

**SÉGUR DE LA SANTÉ**

---

# Les propositions de la Mutualité Française

*Passer du dire au faire*





# Édito



**THIERRY BEAUDET**  
Président de la  
Mutualité Française

**A**u pied du mur, les femmes et les hommes qui font le système de santé sont parvenus à faire face à l'épidémie de la Covid-19 pour préserver des vies. Leur mobilisation, leurs compétences, leur capacité d'adaptation ont permis de profondément réorganiser l'activité, souvent en court-circuitant la lourdeur des processus de décision pour plus d'efficacité. Ces femmes, ces hommes ont prouvé qu'il est possible de transformer le fonctionnement de notre système de santé, dans l'urgence, lorsque les enjeux sont clairement identifiés.

Il nous faut maintenant, collectivement, maintenir cet élan pour dépasser les difficultés structurelles de notre système de santé et le refonder en profondeur.

Ces difficultés sont connues. Elles sont largement documentées, qu'il s'agisse d'une organisation encore trop centrée sur l'hôpital public et d'un appel insuffisant au premier recours. Ou de secteurs délaissés comme le secteur médico-social et le soutien au maintien au domicile. Ou encore l'inégalité des patients face à la maladie, avec des disparités sociales et territoriales fortes, et les défaillances dans l'accompagnement des personnes âgées, en particulier celles résidant en Ehpad.

Face à ces difficultés, les solutions sont aussi en grande partie connues. Mais pour quelles mises en œuvre concrètes ? Il est désormais urgent de passer de la parole aux actes, de changer de braquet.

La Mutualité Française entend apporter sa contribution aux débats pour un système de santé solidaire, protecteur et universel. Elle entend apporter sa lecture des transformations souhaitables. Acteur historiquement engagé en faveur de la santé, du bien-être, acteur central de notre système de protection sociale, la Mutualité Française fonde sa légitimité sur son important réseau de prévention, sur les 35 millions de personnes qu'elle protège en assurance santé et sur son offre de soins et de services, le premier réseau du secteur privé non lucratif. Pour un système de santé solidaire, protecteur et universel, elle appelle à traduire concrètement les priorités suivantes.

Les Français doivent pouvoir préserver leur santé le plus longtemps possible. Pour cela, il faut faire prospérer dans notre société une large culture de la santé publique.

Les patients, les usagers doivent pouvoir accéder à une offre de santé et d'accompagnement de qualité. Pour cela, il faut adapter ces offres aux besoins de santé de la population, en améliorer l'accessibilité, la disponibilité et la qualité.

Les personnes en perte d'autonomie doivent pouvoir choisir leur lieu de vie. Ceci nécessite de réorganiser leur accompagnement et de limiter leur reste à charge.

Ces priorités ne pourront être mises en œuvre que si les offres répondent aux besoins des populations, en lien avec les spécificités territoriales. La régulation du système devra être renouvelée dans ce sens.

Enfin, comme la gestion de l'épidémie nous l'a appris, il faut consolider une filière santé autonome et solidaire pour assurer la continuité et la sécurité des approvisionnements à l'échelon national et européen.

Dans cette période exceptionnelle liée à la crise de la Covid-19, je suis convaincu que ce qui est vital pour les Français c'est notre capacité collective à conduire une transformation systémique de notre système de santé. Plus que la nouveauté des propositions, ce qui importe vraiment c'est notre capacité à passer enfin du dire au faire.

# 5 AXES 24 propositions



## CRÉER UNE CULTURE DE LA SANTÉ PUBLIQUE POUR MIEUX PRÉSERVER L'ÉTAT DE SANTÉ DE CHACUN

### 1 Répartir le pilotage des politiques de prévention entre l'État et les régions pour créer une culture de prévention

- Transférer vers les régions la compétence de la prévention
- Intégrer de manière impérative les considérations de bien-être et de santé dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de toutes les politiques publiques
- Cibler les actions de prévention sur des populations et thématiques spécifiques, en fonction des réalités locales, à tous les âges de la vie, et en particulier à des moments clés
- Poursuivre une politique active de dépistage organisé et de vaccination
- Rendre le Nutri-Score obligatoire au 1<sup>er</sup> janvier 2022 et appliquer aux produits classés A (meilleure qualité nutritionnelle) le taux hyper réduit de TVA de 2,1 %

### 2 Systématiser des actions de prévention dans les protocoles de parcours patients

### 3 Valoriser les données de santé et sociodémographiques du Health Data Hub en appui à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des stratégies et actions de prévention



## RÉORGANISER L'OFFRE DE SANTÉ AUTOUR DES BESOINS DE SANTÉ DE LA POPULATION : ACCESSIBILITÉ, CONTINUITÉ ET QUALITÉ

### 4 Mettre fin à l'exercice isolé des professionnels de santé du premier recours et généraliser des espaces de santé pluriprofessionnels d'ici cinq ans via 4 leviers principaux :

- La minoration sensible de la rémunération des professionnels du premier recours intervenant en dehors d'un espace de santé pluriprofessionnel
- La diversification des modes de rémunération des professionnels de santé
- L'accélération du partage et des délégations de compétences
- L'accélération du partage sélectif d'informations et l'alimentation obligatoire du Dossier Médical Partagé (DMP)

### 5 Assurer la continuité des soins et des prises en charge en positionnant le premier recours comme le point d'entrée dans le système et en décroissant les secteurs

### 6 Pérenniser la pluralité de l'offre hospitalière en instaurant une équité de traitement des établissements participant au service public hospitalier (public et privé non lucratif)

### 7 Mettre à disposition une « plateforme de l'offre de soins » (web, application, téléphone) pour faciliter l'orientation du patient et lui garantir un choix éclairé

### 8 Capitaliser sur le virage de la télémédecine et du télésoin opéré durant la crise



## ORGANISER UN ACCOMPAGNEMENT DE LA PERTE D'AUTONOMIE QUI GARANTISSE LA LIBERTÉ DE CHOIX DU LIEU DE VIE ET LIMITE LE RESTE À CHARGE

- 9 Permettre et renforcer la représentation spécifique des personnes âgées dans l'ensemble du système de santé et dans les dispositifs installés sur les territoires
- 10 Créer un guichet unique, le service départemental de l'autonomie, et la fonction de « coordonnateur autonomie »
- 11 Transformer le modèle de l'Ehpad, renforcer et ouvrir ses compétences médicales sur le territoire, afin d'en faire un centre de ressources gériatriques
- 12 Renforcer le soutien à domicile et la logique de parcours de prise en charge de la perte d'autonomie
- 13 Organiser et sécuriser le soutien et l'accompagnement à domicile
- 14 Imposer l'interopérabilité des systèmes d'information des différents services de prise en charge et le partage des informations entre tous les professionnels de santé intervenant dans le parcours (domicile/établissement, Ehpad/hôpital...)
- 15 Limiter le reste à charge des familles



