



Contribution du Groupe VYV

Au document de travail du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) : « La place de la complémentaire santé et prévoyance en France »

Mars 2021



Groupe VYV, Union Mutualiste de Groupe soumise aux dispositions du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 532 661 832, numéro LEI 969500E016R1LLI4UF62. Siège social : Tour Montparnasse - 33, avenue du Maine - BP 25 - 75755 Paris Cedex 15.

GROUPE
vyv



Introduction

C'est dans les moments de crise aigüe que l'on mesure l'importance de disposer d'un système de santé solidement organisé et financé. C'est aussi dans ces moments-là que l'on remarque plus clairement ses limites et qu'émergent les méthodes, démarches et solutions pour le rendre, plus juste, plus efficient et plus utile pour la santé de tous.

La crise sanitaire a participé à une forme de redécouverte de la protection sociale, non pas au sens financier, mais au sens d'universalité et de mutualisation. Elle a sans doute renforcé notre besoin de sécurisation en apportant une expérience à chacun, quel que soit son milieu.

La France dispose d'un système mixte ou hybride de financement de la santé qui associe un régime de base d'assurance maladie obligatoire et universel (la Sécurité sociale pour faire simple), et des organismes complémentaires d'assurance maladie privés (les OCAM), au premier rang desquels figurent les mutuelles de santé, comme celles qui composent le Groupe VYV.

Cette mixité des financements par la Sécurité sociale et les OCAM possède des qualités reconnues et indéniables. Elle permet d'offrir aux usagers du système de santé les restes à payer les plus faibles d'Europe selon une étude du Ministère de la santé¹. Existant depuis plus de 70 ans, ce système fondé au sortir de la Seconde Guerre Mondiale est désormais bien rodé. Il est fonctionnel et solide, y compris par temps de crise. De plus il est très largement accepté par la population, peut-être la plus importante des qualités d'une politique de protection sociale, qui ne peut fonctionner sans l'adhésion des personnes qu'elle est censée protéger. Enfin, en théorie mais aussi en pratique, *« l'hybridation peut être une force si elle permet de bénéficier des vertus de chaque système : l'universalité et la solidarité pour l'assurance obligatoire, l'adaptation aux besoins et la stimulation par la concurrence pour l'assurance complémentaire »*².

Ce système mixte comporte aussi des limites. L'accumulation de réformes au fil des décennies, rarement pensées dans une logique d'ensemble, a pu produire des incohérences et mêmes des inégalités, qui fragilisent le système dans son ensemble et réduisent la qualité du service rendu aux français, au détriment de leur santé.

¹ « La protection sociale en France et en Europe en 2018 Résultats des comptes de la protection sociale » Panorama de la DREES, page 63.

² « La place de la complémentaire santé et prévoyance en France ». Ce document de travail du HCAAM constitue un état des lieux juridique, statistique et économique identifiant les questions qui se posent dans le secteur. Il s'agit de la première étape d'un travail qui débouchera sur un avis et un rapport du HCAAM à l'été 2021.

Lien : [La place de la complémentaire santé et prévoyance en France | France Stratégie \(strategie.gouv.fr\)](https://strategie.gouv.fr/la-place-de-la-complementaire-sante-et-prevoyance-en-france)



Nous sommes convaincus que les limites du système mixte de financement de la santé doivent être analysées sans tabou et qu'elles peuvent être dépassées à la condition *sine qua non*, de **retrouver la voie du dialogue et d'une réelle complémentarité**.

La protection sociale française depuis son origine se nourrit d'échanges, de concertations et de négociations entre acteurs et professionnels de santé, partenaires sociaux, société civile, adhérents mutualistes, usagers et patients, décideurs publics. C'est ce qui a fait sa force dès ses origines, et constitue le secret de sa longévité.

C'est pourquoi nous nous inscrivons dans une **vision partenariale** telle que proposée récemment par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) visant à « *ouvrir une liberté plus grande de définition des niveaux et contenus des garanties proposées par les assurances complémentaires* »³.

Nous recherchons ici des leviers d'optimisation des ressources des citoyens et de la disponibilité des professionnels de santé auprès des patients. Les mutuelles peuvent contribuer à résoudre certaines des principales tensions de notre système de santé telles que la lutte comme les déserts médicaux.

Nous faisons ici œuvre de propositions à l'adresse de toutes celles et ceux qui, attachés aux valeurs du soin et de solidarité, souhaitent un nouveau partenariat pour l'organisation et le financement de la santé. Ces propositions pourront prendre appui sur les entreprises⁴ et les collectivités publiques notamment avec la réforme de la protection sociale des fonctionnaires.

Nos propositions demeurent mobilisables dans une **nouvelle dynamique institutionnelle organisée par les pouvoirs publics**, en cas de réelle volonté de leur part de contractualiser avec les mutuelles (et les OCAM) sur des enjeux de moyen et long terme notamment les **priorités nationales de santé publique**. Cette hypothèse est une condition nécessaire de mise en œuvre de nos propositions. **L'utilité de la diversité institutionnelle**⁵ des acteurs du système de santé nous semble constituer le principal sujet à poser pour évaluer les jalons des différentes options mises en débat par le HCAAM.

Nos propositions s'appuient sur trois objectifs et deux convictions étayées qui forment le plan de cette note.

1. Ce nouveau partenariat doit permettre **d'améliorer l'état de santé** de la population en misant sur la prévention.

³ Document de travail HCAAM, voir note n°2.

⁴ 87 % des salariés pensent qu'il est du rôle de l'entreprise de contribuer à la bonne santé de ses salariés (Viavoice 2016). 92 % des dirigeants estiment que les actions en faveur du bien-être des salariés sont quelque chose de « vraiment important ». Source : L'observatoire « Entreprise et santé » 2018 Viavoice – Harmonie Mutuelle <http://www.institut-viavoice.com/wp-content/uploads/2018/10/Observatoire-Entreprise-et-Sant%C3%A9-Viavoice-Harmonie-Mutuelle.-Octobre-2018.pdf>

⁵ Au sens de Douglass North (voir partie 5, encadré n°13).



