déjà été mises en application et nous devons nous en féliciter. Toutefois, deux mesures cardinales pour le devenir de notre système de santé ont été malheureusement mises en suspens.

Quelles sont-elles ?

Il s'agit des mesures portant sur la réforme de l'évaluation et sur le déploiement d'outils « d'horizon scanning » permettant d'anticiper l'arrivée des innovations et l'impact en termes d'accès au marché du médicament et d'organisation des soins. Ce dernier aspect est fondamental, car les premières projections et expérimentations réalisées au niveau mondial démontrent que les thérapies de demain vont potentiellement révolutionner les logiques de prise en charge telles que nous les connaissons aujourd'hui. Il nous faut donc nous préparer à l'arrivée de ces innovations.

Quels seront les principaux enjeux du CSIS de cette année ?

Pour répondre à cette question, je partage avec vous deux prises de position récentes qui nous donnent une certaine idée de l'orientation que devrait prendre le prochain CSIS. Tout d'abord, l'ambition affichée par le Président de la République depuis plusieurs mois. Celle-ci est claire : faire de la France une référence à l'échelon mondial tant au niveau de la recherche, que de la production ou du développement des technologies de santé de demain. En outre, la ministre de l'Industrie a publiquement reconnu que les industries de santé ont pendant des années été uniquement considérées comme une variable d'ajustement des politiques de santé de ce pays. Nous notons donc une forme de reconnaissance voire même d'inflexion dans la vision qu'ont les pouvoirs publics de notre secteur. Nous abordons ce prochain CSIS sachant que l'ambition que nous portons collectivement est de réussir à définir une politique du médicament qui soit porteuse de sens et d'attractivité. Les enjeux sont donc très importants et ambitieux pour nous comme pour l'écosystème d'innovation en santé.

Concrètement, quels seront les chantiers qui seront priorités lors de ce rendez-vous ?

L'exécutif a déjà déterminé la feuille de route. Cinq personnalités ont été désignées pour piloter les chantiers prioritaires que sont la recherche fondamentale, l'innovation, l'amélioration de l'accès au marché des produits innovants pour les patients, l'industrialisation, et les politiques d'emploi et de formation. Sept séances de travail sont prévues pour approfondir ces thématiques qui, comme vous pouvez le constater, couvrent un spectre assez large. Les conclusions sont attendues pour le mois de juillet.

Le gouvernement ambitionne de faire de notre pays le champion d'Europe du médicament. Est-ce un objectif réaliste ?

Je veux profondément y croire et je peux vous affirmer que nous sommes complètement en phase avec cette ambition. L'objectif est désormais de s'en donner les moyens. Le chantier dédié à cette question en vue du CSIS devra donc apporter des éléments concrets et précis qui permettront de valoriser et développer notre écosystème. La clé du succès repose sur la combinaison de plusieurs



“ Il faut bien comprendre que le renforcement de notre compétitivité passera obligatoirement par le développement d'une logique d'attractivité. ”

facteurs. Par exemple, en recherche fondamentale, nous devons créer les mécanismes qui permettront aux acteurs privés et publics de mieux collaborer. Concernant l'accès au marché des produits innovants, il nous faut réformer les modalités d'accès précoce. Sur ce point, le modèle allemand pourrait être source d'inspiration. Un autre sujet doit être abordé sans tabou, celui des marges de croissance à redonner aux acteurs. Sans un choc fiscal et réglementaire, il nous sera difficile d'affronter à armes égales d'autres pays européens. Car il faut bien comprendre que le renforcement de notre compétitivité passera obligatoirement le développement d'une logique d'attractivité. La très forte réglementation et le manque de simplification des processus de mise sur le marché ont pesé très lourdement sur nos activités.

Qu'attendez-vous du chantier dédié à l'emploi et à la formation ?

C'est un dossier que nous suivrons avec une attention toute particulière, car j'ai l'intime conviction que notre secteur est un acteur majeur de sortie de crise. Nos entreprises, de par leur ancrage territorial et leur capacité à valoriser un savoir-faire, sont parfaitement positionnées sur les métiers de demain. Je tiens par ailleurs à rappeler deux éléments majeurs. Tout d'abord, les industries de santé sont parmi les premiers acteurs économiques en termes de création d'emplois. Par ailleurs, il faut souligner que plus de 45 % de nos collaborateurs occupent des emplois industriels, qualifiés, en région. Fort de ces éléments, nous attendons des travaux avec les pouvoirs publics une amélioration des conditions d'accompagnement de nos entreprises du point de vue social et ressources humaines. Il me semble indispensable à la fois de renforcer les parcours de formation initiaux et de développer les compétences de nos salariés.

tries de santé sont parmi les premiers acteurs économiques en termes de création d'emplois. Par ailleurs, il faut souligner que plus de 45 % de nos collaborateurs occupent des emplois industriels, qualifiés, en région. Fort de ces éléments, nous attendons des travaux avec les pouvoirs publics une amélioration des conditions d'accompagnement de nos entreprises du point de vue social et ressources humaines. Il me semble indispensable à la fois de renforcer les parcours de formation initiaux et de développer les compétences de nos salariés.