## REFONDRE LA RÉGULATION DU SYSTÈME POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DE SANTÉ ET AUX SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES

- 16 Positionner l'État comme le stratège et le garant du principe d'égalité
- 17 Recentrer les Agences régionales de santé (ARS) sur deux missions régaliennes : la sécurité sanitaire et la régulation de l'offre
- 18 Assurer l'équilibre des comptes sociaux en imputant au budget de l'État la charge des décisions prises par le Gouvernement dans le cadre de l'épidémie de la Covid-19
- 19 Reconfigurer l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam)
- 20 Réviser le processus conventionnel avec l'assurance maladie obligatoire et complémentaire en priorisant les négociations pluriprofessionnelles



## CONSOLIDER UNE FILIÈRE SANTÉ SOUVERAINE ET SOLIDAIRE POUR ASSURER LA CONTINUITÉ ET LA SÉCURITÉ DES APPROVISIONNEMENTS À L'ÉCHELON NATIONAL ET EUROPÉEN

- 21 Revisiter la doctrine des stocks stratégiques
- 22 Stimuler une recherche scientifique d'utilité publique et à un échelon européen
- 23 Relocaliser de manière viable la production de médicaments et dispositifs médicaux dans le cadre d'une filière de la santé solidaire
- 24 Faciliter la distribution des médicaments, dispositifs médicaux et équipements de protection individuelle



## CRÉER UNE CULTURE DE LA SANTÉ PUBLIQUE POUR MIEUX PRÉSERVER L'ÉTAT DE SANTÉ DE CHACUN

### CONSTATS

Si l'épisode lié à l'épidémie de la Covid-19 pourrait installer durablement chez les Français des réflexes sanitaires, il a aussi brutalement révélé la vulnérabilité plus importante des personnes souffrant de maladies chroniques puisque 86 % des personnes décédées présentaient au moins une comorbidité. Les plus fréquemment rapportées étaient une pathologie cardiaque (30 %), le diabète (30 %), l'hypertension artérielle (40 %), un surpoids ou une obésité (31 %) et une pathologie pulmonaire (22 %)<sup>1</sup>.

En France, la mortalité évitable par traitements est l'une des plus faibles de l'Union européenne, ce qui témoigne du bon fonctionnement du système de santé lorsqu'il s'agit de soigner les affections aiguës. Les performances sont moindres s'agissant de la mortalité évitable par prévention. Ainsi, près de 35 % des décès sont imputés en 2017 au tabagisme actif et passif, aux risques liés à l'alimentation et à la consommation d'alcool.

Les inégalités sociales conditionnent l'espérance de vie dès la naissance. En France, alors que celle-ci est parmi les plus élevées au monde, l'espérance de vie en bonne santé ne dépasse pas 65 ans, avec des inégalités sociales très fortes qui se maintiennent depuis la fin des années 1970. En 2013, l'écart entre l'espérance de vie à 35 ans des cadres et celle des ouvriers est de 6,4 ans pour les hommes. Un ouvrier de 35 ans a une chance sur cinq de mourir avant 65 ans, contre une chance sur 13 pour un cadre<sup>2</sup>. Les déterminants sociaux cristallisent des inégalités en santé et la prévention, avant d'être une question de responsabilité individuelle, relève avant tout d'une responsabilité publique.

En France, en 2018, la dépense de prévention santé est estimée à 1,9% de la dépense totale de santé. Une part bien inférieure à la moyenne des pays de l'OCDE (2,8 %). En tête, le Canada et le Royaume-Uni consacrent respectivement 6,2 % et 5,2 % de leurs dépenses totales de santé à la prévention<sup>3</sup>. À ce faible montant, s'ajoutent l'absence de modèle d'évaluation financière et médicale, la fragmentation des acteurs, une absence de coordination des actions de prévention et donc une déperdition des moyens alloués à la prévention.

Part de la prévention dans la dépense totale de santé

1,9%  
France

6,2%  
Canada

<sup>1</sup> Source : Santé Publique France, Point épidémiologique hebdomadaire du 29 mai 2020

<sup>2</sup> Source : Insee Première, n° 1584, février 2016.

<sup>3</sup> OCDE 2017-2018



## Comparaison internationale

En Allemagne, l'élaboration et l'évaluation de la stratégie nationale de prévention sont confiées légalement à une commission nationale (NPK) dirigée par les associations d'assureurs (seuls membres votants). Les objectifs sont ratifiés par le gouvernement fédéral et déclinés localement dans des accords fédéraux. Les acteurs de terrain sont liés par des accords de coopération à l'échelle locale (municipalité et assureurs), s'inscrivant dans le cadre des accords fédéraux.

## PROPOSITIONS

C'est en améliorant l'état de santé général de la population qu'on renforce son « immunité » face à tous les risques de santé. Il faut donc ancrer dès le plus jeune âge, puis à tous les âges de la vie, la conviction qu'un comportement favorable à la santé peut permettre de conserver son état de santé et d'éviter l'apparition des maladies ou leur aggravation. Plusieurs études universitaires estiment qu'entre 15 % et 20 %<sup>4</sup> de notre état de santé est déterminé par le système de santé. Dès lors, pour agir sur des déterminants dépassant le cadre du soin, la politique publique de prévention doit être transversale. Elle doit s'appuyer sur une volonté politique forte et durable et sur la mobilisation de tous les acteurs du quotidien : système de santé, écoles, employeurs, mutuelles, etc.

Par ailleurs, les niveaux de mortalité prématurée<sup>5</sup> présentent des disparités territoriales importantes : entre -26 % et +53 % par rapport à la moyenne nationale<sup>6</sup>. Pour ces raisons, la région semble être l'échelon le plus pertinent pour concilier la lutte contre les inégalités de santé avec des intérêts économiques parfois contradictoires.

La Mutualité Française considère qu'il convient de :



### Répartir le pilotage des politiques de prévention entre l'État et les régions pour créer une culture de prévention :

- **Intégrer de manière impérative les considérations de bien-être et de santé dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de toutes les politiques publiques**, conformément à la déclaration de l'OMS à Helsinki en 2013. La responsabilité de la fixation d'objectifs de santé publique et de réduction des inégalités sociales de santé doit être placée à un niveau interministériel. Le ministère en charge de la santé assume un rôle renouvelé d'impulsion et d'accompagnement renforcé et partenarial des actions de santé publique dont la mise en œuvre est déléguée à des acteurs institutionnels publics et privés. Le ministère est également chargé de promouvoir les derniers résultats de la recherche médicale et en sciences comportementales et de les mettre à la disposition des régions, des parties prenantes et des acteurs de la prévention.