2. Ce nouveau partenariat doit rendre le **système plus efficace** pour faire face aux besoins de santé qui apparaissent, en s'appuyant sur les coopérations territoriales.
3. Ce nouveau partenariat doit **traiter équitablement** l'ensemble des personnes protégées.
4. C'est par **la concertation entre tous les acteurs** que s'élaboreront les fondations de ce nouveau partenariat.
5. Enfin notre conviction profonde est que **le mutualisme**, ses valeurs et ses pratiques demeurent pleinement pertinents pour répondre à ces objectifs

« Le mutualisme a un atout essentiel : il peut appuyer beaucoup des transformations nécessaires en restant lui-même. Bâti sur une longue tradition d'entraide et de soin, disposant d'un modèle démocratique et non lucratif particulièrement résilient, ayant toujours fait de l'innovation sociale et solidaire sa raison d'être, fort de ses millions d'adhérents et de la dynamique de l'économie sociale et solidaire, il est utile en étant fidèle à ses principes, même dans ses réinventions »⁶.

Thierry Beaudet, Président du Groupe VYV

⁶ Thierry Beaudet, « Journal d'une crise. De l'urgence du Covid aux soins du quotidien », paroles d'acteurs, édition l'Aube, juillet 2020.



Encadré n°1 « Qui sommes-nous ? »

Le Groupe VYV, entrepreneur du mieux-vivre Le Groupe VYV est le 1er acteur mutualiste de santé et de protection sociale en France. Autour de ses 4 métiers (Mutuelle et assurance, Services et assistance, Soins et accompagnement, Habitat et logement social), le Groupe VYV développe des offres complètes et personnalisées pour accompagner et protéger tous les individus tout au long de la vie.

Pour aller plus loin dans l'accompagnement, le Groupe Arcade-VYV, nouveau pilier du Groupe VYV, propose un dispositif inédit visant à promouvoir le logement comme un vrai déterminant de santé. Le Groupe Arcade-VYV est le 4e bailleur social de France, par la taille de son parc HLM qui représente 200 000 logements, 5 500 logements construits par an et 681 établissements adaptés aux publics spécifiques.

Créé en 2017, le Groupe VYV œuvre au quotidien pour être utile à tous et à chacun. L'ensemble des composantes du groupe protège **11 millions de personnes** au sein de son écosystème et propose des solutions adaptées à plus de **88 000 employeurs publics et privés**. Le chiffre d'affaires du groupe, intégrant une évaluation du chiffre d'affaires des entités de l'UGM VYV Coopération, est d'environ 10 milliards d'euros ; sur le seul périmètre combiné du Groupe VYV, le chiffre d'affaires est de 8,7 milliards d'euros. Acteur engagé, avec **10 000 élus dont près de 2 600 délégués**, le Groupe VYV innove et anticipe pour construire une société plus équitable et socialement responsable.

À propos de **VYV3, l'offre de soins et d'accompagnement**.

Au sein du Groupe VYV, l'offre de soins et d'accompagnement (VYV 3) a pour ambition de développer une offre de soins de qualité, socialement performante et innovante, au plus près des territoires. Elle rassemble différents métiers autour de plusieurs pôles : les soins, les produits et services, l'accompagnement. **Avec 1 400 établissements de soins et de services en France, VYV 3 compte 30 000 collaborateurs et 1 700 élus**. Son chiffre d'affaires est de 1,8 milliard d'euros (1,7 milliard d'euros en périmètre combiné Groupe VYV)



SOMMAIRE

1. Un nouveau partenariat pour améliorer la santé des français en misant sur la prévention.	7
1-1 Constat : un système hybride peu actif sur la prévention	7
1.2 Propositions pour un nouveau partenariat prévention santé.....	9
2. Un système plus efficient, pour une offre de soins mieux coordonnée sur les territoires.	14
2.1 Agir avec l'offre de soin sur les territoires.	14
2.2 Propositions pour une offre de soins mieux coordonnée sur les territoires.....	16
3. Rendre la complémentaire santé plus équitable.....	22
3.1. Des inégalités exogènes résultant des décisions des pouvoirs publics.....	22
3.2 Des inégalités endogènes résultant du développement de la tarification à l'âge.	24
3.3 Propositions pour une complémentaire santé plus équitable.	25
4- Un système plus efficient, mieux coordonné par une nouvelle méthode de concertation	30
4-1 Agir par une démarche partenariale autour de cinq principes définis par le HCAAM et de trois fonctions	30
4.2 Propositions pour une nouvelle méthode de concertation	35
5 : Les principes mutualistes au cœur du nouveau partenariat pour la santé des Français.	36
LISTE DE PROPOSITIONS	41



1. Un nouveau partenariat pour améliorer la santé des français en misant sur la prévention.

Les défis de santé présents et à venir sont considérables. Vieillesse de la population, montée en puissance des pathologies chroniques et du mode de vie, nouveaux virus et parasites, conséquences du réchauffement climatique et des pollutions diverses etc... Mais aussi et c'est plus heureux, nécessité de financer les thérapies et technologies innovantes, de recruter et de former les personnels de santé en nombre suffisant. La liste est longue⁷ et la tâche immense.

Il paraît difficile d'imaginer que notre pays puisse assumer tous ces défis sans améliorer son système de financement de la santé. Non que ce système basé sur le couple régime obligatoire (RO) et régimes complémentaires (RC) ait démerité, bien au contraire, il a rempli sa tâche plus qu'honorablement, mais l'environnement a changé, les comportements ont évolué, et les sciences et techniques ont progressé.

Plus qu'une révolution, nous n'avons pas le temps pour cela, ni même d'une refondation, les fondations sont solides, l'époque appelle à un nouveau partenariat entre les mutuelles et assureurs santé et les pouvoirs publics qui mette la prévention en son cœur dans un cadre non lucratif.

1-1 Constat : un système hybride peu actif sur la prévention

Le système mixte RO-RC actuel possède indéniablement de grands mérites mais il a aussi ses limites.

De l'avis général, une de ses grandes faiblesses est qu'il ne permet pas de concevoir largement et durablement la prévention. Il a été fondé à une époque où la priorité était de fournir une réponse pécuniaire à un acte de soins. La prévention ne figurait pas parmi ses objectifs premiers. Elle est l'angle mort du système mixte actuel. Aucun acteur ne s'y dédie réellement. L'assurance maladie obligatoire le fait, timidement, et les mutuelles et autres organismes d'assurance santé s'y essaient également. Le tout sans grande efficacité, sans concertation et avec beaucoup d'énergie dépensée et de désillusions à la clef.