Au final, êtes-vous optimiste quant à l'avenir de l'industrie du médicament en France ?

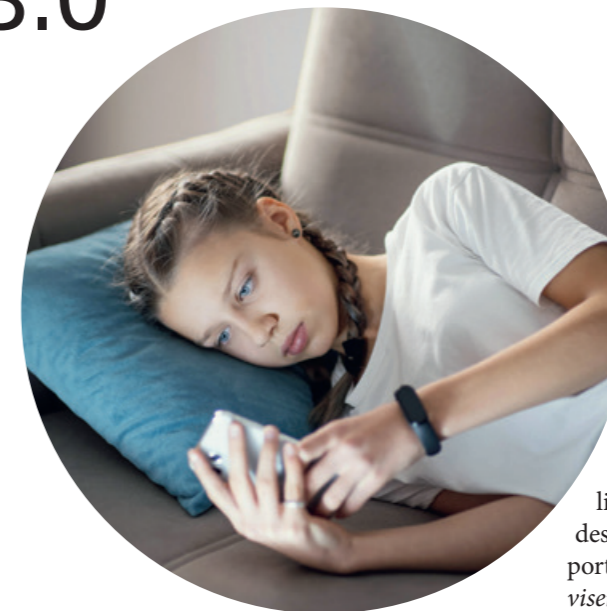
Je le suis ! j'entrevois des signes, des mesures, et plus globalement une prise de conscience de la part des pouvoirs publics sur la dimension stratégique de notre industrie. J'ai noté de leur part une réelle volonté de nous renforcer la compétitivité de notre secteur que ce soit au travers des engagements pris au niveau de l'accord-cadre ou bien dans les objectifs fixés au nouveau président du CEPS dans la lettre de mission qui lui a été adressée lors de sa nomination. Pris ensemble, ces différents signaux sont clairement positifs.

■ **Propos recueillis par Alexandre Beau**

PARENTALITÉ

LE SOUTIEN FAMILIAL EN MODE 3.0

Avec des pratiques en perpétuelle évolution, les parents sont souvent dépassés par le quotidien numérique de leurs enfants. Comment la branche Famille les aide à restaurer le dialogue familial ?



La troisième saison de la série « La Famille Tout-Écran » commence à être diffusée sur France Télévision. Principe : dix épisodes de la vie d'une famille confrontée aux pratiques numériques : comment concilier télétravail et vie de famille ? Comment reconnaître une publicité cachée ? Comment prévenir le cyberharcèlement ? ... Lancée depuis 2 ans, cette série en format court cherche à sensibiliser les parents et les jeunes à un usage maîtrisé des médias et des plateformes en ligne. Une initiative issue du partenariat tissé entre France Télévision, la CNAF et le Centre pour l'éducation aux médias et à l'information. Pour chaque situation, il propose des solutions culturelles, éducatives et sociales concrètes aux problématiques de l'usage d'Internet à la maison. Une sorte de service public 3.0.

FRACTURE NUMÉRIQUE ENTRE GÉNÉRATIONS

Durant les deux premiers confinements, les parents ont souvent mesuré à quel point la vie numérique de leurs enfants leur échappait. Alors que toute la famille se retrouvait à la maison, de nombreuses questions ont émergé autour des pratiques numériques. C'est une réalité, certains parents ne sont pas à l'aise avec les plateformes et l'usage des réseaux sociaux. Cette fracture numérique intergénérationnelle nécessite la mise en place d'actions de soutien parental

CHIFFRES

3,7 millions de téléspectateurs et 11 millions de vues sur Internet, voilà l'audience de la dernière saison du programme.

7 heures par jour : soit le temps qu'ont passé les enfants de 6 à 12 ans devant leur écran au printemps 2020.

adaptées. Depuis longtemps, la branche Famille finance des actions innovantes de soutien à la parentalité. Un soutien particulièrement d'actualité lorsqu'il se mêle de réduire cette fracture numérique. Par exemple, la CAF de la Drôme co-pilote, avec le Département l'organisation de formation dénommée « Détox l'info ». Ces séances portent sur la protection de la vie privée, l'utilisation des réseaux sociaux et des médias. Après les interventions en collège, des rencontres destinées aux parents les informent sur les outils existants pour décrypter les informations sur internet. Autre initiative, le journal numérique de l'espace de vie sociale Léo Lagrange de Bonneuil-sur-Marne, soutenu par la CAF du Val de Marne. Pendant le premier confinement, cette publication a proposé des idées et des activités éducatives ludiques pour occuper les enfants et trouver une alternative aux écrans. Fort de son succès, il continue aujourd'hui d'être diffusé.