4 Sources : *New England of Journal of Medicine*, Steven A. Schroeder, September 20, 2007; Ministère de la santé et des services sociaux, *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, 2005

5 Décès survenus avant 65 ans et qui pour la plupart auraient pu être évités par des actions de prévention adaptées

6 Source : Insee, 2018



- **Transférer vers les régions la compétence de la prévention :** les moyens aujourd'hui alloués aux fonds d'intervention régionaux (FIR) pilotés par les ARS sont notamment transférés aux régions qui contractualisent avec l'ensemble des parties prenantes et opérateurs de la prévention (employeurs, écoles, professionnels de santé, notamment via les espaces de santé pluriprofessionnels, caisses de sécurité sociale, mutuelles, associations) la mise en œuvre d'actions en contrepartie d'une rémunération sur des objectifs de performance (par ex. sur le modèle des contrats à impact social).
- **Cibler les actions de prévention sur des populations et thématiques spécifiques, en fonction des réalités locales, à tous les âges de la vie, et en particulier à des moments clés :** parentalité et jeune enfance, entrée dans la vie active, départ à la retraite, entrée dans le grand âge.
- **Poursuivre une politique active de dépistage organisé et de vaccination,** en rétablissant la confiance dans les vaccins et en étendant l'obligation de vaccination à tous les professionnels de santé ou intervenants auprès de personnes à risque.
- **Rendre le Nutri-Score obligatoire au 1<sup>er</sup> janvier 2022 et appliquer aux produits classés A (meilleure qualité nutritionnelle) le taux hyper réduit de TVA de 2,1 %.**



### **Systematiser des actions de prévention dans les protocoles de parcours patients**

en tirant profit des potentialités offertes par l'exercice regroupé et coordonné au sein d'espaces de santé pluriprofessionnels, le partage de compétences entre professionnels de santé et la valorisation de l'historique des données renseignées dans le Dossier Médical Partagé (DMP).



### **Valoriser les données de santé et sociodémographiques du Health Data Hub en appui à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des stratégies et actions de prévention.**

Cette recommandation concerne toutes les parties prenantes : le ministère de la santé, les assurances maladies obligatoire et complémentaires, les collectivités territoriales, etc. Cela suppose dès lors d'assouplir les règles de partage sélectif des données de santé.





## RÉORGANISER L'OFFRE DE SANTÉ AUTOUR DES BESOINS DE SANTÉ DE LA POPULATION : ACCESSIBILITÉ, CONTINUITÉ ET QUALITÉ

### 🔗 CONSTATS

La crise liée à l'épidémie de la Covid-19 a mis en évidence trois faiblesses de l'organisation de l'offre de santé déjà identifiées et documentées :

- > Le cloisonnement des acteurs de santé, la balkanisation de l'offre de premier recours et la difficulté de partager l'information médicale
- > Un système excessivement hospitalo-centré au détriment du premier recours et du secteur médico-social
- > La complexité de l'organisation des parcours et de l'orientation des personnes dans le maquis de l'offre de soins

Ces trois points faibles sont le produit de réformes successives ayant conduit :

- > À des enveloppes de financement séparées, gérées par des acteurs différents et avec des modes de régulation distincts
- > À des modes d'exercice professionnel différents et donc des modes de rémunération hétérogènes (salarial majoritaire à l'hôpital, exercice libéral majoritaire en ville)
- > À une prééminence du curatif sur le préventif, une sur-valorisation des plateaux techniques lourds, une hyper-spécialisation des professionnels médicaux et un tropisme hospitalier
- > À une coordination de l'offre imposée au seul secteur hospitalier public avec la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT) là où elle se fait en ville sur le mode du volontariat et de l'incitation
- > À un périmètre strict des rôles et des missions des différents professionnels de santé, en particulier des professionnels paramédicaux, avec des résistances récurrentes au partage de compétences.

Le cloisonnement entre les acteurs restreint les coopérations entre professionnels de santé et la prise en charge pluriprofessionnelle des patients, pourtant devenue indispensable avec le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques.

En effet, plus d'un assuré du régime général sur trois vit avec une ou plusieurs maladies chroniques, soit près de 20 millions de personnes, un effectif en constante croissance<sup>7</sup>.

Les points d'entrée dans le système de soins sont multiples, notamment les urgences hospitalières, avec des dépenses qui pourraient être évitées (réhospitalisations, prescriptions d'actes ou traitements redondants ou inutiles) mais aussi des interventions et actes utiles non prescrits ou une

<sup>7</sup> Cnam, *Rapport charges et produits pour 2020*, juillet 2019



mauvaise observance des traitements. La dispensation de soins considérés comme non pertinents entraîne des surcoûts de 20 à 30 % pour le système de santé soit 40 à 60 milliards d'euros<sup>8</sup>.

Les atouts de l'exercice coordonné sont pourtant nombreux pour le patient et les professionnels de santé : renforcement de la prévention, de l'efficacité et la qualité de la prise en charge pour les premiers et amélioration des conditions d'exercice pour les seconds. D'ailleurs, selon une enquête de la commission des jeunes médecins du Conseil National de l'Ordre des Médecins (Cnom), en 2019, seuls 3 % des internes envisagent un exercice libéral isolé.

Ma Santé 2022 a promu les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pour établir un pont entre les établissements de santé, le secteur médico-social et ambulatoire en prévoyant un maillage complet du territoire d'ici 2022. Cependant, le dispositif repose sur l'initiative des professionnels et leur capacité à convaincre l'ensemble des acteurs d'un territoire librement défini. Il laisse ainsi entière la problématique des zones blanches et de l'égal accès aux soins. Aujourd'hui, elles n'ont pas démontré leur plus-value et apparaissent bien souvent comme une strate supplémentaire au sein d'une organisation déjà complexe.

Dès lors, alors que 5,4 millions de Français sont dépourvus de médecin traitant et en l'absence d'outils digitaux efficaces (en décembre 2019, seulement 8,4 millions de DMP étaient ouverts soit 12 % de la population), c'est largement sur le patient et son entourage que pèsent l'orientation et la coordination des soins.

Alors que 7,4 millions de personnes, soit 11,1 % de la population, vivent dans des communes où l'accès à un médecin généraliste est potentiellement limité en 2018 (Drees, 2020), il est urgent de réorganiser l'offre pour garantir accessibilité, continuité et qualité des soins.



<sup>8</sup> Cnam, rapport charges et produits pour 2020, juillet 2019



### Comparaison internationale

En Suède, le parcours du patient s'appuie sur :

- > Une gradation adéquate des soins primaires, reposant sur un premier accueil par une médecine de ville regroupée et facile d'accès, qui permet un adressage efficace et évite un recours excessif à l'hôpital
- > Une coordination inter-établissements efficace, facilitée par des échanges de données en temps réel
- > Une forte maturité digitale
- > Des modes multiples de distribution des médicaments pouvant participer à fluidifier les interactions et améliorer l'expérience patient.

## PROPOSITIONS

Afin de réconcilier les besoins de santé des patients avec les aspirations des professionnels, l'offre de soins doit engager une mutation profonde pour faire de l'exercice regroupé la règle en premier recours et permettre ainsi au secteur hospitalier de se recentrer sur ses missions.