Le HCAAM y voit un problème de conception⁸ : « *avant que d'être une question de moyens - au demeurant pas si modestes dans certains domaines - le problème de politique publique posé en matière de prévention est d'abord un problème de conception et de mise en œuvre de l'action publique* ».

Nous faisons nôtre cet autre constat du HCAAM : « *En matière de prévention, chaque acteur de l'AMO ou des assurances maladie complémentaires définit sa propre*

⁷ Lien : [« Pour améliorer notre santé, ne passons pas à côté de l'essentiel ! » | VYV \(groupe-vyv.fr\)](https://www.vyv.fr/actualites/actualites/2017/06/28/pour-ameliorer-notre-sante-ne-passons-pas-a-cote-de-l-essentiel)

⁸ Avis HCAAM du 28 juin 2017.



politique »⁹. Ce manque de concertation et de coordination produit une perte d'efficacité majeure. Le *statu quo* semble difficilement tenable.



Encadré n°2 : des programmes de prévention de « santé publique en milieu professionnel » conçus entre la CNAM et des mutuelles existent déjà avec des effets qui pourraient être amplifiés

L'insuffisance de l'accompagnement santé des fonctionnaires est un constat partagé par les différents acteurs de la fonction publique. MFP Services est devenu un acteur en prévention santé du régime obligatoire dédié aux fonctionnaires de son périmètre. Cette construction faite par MFP Services avec les pouvoirs publics s'effectue exclusivement sous convention publique avec la CNAM par application de son contrat pluriannuel de gestion.

Cela permet à la CNAM de remplir son rôle de préventeur et de suivi de l'état de santé des agents de la fonction publique. Cette construction présente pour l'employeur une opportunité opérationnelle de mise en œuvre d'actions de santé au bénéfice des agents, dans le cadre de ses responsabilités. Cela permet également, au-delà des aspects réglementaires relatifs aux conditions de travail, d'échanger avec les représentants des personnels sur les actions à mener, leur pertinence, leur suivi et leur mise en œuvre.

Des actions de santé publique sont organisées en milieu professionnel. Pour exemple, des campagnes de **dépistage du diabète, de l'hypertension artérielle et du cholestérol** sont effectuées dans les services volontaires de l'administration. **La participation des personnels sur sites** pour cette action est de l'ordre de 24 %. Des personnes diabétiques qui s'ignoraient ont bien été dépistées lors de ces opérations. Hors de ces sites, 43 % des personnels aimeraient bénéficier d'un dépistage du diabète¹⁰.

Pour amplifier cette démarche méconnue, une **meilleure interopérabilité** des actions entre l'Assurance Maladie et les régimes de la fonction publique gérant le régime obligatoire paraît nécessaire :

- par exemple, la surconsommation chez les fonctionnaires de traitements médicamenteux comme les benzodiazépines (anxiolytiques et hypnotiques) ne fait pas l'objet d'une action spécifique par l'Assurance Maladie alors qu'un programme existant de sa mutuelle pourrait y répondre (plateforme de suivi psychologique chez MFP Services par exemple).

- inversement, quand un fonctionnaire est dépisté positivement au diabète ou au cholestérol dans le cadre d'une action proposée sur le lieu de travail, cette information pourrait être transmise avec l'accord du patient au médecin conseil de sa CPAM (par exemple pour intégration dans le dispositif SOPHIA).

Des actions concertées mieux coordonnées sont donc possibles :

- sur la base de données anonymisées de dépenses de soins remboursables, par fixation avec l'Assurance maladie de déterminants de santé et d'enjeux prioritaires pour traiter en amont des priorités nationales de santé publique particulièrement marquées chez les fonctionnaires, afin de cibler des actions spécifiques aux populations concernées (sport santé, suivi psychologique, etc ...)

- par l'engagement des mutuelles à proposer leur agilité et leurs leviers territoriaux pour mener ces actions ciblées de santé publique au travail.

⁹ Document de travail HCAAM, voir note n°2

¹⁰ Source : Baromètre MFPS, 2300 répondants.



A l'évidence, la prévention devrait figurer comme un des piliers de ce nouveau partenariat entre les pouvoirs publics et les mutuelles et organismes complémentaires santé que les patients appellent également de leurs vœux. Selon Gérard Raymond, président de France Asso Santé, « nous pourrions réfléchir au fait que les organismes de complémentaire santé, au-delà du rôle historique de financer une partie des soins, s'engagent plus fortement sur l'éducation à la santé et la prévention. Ces organismes sont totalement légitimes, tout comme l'Assurance Maladie, pour porter des actions de cette nature »¹¹.

1.2 Propositions pour un nouveau partenariat prévention santé.

Pour aider les adhérents d'une mutuelle à prendre soin de leur santé par la prévention, ce nouveau partenariat entre pouvoirs publics et mutuelles et autres organismes d'assurance santé, devrait agir sur plusieurs leviers :

- Reconnaître officiellement un rôle d'acteur et de financeur de prévention aux mutuelles et autres organismes d'assurance santé.
-
- Afin d'optimiser l'efficacité globale du système mixte, les mutuelles pourraient **s'engager à agir dans le cadre fixé par la stratégie nationale de santé et à contribuer à l'efficacité des interventions prises en charge par l'Assurance Maladie.**
- Dans ce cadre, leurs interventions seraient concertées et coordonnées avec celles de l'Assurance Maladie et plus globalement avec celles des autres acteurs de santé. Une instance de concertation est proposée en partie 4.

Autre avantage : ce nouveau partenariat basé sur la prévention conduirait à ce que la concurrence entre mutuelles et autres assureurs santé, se fasse non plus seulement sur des caractéristiques purement économiques (rapport prestations sur cotisations) mais aussi sur des éléments tels que la fourniture des meilleurs programmes et services de prévention aux populations. Cela constituerait une réelle différenciation entre les acteurs porteurs de garanties supplémentaires¹².

Enfin, point essentiel, ce nouveau partenariat permettrait de **financer des actions de prévention peu ou pas prises en charge**. En effet, dans le cadre actuel, un grand nombre de soins pourtant reconnus comme étant efficaces pour améliorer la prévention en santé ne sont actuellement pas pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie. Citons le cas des consultations de psychologues, d'ostéopathes,

¹¹ Gérard Raymond, Président de France Asso santé, in « Dessine-moi une complémentaire santé », co-production Carte Blanche Partenaires et Vovoxx, interview réalisé au 1^{er} semestre 2020.