L'EFFET ACCÉLÉRATEUR DU CONFINEMENT

Pour la branche Famille, le soutien à la parentalité est un sujet transversal allant de la petite enfance jusqu'aux



jeunes adultes. Et les actions menées autour des activités en ligne et des applications préférées des enfants apparaissent plus importantes que jamais. « Ces actions visent à développer des passerelles entre parents et enfant dans cet espace virtuel, précise Édith Voisin, responsable du pôle enfance, jeunesse et parentalité à la CNAF. Un espace dans lequel les plus jeunes sont bien plus habiles et rapides que leurs aînés. Et dans lequel les parents ont plus de mal à évaluer et gérer les pratiques de leurs enfants sur Internet. ». Pendant les périodes de confinement, les pratiques distancielles ont souvent mis une plus forte pression sur les parents comme le souligne Ségolène Dary, Conseillère politiques familiales et sociales pour la jeunesse à la CNAF : « Alors que l'on entend régulièrement parler des risques liés aux pratiques numériques, les parents ont besoin d'acquiescer des repères. Leur rôle éducatif s'applique aussi à cet espace. Ils ont besoin d'être accompagnés sans se sentir culpabilisés. Et de comprendre au mieux les aspects positifs de ces outils de communication et d'information. Des outils à utiliser comme toutes les technologies nouvelles, avec distance et esprit critique. ». La série « Tout écran » délivre une partie de ces repères nécessaires. Ces programmes sont diffusés sur les différentes chaînes de France Télévision, mais aussi disponibles sur caf.fr.

■ **Florence Pinard**

PATIENTS

ESE est allé à la rencontre de **Gérard Raymond** et **Marc Morel**, respectivement président et directeur général de **France Assos Santé**. À cette occasion, les représentants de l'association de référence des patients et des usagers portent un regard plutôt critique sur la gestion de crise et sur les évolutions du système de santé telles que pensées par les pouvoirs publics.

“ ALLER ENCORE PLUS LOIN QU'UN SYSTÈME CENTRÉ SUR LE PATIENT ”



Marc Morel (g)
et Gérard
Raymond (d)

La stratégie vaccinale mise en place par le gouvernement est-elle la bonne ?

Gérard Raymond : Depuis le début de l'année, nous sommes passés par différentes phases : espoir, déception, regain d'optimisme, incompréhension... Force est de constater que la montée en charge est laborieuse et que les résultats, à l'heure où nous nous exprimons, ne sont toujours pas au rendez-vous. Les causes sont multiples et notre rôle n'est pas de pointer du doigt les failles et les responsabilités. Notre volonté est de contribuer à améliorer la situation au plus vite, en interpellant les pouvoirs publics, en accompagnant les usagers de santé qui sont pour beaucoup en grand désarroi, notamment les personnes âgées et vulnérables. Nous avons appelé à une plus large mobilisation des forces vives de vaccination, en ouvrant la prescription et la vaccination aux pharmaciens et aux infirmiers. **L'urgence du combat contre le virus requiert une logistique de guerre et l'engagement de tous.** Nous

déplorons néanmoins le trop faible taux de vaccination des professionnels et le manque de courage politique des pouvoirs publics à cet égard.

Pensez-vous que la promesse de voir tous les français, qui le souhaitent, être vaccinés à la sortie de l'été sera tenue ?

Marc Morel : Nous l'espérons mais au rythme actuel, cela paraît difficile. Même si tout est mis en œuvre pour accélérer la vaccination, encore faudra-t-il bénéficier du nombre de doses nécessaires, sans ruptures...

À la sortie du premier confinement, vous aviez exprimé une forte inquiétude concernant le suivi des patients chroniques. La situation s'est-elle améliorée depuis ?

MM : La continuité des soins pour France Assos Santé et ses associations constitue une préoccupation majeure. Les difficultés d'accès aux soins présentent pour nombre de personnes un risque réel de causer des dommages irréversibles. Il en est de même des déprogrammations qui entraînent des pertes de chances à chaque rebond de la pandémie. C'est un tri des patients qui ne dit pas son nom. Il faudra en tirer des conséquences pour l'avenir et trouver dès maintenant, des solutions pour éviter au maximum les pertes de chance pour les patients Covid et pour les

autres patients. Actuellement, les patients non contaminés, et notamment les malades chroniques, payent un prix trop élevé.