À cette fin, la Mutualité Française porte les propositions suivantes :



### **Mettre fin à l'exercice isolé des professionnels de santé du premier recours et généraliser des espaces de santé pluriprofessionnels d'ici cinq ans via 4 leviers principaux :**

- **La minoration sensible de la rémunération des professionnels du premier recours intervenant en dehors d'un espace de santé pluriprofessionnel (ESP)**
- **La diversification des modes de rémunération des professionnels de santé :** rémunérer à l'acte pour les recours ponctuels au système de soins, au forfait les épisodes de soins faisant intervenir plusieurs professionnels et à la capitation les prises en charge globales du patient pour favoriser la coordination, la pertinence des soins et la réalisation d'actions de prévention. Ces modes de financement doivent être lisibles pour les acteurs et associer tous les financeurs, en particulier les organismes complémentaires.
- **L'accélération du partage et des délégations de compétences pour libérer du temps médical et optimiser les ressources médicales et paramédicales :** les textes organisant les compétences des professions de santé doivent être assouplis pour autoriser plus largement des juxtapositions de périmètres. Par ailleurs, les espaces de santé pluriprofessionnels (ESP) doivent pouvoir se doter de protocoles de coopération en fonction de leurs ressources propres (par exemple : possibilité plus large laissée à un infirmier de prescrire et/ou d'adapter les traitements d'un malade chronique). Ces protocoles seraient déclarés auprès de l'ARS et non plus autorisés.
- **L'accélération du partage sélectif d'informations et l'alimentation obligatoire du DMP** par les professionnels de santé pour améliorer la pertinence des actes et pour optimiser le recours au système de soins, au bénéfice du patient. L'ergonomie et la hiérarchisation des informations au sein du DMP doivent être refondues pour faciliter son utilisation quotidienne par les patients et par les professionnels. La compatibilité avec les logiciels des professionnels de santé et les possibilités d'alimentation directe doivent faire l'objet d'une action forte auprès des éditeurs. Le DMP permet également de compléter en sécurité les prises en charge physiques et facilite la dématérialisation des prescriptions, comptes rendus d'analyses médicales, imagerie médicale, comptes rendus de sortie d'hospitalisation, etc. Face aux enjeux de sécurité des données et d'interopérabilité, la Mutualité Française est attachée au portage de cet outil par la puissance publique pour éviter le foisonnement de solutions concurrentes.



### **Assurer la continuité des soins et des prises en charge en positionnant le premier recours comme le point d'entrée dans le système et en décloisonnant les secteurs**

L'hôpital doit cesser d'être le lieu où les patients convergent en première intention ou par défaut s'ils n'ont pas trouvé de réponse adaptée à leurs besoins (notamment en termes de délai ou de coût).

- Le recours en proximité au sein d'espaces de santé pluriprofessionnels (ESP) doit être systématisé pour les soins non programmés et la prise en charge des maladies chroniques stabilisées. Cela implique une action politique volontaire pour accélérer les regroupements en simplifiant les conditions réglementaires de constitution et de portage de projet et les conditions d'exercice coordonné.
- L'organisation hospitalière pourra être revue en fonction des capacités des ESP à répondre aux besoins des patients : déploiement de consultations spécialisées et d'équipes mobiles, utilisation des nouvelles technologies et prise en charge d'actes chirurgicaux (plateaux techniques) et d'hospitalisations en ambulatoire. Les CHR et CHU seront recentrés sur des prises en charge spécialisées et de pointe.



### **Pérenniser la pluralité de l'offre hospitalière en instaurant une équité de traitement des établissements participant au service public hospitalier (public et privé non lucratif)**

Harmoniser et simplifier les règles de fonctionnement et de financement, alléger l'exercice de la tutelle.



### **Mettre à disposition une « plateforme de l'offre de soins » (web, application, téléphone) pour faciliter l'orientation du patient et lui garantir un choix éclairé**

Cette plateforme serait alimentée tant par les retours des enquêtes de satisfaction et d'expérience patient que par les expertises, les capacités d'accueil, la disponibilité en temps réel, etc.



### **Capitaliser sur le virage de la télémédecine et du télésoin opéré durant la crise**

Les usages doivent être confortés pour compléter efficacement les prises en charge physiques. Notamment parce qu'elles matérialisent le soutien à domicile, les téléconsultations doivent entrer dans le droit commun de la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire. Il est également nécessaire de poursuivre l'extension du périmètre des professionnels autorisés à pratiquer du télésoin (par exemple réalisation en télésoin des actes techniques de bilan visuel par un opticien).

## FOCUS



### LE SECTEUR HOSPITALIER : une organisation réconciliant les impératifs de qualité, de sécurité et de proximité

Réponse politique aisée à la demande de proximité de soins, l'offre hospitalière de court séjour (MCO) reste morcelée entre de trop nombreux établissements (1 900 à ce jour). Or outre le coût, l'éclatement des sites induit une dispersion des compétences soignantes et des risques en termes de sécurité et de qualité des soins. À l'inverse, concentrer l'activité permet la constitution d'équipes -chirurgicales, médicales et soignantes- plus nombreuses, plus efficaces et plus sûres, en réalisant de nombreux actes, gage d'efficacité et donc de qualité et de sécurité. Cela permet également la mobilisation de moyens en équipements et technologies de plus en plus complexes et coûteux, mais encore, de répondre aux demandes d'exercice collectif et aux questions de démographie médicale.

Cette concentration de l'offre doit se faire dans le respect de l'équité de traitement entre les établissements exerçant la mission du service public hospitalier. Elle permet pour toutes les spécialités de relever les seuils d'activité par acte à réaliser afin d'offrir le plus haut niveau de qualité et de sécurité que chaque Français est en droit d'attendre. Avant toute fermeture de site hospitalier, il conviendra de s'assurer que le premier recours et les ESP sont bien en capacité d'assurer les continuités de prise en charge.

Par exemple, en matière d'obstétrique, la gradation des soins de maternité a incontestablement amélioré les données de morbidité. Elle a néanmoins engendré de nombreuses inquiétudes et oppositions qu'il serait possible de lever en assurant une continuité des soins depuis le suivi de la grossesse par l'ESP jusqu'à l'accouchement en établissement.

Au-delà de l'organisation de l'offre, l'exigence de qualité doit être portée par un levier financier plus incitatif. La Mutualité Française souhaite sauvegarder un financement hospitalier médicalisé, fondé sur la nature et le volume des activités réalisées, complété par des financements rémunérant la qualité, les parcours/ville hôpital et les caractéristiques socio-démographiques des territoires.





## LES ESPACES DE SANTÉ PLURIPROFESSIONNELS : une équipe de soins au service des patients d'un territoire

L'objectif est que tous les Français aient accès et désignent librement un espace de santé pluriprofessionnel (ESP) comme son « équipe de soins traitante », version actualisée et collective du médecin de famille. Comme dans le parcours de soins coordonné aujourd'hui, la consultation de l'ESP de rattachement conditionne les niveaux de prise en charge par l'assurance maladie et par les complémentaires.