¹² Garanties supplémentaires au sens du HCAAM : « qui ne donnent pas lieu à une prise en charge par l'AMO et qui ne sont donc présentes que dans le champ des AMC ».



de sport-santé ou même de diététiciens¹³. La Direction de la Sécurité Sociale (DSS) souligne à ce sujet que l'Assurance Maladie n'avait pas vocation à rembourser l'ensemble des activités ayant des externalités positives sur la santé¹⁴.

Face à cette situation peu satisfaisante du point de vue de la santé publique, certaines mutuelles ont décidé de prendre les devants et de rembourser certains de ces actes de prévention. On peut penser aux séances de sport-santé prises en charge dans le cadre de forfaits annuels qui tendent à se développer. Mais cela demeure encore trop peu répandu et concerne trop peu de personnes pour être pleinement efficace sur l'état de santé des populations. Cela s'explique notamment par la difficulté à trouver un modèle économique équilibré pour ce genre de prises en charge supplémentaires encore peu connues des adhérents mutualistes.

Encadré n°3 : exemples de prestations supplémentaires de prévention pouvant être prises en charge par les mutuelles

Nous avons choisi de lister ci-dessous quelques exemples, loin d'être exhaustifs, de suivis et actes de soins que pourraient prendre en charge les mutuelles sous réserve d'une exonération de la taxation pesant sur les assurés qui voudraient souscrire ces garanties.

Il s'agit uniquement de soins aujourd'hui non couverts par le régime obligatoire d'assurance maladie. Pour reprendre la terminologie retenue par le HCAAM, on parlera donc ici de « garanties supplémentaires » en opposition aux « garanties complémentaires » qui viennent en complémentarité des prises en charge du régime obligatoire.

-La prévention de nombreuses maladies par une **modification des modes de vie** (hypertension artérielle, maladies cardio-vasculaires, surpoids et obésité, certains cancers, ...) selon les recommandations HAS et INSERM, notamment par la prise en charge de programmes d'activité physique adaptée réalisées par des professionnels qualifiés et référencés.

-La prévention contre **le surpoids et l'obésité** par la prise en charge de consultations de diététiciens, dans le cadre de parcours de santé (voir partie 2).

-La prévention des **maladies mentales et de l'addiction** par la prise en charge de consultations de psychologues dans le cadre de parcours de santé.

-La prévention des **accidents du travail, des risques psychosociaux** et l'amélioration de la qualité de vie au travail par la prise en charge de sessions de sensibilisation, de formations et d'adaptations au poste de travail.

-La prévention de **douleurs ostéo-articulaires** courantes par la prise en charge de séances d'ostéopathies.

¹³ Les consultations d'un diététicien nutritionniste ne sont pas prises en charge par l'AMO, contrairement à celles du médecin nutritionniste sur la base d'une consultation médicale.

¹⁴ Voir page 94 "La prévention et la prise en charge de l'obésité", Cour des Comptes, novembre 2019.



Une façon d'inciter les adhérents d'une mutuelle ou clients d'une assurance santé à souscrire plus largement ces garanties prévention (encadré n°3) serait de **supprimer la fiscalité pesant sur les cotisations qu'ils versent pour les financer** (encadré n°4).

A l'instar de la TVA réduite existant sur certains produits ou services considérés comme prioritaires, en détaxant les cotisations qui financent des prestations de prévention prioritaires, par exemple dans le cadre d'un « panier prévention », **le législateur générerait un double mouvement incitatif :**

- Tout d'abord, il **inciterait les français à choisir ce type de garanties** rendues moins « chères » du fait d'une taxation moindre, selon le principe de « taxation comportementale ».
- Dans le même temps, il aiderait les mutuelles et autres organismes d'assurance complémentaire santé à trouver un équilibre économique à cette nouvelle mission essentielle pour la santé des Français.

Encadré n°4 : une taxe indifférenciée qui désincite les OCAM à agir au-delà du contrat responsable

Les cotisations des souscripteurs d'assurance santé sont taxées à hauteur de 13,27% au titre de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) à laquelle s'ajoute depuis peu, 0,8% de prélèvement pour financer le forfait patientèle médecins traitant, soit un total de 14,27% (20,27% lorsque le contrat n'est pas considéré comme responsable).

Les principales incitations financières des mutuelles et des OCAM portent donc sur le cadre des contrats dits « responsables » autour de garanties sur une liste croissante de postes de dépenses¹⁵. « Cette sélection de garanties n'obéit pas à une logique explicite. Tout au plus, peut-on constater que les frais de santé relevant de ce socle commun sont le plus souvent des dépenses « individuelles », non liées à la réalisation de risques professionnels, et qui ne trouvent pas de spécificité particulière liée à la personne, en raison par exemple de sa profession, de son statut d'emploi ou encore de son revenu, de son âge et de ses vulnérabilités. » selon le HCAAM¹⁶.

Il convient de préciser que la **perte de recette fiscale pour la Sécurité sociale que représente une baisse de TSA serait compensée en tout ou partie par des gains¹⁷ pour l'assurance maladie obligatoire**. Elle peut s'entendre comme une forme d'investissement ainsi que le suggère le HCAAM dans un avis de juin 2020 sur « l'Evolution des dispositifs de régulation du système de santé¹⁸ ». Ces gains sont

¹⁵ Les garanties incluses sont principalement le forfait journalier hospitalier, le ticket modérateur applicable dans les soins de ville, les dépassements d'honoraires ainsi que les soins dentaires, optiques, et les audioprothèses, trois secteurs dans lesquelles l'AMO assure un remboursement minoritaire et qui ont intégré le socle commun de garanties du contrat responsable.

¹⁶ HCAAM voir note n°2

¹⁷ « La question de l'incitation financière se pose car l'essentiel des gains associés à la prévention est fait par l'AMO » HCAAM 2021 voir note n°2

¹⁸ Le HCAAM recommande « Un traitement particulier pour certaines catégories de dépenses (prévention, prises en charge d'urgences vitales, recherche, investissements, médico-social...), qui feraient l'objet de



également soulignés par la Cour des Comptes qui a récemment proposé une prise en charge de psychothérapies. « *C'est grâce à la mise en place de solutions thérapeutiques éprouvées et de coût modéré que l'on évitera de recourir de manière abusive et souvent inefficace à des soins spécialisés, plus coûteux* »¹⁹.