Pensez-vous que cette crise fera avancer les questions de santé publique ?

MM : Il est difficile de prendre du recul à ce stade car la crise est là. Mais depuis un an, nous prenons conscience jour après jour des limites de notre modèle, et des avantages et faiblesses de notre système de santé. **Cette crise inédite a replacé la santé publique au cœur de notre société.** Elle a souligné à quel point l'usager de santé, le citoyen, doit être acteur du système et acteur de sa santé. C'est tout le concept de démocratie sanitaire qui est ainsi conforté. La santé publique n'est pas que l'affaire des politiques et des scientifiques. Chacun de nous est concerné. Plus que jamais, les usagers et les représentants doivent être entendus et associés, non pas parce que cela fait plaisir, mais parce que cela produit un meilleur système de santé et de soins.

Estimez-vous que les mesures issues du Ségur vont dans le sens du patient ?

GR : Dans le cadre du Ségur de la santé, France Assos Santé a concerté en trois semaines son réseau associatif national, régional et local. Nous avons reçu plus de 35 contributions écrites. Au final, ce sont près d'une trentaine d'acteurs associatifs, que ce soit des bénévoles, des salariés, ou bien élus

territoriaux, qui ont participé très activement à ces travaux pour pouvoir faire émerger ces contributions dans le court laps de temps imparti par le ministère de la Santé. Le résultat final est la conception d'un document de 94 propositions portant sur l'ensemble des piliers du Ségur. Chacune d'entre elles a été défendue au sein des groupes de travail ainsi que lors d'auditions avec les pilotes ministériels des piliers. Au total, le Ségur de la santé a retenu quelques mesures portées par France Assos Santé, comme la mutation des CRSA qui deviendraient un véritable « parlement de la santé » en région. Au final, nous sommes quand même déçus, car la montagne a accouché d'une souris. La proposition de loi Ségur de la santé, actuellement en discussion est quasi uniquement hospitalière. Rien sur la prévention et la santé publique, sur l'accès aux soins et rien sur l'organisation des soins primaires sauf quelques déclarations d'intentions sur des dispositifs déjà existants depuis 2016, telles que les CPTS, ou en cours d'expérimentation comme le SAS. Tout ceci n'est pas très étonnant, une politique de santé véritablement novatrice exige une réforme construite avec les parties prenantes sur un temps plus long, le temps de la concertation voire de la co-construction. Or là, nous avons assisté à une consultation expresse qui n'était absolument pas à la hauteur des enjeux.

« Un système centré autour du patient ». On a parfois le sentiment qu'il y a des intentions mais peut-être pas assez d'actes. Comment améliorer cette situation ?

GR : Oui, c'est un mantra répété à chaque nouvelle loi de santé, « le patient au centre » est censé résoudre tous les maux du système de santé. Or, on voit que nous en sommes très loin. Une récente enquête de BVA santé montre que **4 patients sur 10 déclarent un manque de coordination dans leur expérience du système de santé.** Par ailleurs, s'il est au centre comment expliquer que près de quatre patients sur dix estiment « inacceptable » le fardeau de leur traitement et se sentent incapables

de suivre leur protocole de soins encore plusieurs années selon l'étude *Compare* faite pour l'APHP? Donc, il nous faut entreprendre de vrais changements de paradigme. L'objectif n'est pas de mettre les patients au centre mais d'agir avec eux et pour eux.

Vous avez des propositions en ce sens ?

GR : Oui, plusieurs axes complémentaires peuvent être dégagés. Cela va de la mise à disposition d'informations compréhensibles et utiles pour les patients, à l'instauration d'une culture de l'écoute active de la part des



professionnels de santé. De même, il est nécessaire à la fois que le patient soit impliqué dans tous ses choix, dans le respect de ses valeurs et de ses préférences propres et qu'en parallèle, on le soutienne au-delà de la prise en charge clinique dans ses projets de vie. Enfin, développons vraiment les soins coordonnés. Les patients ne sont pas « figés », ils naviguent dans le système de santé, les différents acteurs doivent travailler en harmonie pour ne pas rajouter de la complexité à la maladie! Cet ensemble de mesures permettrait d'aller encore plus loin qu'un système centré sur le patient, c'est-à-dire un système où le patient/usager est autour de la table pour décider des soins, de la santé et de l'organisation du système avec les autres acteurs. Que tout l'écosystème se centre sur nous pour penser à

notre place ce qui est bon pour nous, ce n'est pas notre conception de la démocratie en santé. L'enjeu est d'être acteur de sa santé.

En interne, quels sont les principaux chantiers qui vont animer cette année ?