Chaque ESP s'organise librement en fonction de ses ressources professionnelles, l'objectif recherché étant de proposer à ses patients l'offre la plus élargie possible, en termes de professions et spécialités et en termes d'accessibilité (horaires élargis, soins non programmés, tarifs modérés...).

Chaque territoire peut accueillir plusieurs ESP, en fonction des ressources disponibles et d'un équilibre entre qualité des prises en charges pluridisciplinaires et taille. De même, l'ESP peut tout aussi bien être regroupé sur un seul lieu ou être éclaté.

La fonction de coordination au sein de la structure peut être exercée par tout profil, personnel administratif ou soignant dont les missions seraient notamment l'appui à la concertation pluriprofessionnelle, la planification des interventions auprès des patients et l'orientation du patient dans le système de soins en dehors de l'ESP. En contractualisant avec l'ensemble des offreurs de soins – hôpitaux, Ehpad, Ssiad, etc. –, l'ESP devient la porte d'entrée dans les secteurs hospitaliers et médico-sociaux.

Pour tirer parti de l'exercice regroupé, les périmètres respectifs des compétences des professionnels de santé doivent être revus ainsi que les freins à l'exercice mixte (libéral-salarié, ville-hôpital, privé-public).

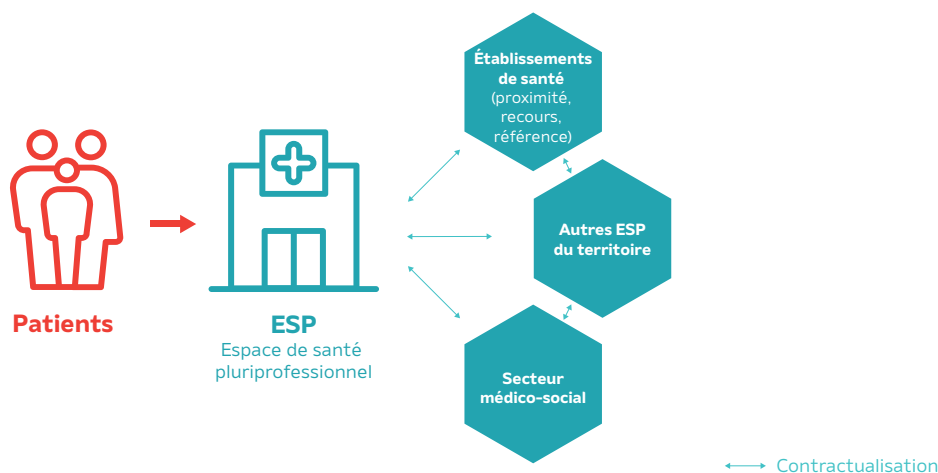
### Bénéfices pour les patients :

- une meilleure accessibilité à des plateaux techniques et des équipements de proximité
- une plus grande disponibilité des professionnels du fait des gains de coordination
- un partage d'informations rendu systématique, dans un DMP optimisé, permettant de déployer des protocoles de soins complets, des actions de prévention et de constituer un point d'articulation et de continuum entre le domicile, l'hospitalisation et le secteur médico-social en charge des personnes en situation de handicap et des personnes âgées.

### Bénéfices pour les professionnels de santé :

- des conditions d'exercice collectif et des trajectoires de carrière des professionnels de santé
- accueil de stages et de missions de recherche en soins primaires.

L'ESP perçoit une rémunération mixte composée d'une part minoritaire à l'acte et d'une part majoritaire à la capitation (fonction du volume et des caractéristiques sanitaires de sa patientèle) et à la qualité (fonction du taux d'atteinte des objectifs de santé publique). Il est donc intéressé à l'amélioration globale de l'état de santé de sa patientèle et à un recours optimisé à ses ressources médicales et paramédicales.





## ORGANISER UN ACCOMPAGNEMENT DE LA PERTE D'AUTONOMIE QUI GARANTISSE LA LIBERTÉ DE CHOIX DU LIEU DE VIE ET LIMITE LE RESTE À CHARGE

### 🔗 CONSTATS

Les dysfonctionnements du système de santé sont encore plus aigus pour les personnes âgées en situation de perte d'autonomie et les difficultés qu'elles peuvent rencontrer dans leur parcours agissent comme un miroir grossissant.

Ainsi, 7 Français sur 10 âgés de 45 ans et plus se disent mal informés sur leurs droits et l'offre d'accompagnement existante<sup>9</sup> et le poids de l'orientation dans le parcours est transféré aux proches aidants qui pour autant sont, pour la moitié d'entre eux, en activité professionnelle. 90 % des aidants salariés ressentent davantage de fatigue et de stress, 80 % rencontrent des difficultés pour concilier vie professionnelle et rôle d'aidant, et un aidant actif s'arrête seize jours de plus qu'un collègue non-aidant.

Par ailleurs, si l'âge est incontestablement un facteur de risque d'aggravation de l'état de santé des personnes ayant contracté la Covid-19, la crise sanitaire a aussi douloureusement mis en exergue les carences du modèle de l'Ehpad tel qu'il existe aujourd'hui, faiblement médicalisé et structurellement en marge des préoccupations des autorités sanitaires. En effet, alors qu'ils représentent moins de 1 % de la population française, les résidents en Ehpad auront représenté plus de la moitié des décès liés à la Covid-19. Par ailleurs, les mesures de confinement de la population âgée, prises parfois sans considération éthique, n'ont pas évalué ex ante et mis en balance les risques d'accélération de la perte d'autonomie du fait de l'isolement social.

<sup>9</sup> Source : Étude Harris Interactive pour la Mutualité Française (juin 2018)

Reste à charge  
en Ehpad

2000€/mois

10 fois

plus qu'en Suède  
ou au Danemark

## Comparaison internationale

La Suède consacre 3 % de son PIB à la prise en charge de la perte d'autonomie contre 1,4 % en France. Par ailleurs, la Suède et le Danemark se distinguent par un coût moyen mensuel de leurs établissements de type Ehpad très significativement inférieur à celui d'autres États : 1 300 à 1 450 euros contre 2 450 euros en France et 3 000 euros en Allemagne.

La France se caractérise également à la fois par une concentration de l'offre avec seulement 1 % des personnes en situation de perte d'autonomie qui résident dans une structure non médicalisée (ou résidence intermédiaire) et par un taux d'hébergement en Ehpad élevé (41 %) contre en moyenne 32 % en Europe et 12 % au Canada.

Le reste à charge des Français en Ehpad est l'un des plus élevés en Europe. Il atteint 2 000 euros par mois<sup>10</sup> pour une personne (en GIR<sup>11</sup> 1 et 2), un montant 10 fois plus élevé qu'en Suède ou au Danemark<sup>12</sup>.