Enfin, pour permettre aux mutuelles et autres organismes d'assurance santé de réaliser cette mission de prévention, une réflexion autour de l'accès aux informations du système national de données de santé, semble nécessaire, bien évidemment dans le strict respect des règles de sécurité et confidentialité.

Encadré n°5 : favoriser la prévention sur le lieu de travail par l'accompagnement des mutuelles

La santé au travail est identifiée comme une des priorités²⁰ nationales de santé publique. Fort de ce constat et dans une logique de prévention des risques, de nombreuses mutuelles ont développé des savoir-faire en santé au travail. Par ailleurs les entreprises et collectivités sont désormais perçues comme légitimes pour jouer un rôle dans la santé de leurs salariés²¹. En combinant les connaissances que les employeurs ont de leurs métiers et de leurs salariés et les compétences développées par les mutuelles en matière d'accompagnement de parcours de soins, de préventions ciblées ou d'actions d'aide au retour à l'emploi, **nous disposons de gisements d'amélioration importants en termes de santé publique.**

Les mutuelles Chorum, MGEN, MNT, MGEFI, Harmonie Mutuelle, membres du Groupe VYV aident les employeurs qu'ils soient une administration centrale, une collectivité locale ou une entreprise privée grâce à des équipes dédiées (ergothérapeute, psychothérapeute, etc...) à agir notamment sur les troubles psycho-sociaux ou musculo squelettiques. Cela comprend l'identification de facteurs de risques et de facteurs de protection présents dans une structure/établissement/service, ainsi que les domaines sur lesquels agir.

Plusieurs illustrations sont proposées dans les encadrés n°2, 6 et 8.

mesures spécifiques de régulation et seraient soustraites des mesures conjoncturelles sur les prix ou les dotations ". Avis HCAAM de juin 2020.

¹⁹ Cour des Comptes, « *Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie* », Février 2021. La Cour des Comptes propose une prise en charge de ces actes sur prescription des médecins traitants. Afin de trouver une voie de passage avec les psychologues libéraux, nous proposons une prise en charge liée à l'exercice coordonnée (voir partie 2).

²⁰ Depuis notamment la recommandation du rapport IGAS 2013-069R : « *Interactions entre santé et travail* », ou plus récemment, , une [proposition de loi](#) du 23 décembre pour renforcer la prévention en santé au travail déposée par la députée Charlotte Parmentier-Lecocq (LREM ; Nord)

²¹ Voir encadré 9 du document HCAAM (référence en note de bas de page °2).



Encadré n°6 : deux exemples d'initiatives sectorielles concertées sur la santé au travail

-Pour des salariés du secteur bancaire avec la Médecine du Travail

Dans le cadre de son plan « Santé au Travail », la Banque Populaire (Alsace Lorraine Champagne) et Harmonie Mutuelle ont lancé en 2020 une expérimentation « **check-up santé** » à destination de ses salariés et en concertation avec la Médecine du Travail. Pour mémoire, l'ARS recommande un bilan de santé tous les ans.

Le bilan est réalisé sur le lieu de travail et repose sur le **volontariat**. D'une durée de 30 minutes, il s'effectue grâce à un dispositif de téléconsultation qui complète un questionnaire réalisé à distance sur les habitudes de vie du patient. Sur son site de travail, le patient rencontre un personnel infirmier équipé d'un chariot de téléconsultation et guidé à distance par un médecin. Ce chariot est doté de multiples capteurs et dispositifs médicaux couplés à un système de visioconférence sécurisé, développé par la start-up nancéienne « Hopi Médical », agréé par l'Agence Régionale de Santé et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Le « check-up santé » synthétise un état de santé, détermine des facteurs de risques et permet de promulguer des conseils personnalisés pour améliorer le capital santé des volontaires. Le médecin peut, le cas échéant, rédiger une ordonnance et renvoyer vers un spécialiste ou vers le médecin traitant du collaborateur.

150 collaborateurs volontaires ont ainsi bénéficié de cette expérimentation. La Banque Populaire a prévu de déployer le dispositif sur d'autres sites : Troyes, Mulhouse et Strasbourg. Fort de ce premier succès et de l'intérêt de cette approche confirmée par les collaborateurs, les DRH et les médecins, une deuxième édition de l'expérimentation a été lancée en septembre 2020, accompagnée d'un dépistage systématique du diabète à chaque « check up santé ».

-Pour les professionnels de la filière poissonnerie notamment avec leur fédération professionnelle

Une action de prévention des risques professionnels a été organisée entre 2017 et 2019 entre la Fédération de la Poissonnerie, la DIRECCTE²², la CARSAT²³, Pole Emploi, le régime social des Indépendants (RSI) et Harmonie Mutuelle. Cette fédération régionale comptait 900 salariés, 350 entreprises dont 259 adhérentes au RSI.

Trois postes de chargé de mission prévention ont été créés par cette initiative. Ces derniers sont intervenus dans toutes les entreprises de la poissonnerie de détail, accompagner l'entreprise dans leur analyse des situations de travail (évaluation et prévention des risques professionnels), les conseiller sur les actions de prévention et la possibilité d'aides à l'investissement, favoriser le dialogue social dans les entreprises visitées. Ce service était ouvert aux professionnels du secteur de la poissonnerie avec des risques professionnels²⁴ et facteurs aggravants identifiés²⁵ et connus.

²² DIRECCTE Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi.

²³ CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

²⁴ Risques professionnels : manutentions manuelles, risques posturaux, troubles musculo-squelettiques liés aux sollicitations des membres supérieurs, risque de coupure et de piqure, risque routier, risque de chutes de plain-pied, gestion de la glace, etc.

²⁵ Facteurs aggravants : exposition au froid et aux intempéries, conditions météo et saisonnalité faisant varier les volumes d'activité, le type de marchandises, l'organisation de l'approvisionnement, la fréquentation des clients.



2. Un système plus efficient, pour une offre de soins mieux coordonnée sur les territoires.

L'épisode pandémique de 2020-2021 a montré une des limites du système de santé français : la surexposition de l'hôpital.