MM : France Assos Santé poursuit sa construction, dans une dynamique de partage et d'échanges. Nos 17 délégations régionales font un remarquable travail de proximité, en lien avec tous les acteurs locaux, pour animer la vie inter-associative au sein des territoires et permettre aux représentants des usagers d'incarner la voix de l'usager localement, territorialement et régionalement. Elles mettent en place et développent des actions de plaidoyer pour faire bouger les lignes du système de santé dans les territoires. Au plan national, nous agissons pour la défense des droits des malades et pour contribuer à faire progresser la démocratie en santé, l'accès aux soins... **Nous entendons peser dans les débats des Présidentielles 2022 et nous y travaillons d'ores et déjà.** Parmi les nombreux chantiers de l'année, citons également le numérique en santé qui est une réponse incontournable à la problématique des déserts médicaux et qui peut contribuer à garantir la continuité de l'accès aux soins.

On doit accélérer sur le numérique ?

MM : C'est évident, mais pas à n'importe quel prix. Nous voulons une e-santé sécurisée et accompagnée, notamment auprès des publics qui sont aujourd'hui éloignés du numérique. Dans ce domaine, France Assos Santé a lancé en 2020 *Vivre-Covid19*, une étude en collaboration avec le Health Data Hub pour mesurer sur deux ans les répercussions de la crise sur l'état de santé et l'état psychique des Français. Celle-ci a été conçue avec les associations membres et embarque des questionnaires spécifiques pour 23 pathologies, ce qui représente un champ d'investigation inédit.



RÉGIME PRUDENTIEL

RÉVISION DE SOLVABILITÉ 2 : QUELS ENJEUX POUR LES OCAM ?

La révision de la directive européenne est désormais sur les rails, dans un contexte économique très mouvementé. L'EIOPA (autorité européenne des assurances) a remis son avis à la Commission, qui présentera prochainement une proposition législative. Le point sur les attentes des différentes familles d'Ocam.



La crise sanitaire a mis un coup de frein à un certain nombre de chantiers majeurs. Parmi eux, la révision de Solvabilité 2. La proposition législative de la Commission européenne est désormais attendue pour le troisième trimestre, contre initialement fin 2020. Cet ensemble de règles prudentielles vise à renforcer la solidité financière des organismes d'assurance et instaurer une stratégie de pilotage des risques à travers trois piliers (exigences quantitatives, gouvernance et « reporting »). Depuis son entrée en vigueur en janvier 2016, « Solva 2 » a durablement bouleversé les pratiques.

« Solvabilité 2 a entraîné un changement total de paradigme, en introduisant une nouvelle façon d'aborder les exigences prudentielles à travers des champs nouveaux, notamment en insistant très fortement sur la gouvernance des risques. La réforme induit aussi une approche des exigences pruden-



Marie-Laure Dreyfuss, déléguée générale du CTIP

tielles en « juste valeur », inédite en France. La nouveauté des approches conjuguée à la complexité ont entraîné des travaux de mise en conformité particulièrement lourds pour les IP. Il ne faut pas oublier que Solvabilité 2 représente plus de 10 ans de travail », constate Marie-Laure Dreyfuss, déléguée générale du CTIP.

Ce cadre prudentiel a également contribué à faire bouger le paysage des Ocam. « Les mutuelles ont plutôt été les bons élèves de Solvabilité 2, alors que beaucoup pensaient qu'elles auraient du mal à s'adapter et à réunir les niveaux de fonds propres nécessaires, en tant que société de personnes et non de capitaux. Nous considérons que la directive a amélioré la culture de la maîtrise des risques. Les exigences de formation collégiale et de gouvernance sont également des points positifs. En revanche, Solvabilité 2 a aussi contribué à un processus de concentration du secteur, qui a été un peu subi », observe

Albert Lautman, directeur général de la Mutualité Française. La « course aux fonds propres » a en effet accéléré le mouvement, déjà bien enclenché, de rapprochement entre mutuelles ou avec des organismes d'autres familles.

TEMPS POLITIQUE

Dès l'élaboration de Solvabilité 2, une clause de revoyure était prévue. La première étape de ce processus au long cours s'est achevée le 17 décembre dernier par la remise des recommandations de l'EIOPA à la Commission, après consultation des acteurs concernés. Au terme de cette phase technique, a démarré un temps politique autour du trilogue : Conseil de l'UE, Parlement et Commission. Après la proposition législative de l'exécutif européen, les travaux se poursuivront pour aboutir à un nouveau texte en 2023, au plus tôt. L'entrée en vigueur en France ne devrait pas intervenir avant 2025-2026, et même 2027-2028 pour certains experts.

Face à une complexité pointée par tous les acteurs, y compris par les pouvoirs publics et l'ACPR, les attentes sont fortes. D'autant plus dans un environnement perturbé et rendu incertain par la crise sanitaire. Les recommandations de l'EIOPA portent en particulier sur les garanties de long terme en tenant compte du contexte durable de taux bas, voire négatifs.