## PROPOSITIONS

Dans ce contexte, tant le diagnostic que la vingtaine de propositions formulés par la Mutualité Française en décembre 2018 restent valables sur le besoin de coordination, la transformation de l'offre médico-sociale, le soutien aux aidants et la baisse du reste à charge des familles, en particulier :

9

**Permettre et renforcer la représentation spécifique des personnes âgées dans l'ensemble du système de santé et dans les dispositifs installés sur les territoires**

10

**Créer un guichet unique, le service départemental de l'autonomie, et la fonction de « coordonnateur autonomie »**

pour simplifier l'accès à l'information et l'orientation des personnes et de leurs aidants vers les différents services de proximité (prévention, aides financières, plateforme de ressources gériatriques...) tout au long de leur parcours.

<sup>10</sup> Source : Drees, calculs FNMF

<sup>11</sup> GIR : le groupe iso-ressources correspond au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée. Il est calculé à partir de l'évaluation effectuée à l'aide de la grille AGGIR. Il existe six GIR : le GIR 1 est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le GIR 6 le plus faible. Seules les personnes évaluées en GIR 1 à 4 peuvent bénéficier de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie).

<sup>12</sup> *Rapport Health at a Glance 2017*, OCDE 2017.





### **Transformer le modèle de l'Ehpad, renforcer et ouvrir ses compétences médicales sur le territoire, afin d'en faire un centre de ressources gériatriques**

- Pour mieux accompagner la prise en charge des personnes en perte d'autonomie, les Ehpad devront être plus médicalisés notamment par la salarisation de médecins généralistes, la présence d'infirmières en pratiques avancées, y compris la nuit, l'équipement médical de certains lits et la création de nouveaux postes de soignants (coordonnateur de parcours). Les Ehpad s'inscriront en proximité en contractualisant avec les espaces de santé pluriprofessionnels (ESP) et l'offre hospitalière.
- Les Ehpad constitueront des plateformes gériatriques de proximité proposant un bouquet de services modulables et adaptés aux personnes à domicile : télésurveillance 24 h/24 h, équipes mobiles, télémédecine, dispositifs de répit pour les aidants ou aide aux démarches administratives par exemple.



### **Renforcer le soutien à domicile et la logique de parcours de prise en charge de la perte d'autonomie**

Avec une gradation fluide de la médicalisation facilitée par la fusion des statuts des organisations de maintien à domicile actuellement silotées (exemple : HAD, SSIAD, SAAD).



### **Organiser et sécuriser le soutien et l'accompagnement à domicile**

En revalorisant la filière des métiers du domicile et en généralisant les dispositifs d'accompagnement renforcé à domicile et les actions de prévention et de dépistage des fragilités.



### **Imposer l'interopérabilité des systèmes d'information des différents services de prise en charge et le partage des informations entre tous les professionnels de santé intervenant dans le parcours (domicile/établissement, Ehpad/hôpital...)**

Il s'agit notamment de faciliter et sécuriser les changements de prises en charge des personnes et d'assurer la bonne information pour les équipes de soins et d'accompagnement. Un volet de synthèse dédié à la prise en charge de la perte d'autonomie pourrait être envisagé dans le DMP.



### **Limiter le reste à charge des familles**

D'une part en plafonnant et en modulant les tarifs des Ehpad aux ressources et d'autre part en instaurant une couverture généralisée solidaire en complément d'un socle élevé de solidarité nationale.



## REFONDRE LA RÉGULATION DU SYSTÈME POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DE SANTÉ ET AUX SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES

### 🔍 CONSTATS

L'organisation administrative des ARS et la multiplicité de leurs missions ont complexifié leur gestion de la crise. En effet, elles sont en charge de la planification de l'offre, de la régulation, du contrôle, de la sécurité sanitaire, d'une responsabilité particulière dans l'équilibre financier des établissements publics de santé, etc. Or elles n'ont pas toutes appréhendé la globalité de leur périmètre et, dans l'urgence, ont organisé une réponse à la crise privilégiant le système hospitalier, notamment public. Ce faisant, au moins dans un premier temps, et aussi du fait de l'absence de structuration du premier recours, elles se sont privées de la moitié des ressources de soins et le premier recours a légitimement considéré avoir été écarté.

Les ARS avaient été créées notamment pour mettre fin à l'hospitalo-centrisme. La gestion de la crise dans certains territoires démontre que l'objectif n'est pas toujours atteint. De plus, au fil du temps, leur mission de tutelle de l'hôpital public est apparue comme en partie incompatible avec leur mission de régulation de la totalité de l'offre de soins sur le territoire.

Par ailleurs, la régulation de notre système de santé implique de nombreux autres acteurs. Dans sa composante offre de soins, les ARS partagent ces responsabilités avec l'Assurance maladie et la Direction générale de l'offre de soins. Dans sa composante financement, elle est exercée par la Direction de la sécurité sociale, la Direction générale de l'offre de soins, l'Assurance maladie, les ARS et enfin le Comité économique des produits de santé.

La France consacre déjà 12 % de son PIB à la santé. Il s'agit de repenser l'allocation de ces moyens et d'optimiser les ressources médicales et paramédicales. L'élément central de la régulation financière tient à la fixation d'objectifs de dépenses et à la Loi de Financement de la Sécurité Sociale qui fixe les conditions nécessaires à l'équilibre financier. L'Ondam présente des limites qui tiennent à ses modalités de construction et à ses leviers d'action. Le fait qu'il ne propose qu'une vision partielle des dépenses de santé est délétère sur des segments stratégiques tels que la prévention santé ou le secteur médico-social. En outre, son approche annuelle, fondée sur des taux d'évolution présente deux écueils majeurs : celui de ne pas s'interroger sur le niveau antérieur et sa capacité à répondre aux besoins de santé et celui d'une vision court-termiste, en décalage avec la prospective sur les grandes transformations des prises en charge (virage ambulatoire, etc.).

Par ailleurs, le cadre de négociation conventionnelle, qui associe l'Uncam, les organisations syndicales représentatives des professionnels de santé et l'Unocam et fixe notamment les éléments

Espérance de vie  
à la naissance

+5,7 années

pour les  
Hauts-de-Seine  
par rapport  
à l'Aisne

Source : Insee 2019

de rémunération des professionnels, encourage la segmentation et la concurrence entre professions. Une révision est nécessaire afin de s'écarter d'un système peu adapté aux parcours de santé.

Selon les acteurs concernés par la régulation, les modes d'intervention et les référents sont très hétérogènes. Le système est ainsi difficile à déchiffrer et sa lisibilité d'ensemble n'est pas assurée.