Certes, grâce à leur formidable réactivité, les professionnels de santé médicaux, paramédicaux et pharmaciens ont fait front mais cette mise sous tension de l'hôpital n'est pas tenable dans la durée. L'amélioration du maillage et de l'organisation de ce premier recours qui étaient déjà une forte demande des français « en temps de paix », devient encore plus prégnante à la lumière de la crise Covid.

L'élaboration d'un nouveau partenariat pour le financement et l'organisation du système de santé devrait avoir pour objectif d'aider à **mobiliser l'ensemble des ressources sanitaires et médico-sociales du pays, notamment les soins de premier recours**. Pour Claude Evin, « *les complémentaires santé sont totalement légitimes de s'intégrer dans le parcours de santé et de soins de leurs assurés* »²⁶.

2.1 Agir avec l'offre de soin sur les territoires.

La Loi « Ma Santé 2022 » a notamment eu pour objectif de favoriser une meilleure organisation des professionnels de santé avec l'objectif que l'exercice isolé – c'est-à-dire d'un professionnel de santé seul dans son cabinet – devienne l'exception à l'horizon 2022.

L'exercice coordonné entre professionnels se construit sous différentes formes dont les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)²⁷ dans de nombreux bassins de population.

Quelques exemples de CPTS montrent la pertinence du modèle pour répondre aux enjeux du terrain par la mobilisation des professionnels installés, par exemple sur le volet éducatif : actions conjuguées des professionnels de santé dans le cadre de la vaccination COVID 19, parcours pathologies chroniques ou pour les personnes âgées, prévention des addictions ou des risques iatrogènes. Toutefois, la route est longue

²⁶ Interview lors du premier semestre 2020, in « [Dessine-moi une complémentaire santé](#) », co-production [Carte Blanche Partenaires](#) et Vovoxx.

²⁷ Les CPTS se fédèrent autour d'un projet d'amélioration de la santé pour mieux répondre aux besoins de la population d'un territoire. Elles se constituent entre les professionnels libéraux, hospitaliers et du médico-social. Elles forment une des voies de réussite de parcours digitaux de santé (télémédecine).



avant d'envisager une mise en œuvre généralisée. Le Président²⁸ de la Fédération des CPTS estimait que : « *nous en avons pour 10 ans !* »

Le paradoxe est que dans le même temps, le cadre existant (encadré n°4) et **les dernières mesures des pouvoirs publics désincitent les mutuelles et les OCAM à s'investir auprès de l'offre de soins sur les territoires.**

Les OCAM sont de plus en plus réduits à jouer un rôle de « collecteur d'impôts » pour des actes et suivis pris en charge à 100 % par l'assurance maladie (forfait patientèle des médecins traitants, téléconsultation). Ces nouveaux mécanismes de taxation des OCAM, qui se surajoutent à la taxation des assurés, s'effectuent au détriment de réformes structurantes nécessaires pour les citoyens et la clarification de nos relations avec l'Assurance maladie obligatoire et les professionnels de santé. Ces taxes s'inscrivent dans le « *primat donné progressivement à la dimension budgétaire annuelle de la régulation* » (HCAAM)²⁹ et « *la recette du monde d'avant* » selon Jean-Marie Spaeth³⁰.

Ainsi, nous partageons le constat et les recommandations émises par le HCAAM pour la régulation de l'ensemble du système de santé. « *Un cadre de régulation excessivement annualisé peut venir freiner les innovations et les nécessaires politiques structurelles à mener, voire s'avérer contre-productif en s'aliénant le concours des acteurs de soins alors que ces derniers sont souvent engagés dans des actions de qualité et d'efficience* »³¹.

Une reconfiguration plus globale du système, donnant des rôles clairs et respectés aux différents intervenants semble préférable à ce jeu de vases communicants à renfort de taxes qui tend à se mettre en place.

Par notre histoire et notre offre sanitaire et médico-sociale, nous avons la capacité d'investir sur le long terme, pour proposer des soins de qualité avec un reste à charge limité ou nul pour le patient. Notre offre crée les conditions d'un rééquilibrage sur les territoires, en agissant sainement sur la concurrence privée lucrative. Nous contribuons aux missions de service public, en complémentarité des offreurs publics, y compris sur des territoires sous denses ou pour des activités structurellement peu rentables et sur lesquelles les acteurs privés lucratifs se positionnent marginalement.

²⁸ Claude Leicher lors de la journée nationale des CPTS en octobre 2019.

²⁹ HCAAM Rapport d'étape du 25 juin 2020.

³⁰ « *taxer les complémentaires en détournant les cotisations des salariés, des retraités et des entreprises, et en siphonnant les réserves est un nouveau signe qu'une gestion responsable au service des assurés est vaine, l'Etat s'arrogeant le droit de piocher quand bon lui semble dans la caisse du voisin. Car en cas d'excédents, les gestionnaires des complémentaires, conformément à leur mission, ne peuvent que décider de restituer des cotisations ou les diminuer, financer la prévention ou l'innovation ou encore apporter des réponses aux nouveaux besoins des salariés et retraités* » Les Echos, 23 septembre 2020.

³¹ Avis HCAAM « *Evolution des dispositifs de régulation du système de santé* », juin 2020.



Nous proposons un nouveau partenariat avec les professionnels libéraux en soutenant ceux d'entre eux impliqués dans l'exercice coordonné (notamment MSP³², CPTS³³, Centres de santé). Nous souhaitons **faire confiance aux initiatives de terrain pour définir des solutions concertées localement** pour faciliter l'accès à un médecin traitant, améliorer l'accès à des soins non programmés, organiser des parcours pluriprofessionnels, développer des actions territoriales de prévention, ou des actions de gestion de crise sanitaire.

L'exercice coordonné est financé par l'Assurance Maladie tant au niveau monoprofessionnel³⁴ que des équipes interprofessionnelles³⁵. **Ce financement de l'Assurance Maladie est incomplet pour répondre aux enjeux territoriaux**, notamment pour accélérer la libération du temps médical par le soutien à l'ensemble des professionnels impliqués.

Pour amplifier cette démarche dans l'intérêt national³⁶, **l'exercice coordonné pourrait faire l'objet d'un financement additionnel par les mutuelles** et les autres OCAM sur les périmètres proposés ci-dessous non couverts par l'Assurance maladie.