« La santé concentre l'essentiel des activités de nos membres, mais nous avons aussi quelques mutuelles de prévoyance retraite. Or, il faut prendre garde à ce que l'évolution de la courbe des taux sur ces branches longues ne se traduise pas par des besoins en fonds

ÉVOLUTION SUR LES DIRIGEANTS EFFECTIFS DES MUTUELLES ?

Un projet de décret de la Direction de la Sécurité sociale (DSS) prévoit de ne plus considérer automatiquement le président d'une mutuelle comme dirigeant effectif. Cette mesure mettrait fin à une particularité introduite dans le code de la Mutualité lors de la transposition de Solvabilité 2. Pour les concernés, elle se traduit notamment par une obligation de formation leur permettant de conserver la maîtrise des enjeux techniques. Le texte de la DSS s'inscrit en continuité du dernier rapport sur la gouvernance de l'ACPR, rendu en juillet dernier. « Notre conseil d'administration est très défavorable à ce projet de décret. Il considère que le président, élu par l'assemblée générale de la mutuelle incarne la légitimité démocratique. Ce dernier doit être dirigeant effectif pour former un tandem avec le dirigeant opérationnel, dans une logique de complémentarité entre le regard du représentant des adhérents et celui du professionnel de l'assurance », indique Albert Lautman. Saisie sur ce texte, la FNMF défend les spécificités de son modèle et s'oppose à toute logique de banalisation. Si le projet était validé, les mutuelles conserveraient la possibilité de désigner leur président en tant que dirigeant effectif, mais cette casquette ne lui reviendrait plus de plein droit. ■



propres considérablement supérieurs, avertit Albert Lautman. Nous demandons une période transitoire d'au moins 10 ans pour permettre à nos mutuelles, n'ayant pas accès aux marchés financiers, de s'adapter. Il faudra essayer de réduire au maximum ce besoin supplémentaire de fonds propres et l'étaler dans le temps ». Au moment de la mise en place de la directive, le risque santé avait été calibré de façon spécifique avec un besoin en fonds propres largement minoré.



Albert Lautman, DG de la Mutualité Française

La FNMF plaide pour une réduction de la marge pour risques, actuellement à 6 % (non revue à la baisse par l'EIOPA). Elle devrait ainsi s'établir entre 3 et 4,5 %. Une baisse des chocs action et immobilier (aujourd'hui à respectivement 50 % et 25 %) est également souhaitée.

Une source de satisfaction parmi les recommandations de l'EIOPA : le renforcement du principe de proportionnalité avec un relèvement du seuil d'application à 25 Ms € de chiffre d'affaires (contre 5 Ms aujourd'hui). Cette évolution faisait partie des propositions portées par la Mutualité et pourrait bénéficier à une cinquantaine de mutuelles. Une position également saluée par la Fnim (Fédération nationale indépendante des mutuelles), particulièrement combative sur ce sujet.

« Pour le choc de simplification attendu, c'est un peu la douche froide.

Les recommandations de l'EIOPA prévoient par exemple un audit externe obligatoire du bilan Solvabilité 2, chaque année. Or, nos organismes sont déjà soumis aux contrôles de commissaires aux comptes et de l'ACPR, ces dispositifs semblent amplement suffisants. Un audit externe ajouterait des coûts et de la complexité supplémentaires », déplore Albert Lautman. Sa fédération a adressé un courrier à la Commission européenne afin de lui faire part de ses attentes et préoccupations.

FONDS PROPRES SUFFISANTS

« L'avis publié par l'EIOPA ne va pas dans le sens des différents points défendus par le CTIP », regrette Marie-Laure Dreyfuss. La position du centre technique s'appuie sur trois axes. « D'abord, la révision ne doit pas conduire à un renchérissement du capital de Solvabilité, impliquant plus de fonds propres à mobiliser. Nous souhaitons également une meilleure prise compte des garanties gérées sous forme de rente sur le long terme. Enfin, cette révision devrait être l'occasion de simplifier un cadre prudentiel très complexe et très coûteux », détaille sa déléguée générale. Un sujet s'avère prioritaire pour les acteurs paritaires : « Le renforcement des chocs de taux en univers négatif proposé par l'EIOPA pourrait entraîner un renchérissement de l'exigence de capital. Or, ce renchérissement