Au niveau de la déclinaison territoriale, les cloisonnements du pilotage se retrouvent entre soins et prévention d'une part, entre hôpital, ville et secteur médico-social d'autre part. Ce cloisonnement empêche la coopération entre les professionnels des différents secteurs, l'orientation fluide du patient et l'organisation de parcours de soins. La mise en place de nombreux dispositifs de coordination (CPTS, Clic, PTA, Paerpa, etc.) n'aura pas suffi à améliorer cette situation.

### Comparaison internationale

En Allemagne, les États régionaux (Länder) possèdent la plupart des hôpitaux universitaires. Les municipalités jouent un rôle dans les activités de santé publique et possèdent environ la moitié des lits d'hôpitaux. La régulation est déléguée à des associations autonomes (les KV) au sein de caisses maladie, et à des associations de fournisseurs de soins, représentées par un organe principal, le Comité mixte fédéral.

## PROPOSITIONS

Pour répondre aux besoins des usagers et à l'aspiration légitime de justice entre les territoires et de lutte contre les disparités territoriales, le système de santé doit être régulé par la demande et non plus par l'offre. La Mutualité Française considère qu'il faut réinterroger les rôles respectifs des différents acteurs de la gouvernance :

16

### Positionner l'État comme le stratège et le garant du principe d'égalité

qui fixe les grandes orientations et les résultats de santé publique à atteindre avec une trajectoire réaliste (donc aussi avec les moyens nécessaires). Cela suppose de disposer de compétences transversales de valorisation de la connaissance et des données pour fonder les politiques de santé et modéliser les études d'impact et les cadres d'évaluation, d'animation du réseau et de gestion prospective des compétences.

17

### Recentrer les ARS sur deux missions régaliennes : la sécurité sanitaire et la régulation de l'offre

Les ARS doivent se transformer en « régulatrices des services rendus à la population »<sup>13</sup>. Pour ce faire, elles doivent se détacher de leur ambiguïté vis-à-vis du secteur hospitalier public et s'assurer en neutralité de la complémentarité et des subsidiarités entre tous les acteurs. Par ailleurs, les usagers et les collectivités représentés au sein de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) doivent être davantage associés aux décisions des ARS. La CRSA doit pouvoir formuler des avis opposables et, à la majorité qualifiée, s'opposer à l'adoption du projet régional de santé.

18

### Assurer l'équilibre des comptes sociaux en imputant au budget de l'État la charge des décisions prises par le Gouvernement dans le cadre de l'épidémie de la Covid-19

<sup>13</sup> Hcaam, contribution à la transformation du système de santé, rapport 2018

19

## Reconfigurer l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam)

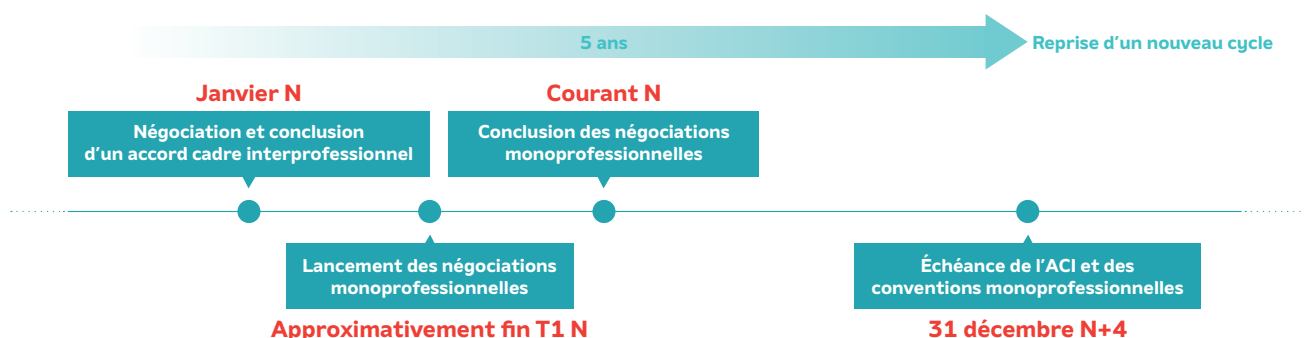
Le mouvement de pluri-annualisation de l'Ondam amorcé sur les dépenses hospitalières doit être étendu à l'ensemble des objectifs de dépenses. Les enveloppes ville et hôpital doivent être fusionnées au sein d'une enveloppe « activité » pour correspondre à la médicalisation de la régulation et assurer l'opérationnalisation des parcours. À l'inverse, des enveloppes doivent être sanctuarisées notamment l'investissement et la recherche.

20

## Réviser le processus conventionnel avec l'assurance maladie obligatoire et complémentaire en priorisant les négociations pluriprofessionnelles

En premier lieu, les usagers du système de santé et les fédérations hospitalières et du secteur médico-social doivent systématiquement être associés aux négociations. En second lieu, les négociations seront organisées en cycles d'une durée de cinq ans débutant nécessairement par une négociation pluriprofessionnelle (accord-cadre interprofessionnel) déclinée éventuellement par profession. Le périmètre de l'ACI sera étendu aux partages de compétences et à leur rémunération. Cette solution suppose une révision des modalités de représentativité des professionnels, à tout le moins une reconnaissance des fédérations représentant les ESP.

### > Cycle des négociations conventionnelles



## FOCUS

### TRANSFÉRER AUX RÉGIONS

#### une compétence spécifique sur la prévention et la promotion de la santé

Au regard de la territorialisation des déterminants de santé et pour que les conditions les plus favorables à la santé s'inscrivent dans le quotidien des citoyens, la promotion de la santé exige une politique qui dépasse les considérations du soin. La région apparaît comme la collectivité la plus à même de définir et porter une politique de prévention santé à la fois intersectorielle et adaptée aux contextes locaux. Les intérêts de santé publique et de prévention doivent être portés politiquement et démocratiquement en synergie avec les autres compétences des régions telles que l'aménagement du territoire, les transports, l'éducation et la formation professionnelle, le développement économique et le sport. La voie de la contractualisation avec les opérateurs de prévention serait ensuite privilégiée.

Le transfert de cette compétence a pour corollaire le transfert de moyens humains et financiers dévolus aux ARS dans le domaine de la prévention et promotion de la santé.



## CONSOLIDER UNE FILIÈRE SANTÉ SOUVERAINE ET SOLIDAIRE POUR ASSURER LA CONTINUITÉ ET LA SÉCURITÉ DES APPROVISIONNEMENTS À L'ÉCHELON NATIONAL ET EUROPÉEN

### 🔗 CONSTATS

L'épisode de crise sanitaire a montré la résilience de l'approvisionnement en médicaments du quotidien puis l'existence d'un tissu industriel réactif ayant permis d'initier dans des délais raisonnables des productions locales. Il a aussi révélé l'abandon par les pouvoirs publics de la constitution de stocks stratégiques des dispositifs indispensables de protection des professionnels de santé et de la population, obligeant à des distributions prioritaires, avec des secteurs entiers servis en dernier recours comme les aides à domicile ou les Ehpad.