2.2 Propositions pour une offre de soins mieux coordonnée sur les territoires.

Nous faisons le pari des territoires avec des acteurs de terrain pour travailler à de nouvelles complémentarités innovantes et proposons en concertation avec les professionnels de santé :

- Les mutuelles pourraient **prendre en charge au premier euro des garanties supplémentaires s'inscrivant dans un exercice coordonné identifié avec l'Assurance Maladie** (CPTS, MSP, centres de santé) :

Cela concernerait des actes actuellement non remboursés par le régime obligatoire :

- des professionnels de santé déjà conventionnés avec l'Assurance Maladie comme pour les actes des **masseurs-kinésithérapeutes de Sport Santé** ;
- des professionnels non conventionnés comme les **diététiciens** ;

³² MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle.

³³ CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé.

³⁴ Notamment dans les conventions UNCAM monoprofessionnelles 1-Des forfaits annuels (ROSP) fixés pour les médecins libéraux et les pharmaciens exerçant en exercice coordonné 2- Le financement par l'Assurance maladie d'une partie des assistants médicaux des médecins libéraux notamment ceux en MSP.

³⁵ Deux Accords Cadre Interprofessionnels sont signés entre l'Union Nationale des Professionnels de Santé et l'UNCAM sur les MSP et les CPTS.

³⁶ Pour Nicolas Revel, la problématique de l'organisation des soins constitue « *le levier essentiel si nous voulons apporter des réponses à la plupart des tensions qui pèsent sur notre système de santé* », Espace Social Européen du 2 octobre 2019 [Entretien avec Nicolas Revel « La priorité est l'organisation des soins de ville » - Espace Social Européen \(espace-social.com\)](https://espace-social.com/entretien-avec-nicolas-revel-la-priorite-est-l-organisation-des-soins-de-ville)



- des professionnels sans reconnaissance pour l'instant comme professionnels de santé comme les **psychologues, les ostéopathes ou les professionnels de l'activité physique adaptée**, etc... ;
- **d'autres garanties supplémentaires identifiées** et adaptées à des parcours ou séquence de soins pour des maladies chroniques comme la prise en charge du cancer du sein : actes de médecine alternative (acupuncture, sophrologie etc..) et prestations de socio-esthétique, par exemple.

Cette **bonification de l'exercice coordonné** par des prises en charge supplémentaires de mutuelles n'intégrerait pas de « malus »³⁷ pour l'exercice isolé.

Notons que nos propositions ne pourront bénéficier au plus grand nombre qu'à la condition de pouvoir **mieux définir les compétences clefs des professions mentionnées ci-dessus**.

³⁷ L'Assurance Maladie fixe à la fois des « bonus » et des « malus » aux médecins libéraux (fin de la ROSP « forfait structure » pour les médecins en exercice isolé).



Encadré n°7 : la démarche d'exercice coordonné constitue un des fondements de l'offre de soins proposée par les mutuelles (deux exemples)

1-Des actes spécialisés en un même lieu et espace, sans reste à charge, à Paris (15^{ème})

Le Centre de Soins Ostéo articulaire (CeSOA) est une expérimentation (article 51) porté par la MGEN dans le 15^{ème} arrondissement de Paris. Le CESOA³⁸ facilite la réalisation de diagnostics et de thérapeutiques pour des pathologies ostéoarticulaires ne relevant pas d'une hospitalisation. L'équipe est composée de médecins rhumatologues, infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes.

Trois principales pathologies ont été ciblées : les pathologies rachidiennes, les pathologies articulaires des membres et les rhumatismes inflammatoires dont les bilans avant biothérapie. Ce parcours permet :

- de **raccourcir les délais de prise en charge** par un unique déplacement du patient ;
- de proposer une forfaitisation de la prise en charge **sans reste à charge** ;
- d'**optimiser le suivi des pathologies ostéoarticulaires complexes** : plan personnalisé de soins, aide à l'observance et à l'éducation thérapeutique ;
- d'**améliorer la coordination** avec les soins ambulatoires (les rhumatologues de ville) ou les services hospitaliers et de mieux répondre à des demandes d'avis émanant de patients et ou de médecins traitants issus de zones géographiques déficitaires en spécialiste (notamment la périphérie de l'île de France voire des régions limitrophes).

2- Un dispositif renforcé de soutien à domicile (DRAD³⁹) à partir d'une trentaine de places en EHPAD « hors les murs » dans le Val-d'Oise

Le groupe MGEN a lancé en janvier 2021 une expérimentation (article 51) à destination des personnes âgées en situation de perte d'autonomie qui souhaitent continuer à vivre à leur domicile.

Afin d'éviter tout transfert à l'hôpital, l'expérimentation prévoit la mise à disposition en permanence d'une place d'accueil d'urgence en EHPAD pour prendre en charge une personne pour quelques jours, lorsque son état de santé n'impose pas des soins hospitaliers spécialisés ou pour un accompagnement de fin de vie trop compliqué sur le domicile.

L'essai prévoit également la mise à disposition de la téléassistance 24 heures sur 24 / 7 jours sur 7, un service de conciergerie et des appels de convivialité. Pour le maintien à domicile, il est prévu de procéder à l'évaluation du logement, de proposer des aménagements à apporter. Un accueil de moyenne durée est aussi possible pour le répit des aidants. Les personnes à domicile adhérant au dispositif pourront participer à des animations en EHPAD si elles le souhaitent.

³⁸ Présentation (vidéo) du CESOA avec une intervention de Nicolas Péju Directeur général adjoint de l'ARS IDF : [Visite du CeSOA \(Centre de soins ostéoarticulaires ambulatoire de Paris\) - YouTube](#)

³⁹ Communiqué de presse MGEN : [Article 51 - Lancement d'une expérimentation sur le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie - MGEN](#)



- Les mutuelles peuvent contribuer à **libérer du temps médical et simplifier les parcours des patients**, sur des pathologies du premier recours avec les pharmaciens, ou pour faciliter le Sport Santé avec les kinésithérapeutes et enseignants en Activité Physique Adaptée :
- **Par des parcours de médication officinale avec les pharmaciens d'officine** pour des médicaments à prescription médicale facultative, dès lors qu'un diagnostic médical n'est pas nécessaire. Des prises en charge ciblées des mutuelles (gastroentérite par exemple) peuvent amplifier⁴⁰ et harmoniser⁴¹ les pratiques autour du premier recours aux pharmaciens. Des forfaits⁴² à l'épisode de soins rémunéreraient le conseil et les médicaments. Cela s'inscrirait dans la réorganisation du système de santé pour mieux dédier la consultation médicale au diagnostic.