serait particulièrement malvenu dans la période actuelle. Les IP sont suffisamment dotées en fonds propres, ce qui leur permet d'ailleurs de résister à la crise », explique leur représentante. Par ailleurs, les constats du CTIP rejoignent ceux de la Mutualité Française concernant l'audit externe et l'absence de simplification. Les assureurs n'ont guère trouvé plus d'écho auprès de l'EIOPA. « Cette révision est une opportunité de remédier aux défauts techniques et à la charge opérationnelle du cadre Solvabilité 2 afin d'avoir une évaluation plus appropriée des passifs et une meilleure mesure des exigences de fonds propres, et garantir un marché européen de l'assurance plus efficace. Ce faisant, elle permettra aux assureurs de mieux soutenir les entreprises et de fournir les produits à long terme », projetait Florence Lustman, présidente de la FFA, en novembre dernier lors d'un événement dédié à la révision de la directive. Or, d'après l'analyse d'Insurance Europe (Fédération européenne de l'assurance et de la réassurance), l'application des recommandations aurait plutôt l'effet inverse. Mais rien n'est joué. D'une part, la Commission européenne n'est pas liée par l'avis de l'EIOPA et d'autre part les discussions se poursuivent avec Bercy, qui pourra faire valoir la position française au sein du Conseil de l'UE.

■ Emilie Guédé

CRISE SANITAIRE

RÉANIMATION, LES VÉRITÉS DE LA COUR DES COMPTES

Dans son récent rapport annuel, la Cour des comptes consacre un chapitre sur l'actualité de la réanimation. Histoire de préciser les comparaisons internationales et, surtout, de pointer les déficiences apparues depuis le début de la crise sanitaire.

Enfin, voilà un rapport, celui de la Cour des comptes, qui fait litière des inexactitudes. Combien la France a-t-elle de lits de réanimation ? Quelle comparaison possible avec notre voisin allemand ? Avons-nous fait le nécessaire pour faire face à l'afflux en décompensation respiratoire ?

Qu'entendent les Français à longueur de journée et de plateaux TV ou radio ? L'Allemagne aurait 28 000 lits de réanimation, la France seulement 5 050. Soit un rapport de 1 à presque 6 ! ESE, dès avril 2020, alertait sur le risque de biais de comparaison hâtif et peu documenté.

Résultat, l'écart entre Paris et Berlin est bien moindre. Les « limiers » de la Cour recense bien 27 974 lits de soins critiques outre-Rhin contre 19 251 à périmètre similaire en France. Rapporté à la population, le ratio est de 33,9 lits pour 100 000 habitants au pays de Goethe et 28,8 lits au pays de Zola. La Cour évoque des biais méthodologiques dans les calculs pour cause de définition divergente entre États et avec l'OCDE. Le concept de lits de soins critiques prend en compte plusieurs fonctions :

► Les lits de réanimation proprement dits (trois niveaux pour



la France, un seul en Allemagne).

► Les lits « adultes » de soins intensifs et de surveillance avec ou sans présence médicale.

► Les lits pédiatriques de soins critiques.

OCDE et Allemagne incluent cette dernière catégorie dans leurs chiffres (et non la France) pour un volume de 6 000 lits outre-Rhin (plus de 5 000 pour la France non pris en compte dans la statistique OCDE).

GESTION DES LITS DANS LA CRISE

Sur la première phase, la plus critique de la crise au printemps 2020, les acteurs français furent néanmoins en capacité inférieure à celle de leurs collègues allemands dans un rapport de 1,7 pour 1, conséquence d'une forte concentration des unités de réanimation sans analyse réelle

des besoins (800 lits de besoins capacitaires liés au vieillissement du pays, les plus de 65 ans). Essentiellement en raison d'une absence d'encadrement médicalisé et spécialisé ainsi que d'un émiettement des structures de prise en charge. Enfin, l'extrême polarisation territoriale de la phase aiguë de la crise (Grand Est et Île-de-France) a produit les débordements que l'on sait.

La Cour pointe une difficulté sur l'encadrement des lits. Car une partie de ces derniers sont encadrés normalement par des cardiologues et des neurologues, peu formés à une médecine de réanimation. L'afflux de patients fut contenu par une mobilisation remarquable des équipes soignantes, une réelle capacité d'adaptation des structures et une déprogrammation des soins non

urgents. La durée moyenne de séjour en réanimation, 6,6 jours en temps normal, a au minimum doublé dans nombre de situations. De 3 200 patients avant crise, on est passé à 6 200 en l'espace de deux semaines avec un pic à 7 027 fin mars 2020.

La réponse fut donc de réaffecter des lits de soins courants. En quelques semaines, la France a pu disposer de plus de 10 000 lits. Les lits de surveillance continue, ceux de salle de réveil et de blocs opératoires ont été mobilisés. Une situation inédite qui n'a pas été réitérée lors des deux vagues suivantes de contamination... comme si le retour à la situation ancienne était acquis.