### Comparaison internationale

En Suède, les patients peuvent se faire livrer leurs médicaments à domicile en passant commande sur le site de leur pharmacie habituelle à l'aide de leur identifiant unique BankID.

52%

Part des Français intéressés pour obtenir traitements et dispositifs médicaux autrement



## PROPOSITIONS

Les difficultés d'approvisionnement en masques et gel hydro-alcoolique ont grandement nourri le sentiment de défiance des Français envers les décideurs politiques durant l'épisode de crise. Les enseignements doivent en être tirés par les pouvoirs publics et les autorités sanitaires pour garantir à l'avenir aux professionnels de santé et aux citoyens l'accès aux traitements, dispositifs médicaux et matériels de protection :

21

### **Revisiter la doctrine des stocks stratégiques**

et anticiper les besoins en médicaments, dispositifs médicaux et matériels de protection en temps de crises sanitaires

22

### **Stimuler une recherche scientifique d'utilité publique et à un échelon européen**

pour davantage de résilience face aux risques sanitaires (exemple : antibiothérapie)

23

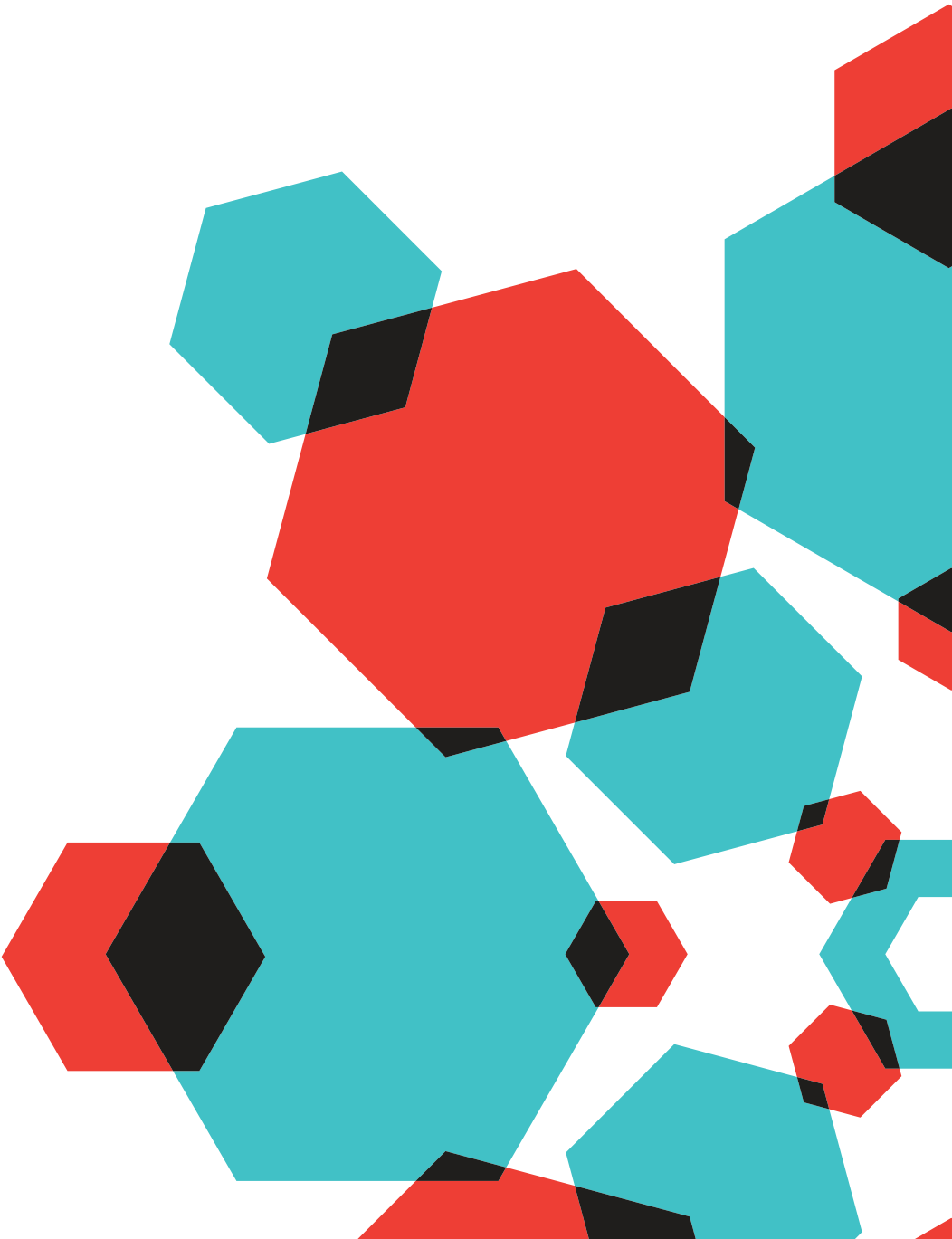
### **Relocaliser de manière viable la production de médicaments et dispositifs médicaux dans le cadre d'une filière de la santé solidaire à un échelon européen**

source de valeur ajoutée et de création d'emplois, incluant recherche, industriels, health techs et prestataires de soins publics, privés et privés non lucratifs.

24

### **Faciliter la distribution des médicaments, dispositifs médicaux et équipements de protection individuelle**

en développant la e-prescription et la livraison par les pharmaciens d'officine et en enrichissant les garanties et offres de services des mutuelles.





## **LES MUTUELLES S'ENGAGENT** dans la transformation du système de santé

Que ce soit comme financeurs des soins, comme professionnels de la santé et offreurs de services, comme acteurs de prévention ou comme employeurs de l'économie sociale et solidaire, les mutuelles sont partie prenante à la transformation du système de santé.

Elles s'engagent, aux côtés des collectivités territoriales et des professionnels de santé, à décliner en actions les axes de prévention définis par les pouvoirs publics et à participer à tout programme d'évaluation et de partage des actions probantes. Elles accompagnent et outillent leurs adhérents, en particulier les entreprises, dans leurs stratégies de prévention des risques épidémiques et de protection de leurs salariés.

Via notamment les Unions régionales de la Mutualité Française, les mutuelles accompagneront des projets d'espaces de santé pluriprofessionnels. Elles s'engagent à mettre en place dans leurs services de soins et d'accompagnement mutualistes des partages de compétences entre professionnels de santé. Elles s'engagent à cofinancer les rémunérations forfaitaires et à garantir la qualité des équipes de soins.

Elles poursuivront leurs projets de refonte de l'accompagnement des personnes âgées en situation de perte d'autonomie à leur domicile ou dans leur Ehpad.

Elles s'engagent à introduire l'éthique dans toute réflexion et entreprise de valorisation des données de santé et dans les potentialités qu'offre l'intelligence artificielle pour les mettre au bénéfice de la réduction des inégalités de santé et de l'amélioration de l'accès aux soins.