La déprogrammation massive de soins a donné lieu à des conséquences demeurées inconnues. On pointe ainsi une baisse de 50 % des passages aux urgences et un recul de 70 % des actes chirurgicaux au plus fort de la crise. Tout cela est connu, mais aucune étude d'impact solide ne permet d'identifier les conséquences de ces non-prises en charge. Autre constat, désormais éteint ou presque, le secteur privé (cliniques et Espic) a été, du moins au début, pas ou peu sollicité pour alléger la charge des établissements publics. Sur les quelque 13 945 patients hospitalisés pour la Covid-19, 661 ont fait l'objet de transferts vers une autre région d'appartenance, et 166 ont été évacués dans un autre pays membre de l'UE.

DÉFAUT D'ANTICIPATION !

Certes, la France n'est pas seule dans ce cas. Mais quand même, il n'existe pas de modèle d'organisation territoriale des soins critiques ! « *Prévaut une fragmentation de l'offre, avec ou sans coopération entre offreurs de soins. Le décret d'avril 2002, texte de référence, n'impose aucun modèle d'organisation territoriale* » dit le rapport. Rassurant... seulement dans le cadre des GHT, les acteurs ont pu créer des embryons d'organisation. Les évolutions depuis 7 à 8 ans montrent un

ÉQUIPEMENTS ET SOIGNANTS

► Entre 2013 et 2019, le nombre de lits d'hospitalisation complète a baissé de 5,6 % (soit une perte de 21 020 unités) pour un total de 392 262 lits tous secteurs confondus. Dans la même période, on comptait donc 19 580 lits de soins critiques adultes et enfants dont 5 433 dédiés à la seule réanimation, 8 192 à la surveillance continue et 5 955 aux soins intensifs. Cette dernière activité a progressé de 1,7 % sur 7 ans avec 429 lits supplémentaires.

► Concernant les personnels, à fin 2018 on recensait 53 715 ETP de personnels répartis sur 298 sites de soins critiques (320 en 2013) dont 6 060 médecins ETP répartis de la manière suivante : 2 106 pour la stricte réanimation, 2 184 pour la surveillance continue et 1 770 pour les soins intensifs. ■



tassement du nombre d'équipements quand bien leur modernisation s'est accrue. Il s'agit là, comme ailleurs, d'un constat d'absence totale d'anticipation tant à l'échelle nationale que locale. Les magistrats appellent alors l'État à prendre ses responsabilités. Il faut sortir de la situation de soins critiques plus adaptés aux technologies du moment, mais en nombre trop restreint pour faire face à une crise sanitaire d'ampleur. Un constat qui se retrouve sur les personnels.

médecine d'urgence. « *Il faut conserver la pluridisciplinarité de la médecine, mais aussi augmenter les effectifs de médecins anesthésistes-réanimateurs, les MAR* », suggèrent les contrôleurs. Persiste une difficulté de recrutement de MAR. Le ratio de 11 % de médecins sur 54 000 professionnels est jugé trop faible. Il faut recruter, former, préparer et anticiper. Les remarques de la Cour pour le seul corps médical valent aussi pour les personnels infirmiers (52 % du total soit 28 000) via une meilleure formation initiale et une compétence en soins critiques.



FINANCEMENT INADÉQUAT

Ce n'est pas nouveau. Mais au regard de la crise, cela devient aberrant. L'actuel mode de financement des soins critiques fait perdre de l'argent aux établissements ! En raison d'une tarification à l'activité (T2A) inadaptée. Un lit de réanimation ouvert fait perdre 115 Ks € par an ! Il faut mettre fin à un effet ciseaux, entre des charges en hausse et des recettes en baisse. Sur les 27 groupes homogènes de malades (GHM) qui caractérisent les soins critiques sur la période 2014-2019, la baisse des recettes fut de 9 % en euros constants. De ces constats, la Cour des comptes appelle à « changer le fusil d'épaule ». Et surtout d'anticiper une potentielle prochaine crise. Un vaste chantier pour l'État et les acteurs.

■ Pascal Beau

Nombre de lits de soins critiques France-Allemagne pour 100 000 habitants (données 2017)

	Pop. totale*	Pop. + 60 ans*	Nombre lits	Ratio Pop. générale
Allemagne	82,52	22,5	27 924	33,9
France	66,77	16,6	19 251	28,8

*En millions d'habitants

Mgéfi

GRUPE **vyv**

Avec vous,
c'est mutuel

Quand on a plusieurs vies, on attend de sa mutuelle qu'elle les protège toutes.

SANTÉ



PRÉVOYANCE



MAINTIEN
DE SALAIRE



SERVICES



ACTION
SOCIALE



→ mgefi.fr



La seule mutuelle référencée
de votre ministère