⁴⁰ Une modalité de premier recours aux pharmaciens d'officine a récemment été fixée par dans la réglementation sur le périmètre de médicaments à prescription médicale obligatoire (« dispensation protocolisée » défendue par le député Thomas Mesnier). Notre proposition vient en complément de ce dispositif sur un périmètre différent : médicaments à prescription médicale facultative.

⁴¹ Il s'agit de professionnaliser un acte de conseil pharmaceutique réalisé de tout temps en officine. Cela peut s'effectuer selon plusieurs leviers comme l'usage par les pharmaciens d'un arbre de décisions ou le renseignement systématique du Dossier Pharmaceutique.

⁴² Forfait à l'épisode de soin d'un montant fixe quel que soit le nombre et le prix unitaire des médicaments délivrés.



- Sur le **Sport Santé**, en accordant aux **kinésithérapeutes et aux enseignants en Activité Physique Adaptée** la possibilité de réaliser le **bilan initial** afin d'accélérer la diffusion de cette pratique auprès des populations à cibler dans les parcours définis sur les territoires.



Encadré n°8 : un partenariat existant avec des kinésithérapeutes pour mieux prendre en compte les spécificités du personnel d'écoles maternelles

Depuis 2018, la Mutuelle Nationale Territoriale (MNT) a engagé une action de prévention basée sur l'activité physique et le sport-santé pour des agents territoriaux dont ceux Spécialisés des Ecoles Maternelles (ATSEM). Un programme spécifique de Prévention des Accidents et Maladies de l'Appareil Locomoteur inclut des bilans individuels et un accompagnement collectif sur le lieu de travail, avec l'intervention de kinésithérapeutes du réseau Kiné France Prévention mobilisés pour cette opération.

Ces actions valorisent l'intervention de « kinési-préventeurs » et/ou d'éducateurs sportifs : des séances d'activités physiques collectives complètent celles des kinésithérapeutes et tiennent compte des restrictions individuelles. Cette démarche pluriprofessionnelle engagée à Agen a depuis été conduite dans de nombreuses collectivités en s'adaptant à des configurations différentes :

- à la coactivité des enseignants et des ATSEM, avec la Mairie de Tarbes : 25 classes dans 6 écoles maternelles 2019-2020, généralisation aux 15 écoles en 2021 ;
- à une formation à la prévention des troubles musculo-squelettiques en faveur des professionnels de l'Aide à domicile du CIAS Vaux d'Yonne (Nièvre) dont les effets mesurés montrent une baisse significative des arrêts de travail ;
- à des agents fragiles revenant d'arrêts longs à Colomiers (Haute-Garonne) par une complémentarité entre la médecine de prévention avec des enseignants en activité physique adaptée.

La MNT a ainsi réalisé des pilotes transposables dans l'ensemble des écoles maternelles et d'autres collectivités publiques. **Une meilleure coordination avec l'Assurance Maladie permettrait :**

- D'utiliser l'agilité de la MNT et son implantation dans le territoire pour **mieux localiser des publics fragiles** avec l'offre de soins présente, en concertation avec les collectivités ;
- **D'évaluer des impacts sur les indemnités journalières ou la consommation de soins.** Les demandes par les collectivités de généralisation de dispositifs testés constituent un premier indicateur de réussite qui mériterait une évaluation dans un cadre partenarial à définir notamment avec l'Assurance Maladie.



- **Les participations et investissements des mutuelles dans les établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux** (centres de santé, centres dentaires, EHPAD, hôpitaux, IAE, etc...) doivent être valorisés.

Ces incitations pourraient prendre la forme **soit d'exonération d'impôts sur les sociétés, soit d'exonération de taxe sur les salaires**, dès lors que ces investissements s'inscrivent comme une contribution aux missions de service public (tarifs sociaux, opposables, lutte contre les déserts médicaux, etc).



Encadré n°9 : trois exemples d'offre de proximité proposée par les mutuelles

1- VYV3 Pays de la Loire est gestionnaire d'un **centre de santé à Laval**. Son fonctionnement repose notamment sur des médecins retraités, salariés du pôle, qui se relaient à raison de deux par jour pour proposer des consultations de 8 h à 20 h. **Environ 15 000 consultations** ont été réalisées en 2019 par douze médecins retraités qui se sont relayées du lundi au vendredi. Ces médecins salariés sont tous volontaires. Certains sont maîtres de stage, ce qui permet d'accueillir des internes dans ce centre afin d'inciter de futurs praticiens à s'installer ensuite dans le département.

Nous entendons **demeurer un acteur légitime du maintien de l'offre de soin et de l'accompagnement sur les territoires**. Régulièrement nos entités sont sollicitées par des associations directement concernées, ou par des acteurs publics (ARS, collectivités,...) pour soutenir une entité en difficulté, éviter les fermetures et la rupture d'un maillon de prise en charge en santé sur le territoire.

2- La mutualité française Bourguignonne et VYV3 expérimentent un **cabinet médical hybride, au sein de ses EHPAD** pour répondre aux besoins d'accès aux soins et favoriser la coopération interprofessionnelle, en partenariat avec la Banque des Territoires.

Le cabinet médical articule consultation médicale présentielle et distancielle à travers la solution de téléconsultation du groupe VYV (MesDocteurs). Au sein de l'EHPAD, une salle est organisée pour permettre aux soignants d'avoir accès aux outils de téléconsultation ainsi que dispositifs médicaux connectés. Ce service est proposé aux résidents de l'EHPAD, à la population du territoire n'ayant pas accès à un médecin et en appui des CPTS.

3- Expérimentées depuis l'année 2020 dans les Pays de la Loire, la Bourgogne, le Centre-Val de Loire et la Vienne, les centres d'audition de VYV3 mettent en place les **consultations d'audiologie à distance lors des réglages de son appareil**. Le patient se rend à son centre habituel d'audioprothèse, où il est accueilli par l'assistant audioprothésiste. Il s'installe dans la cabine sonore, dotée d'un dispositif de visioconférence. L'assistant équipe le patient des équipements nécessaires tandis qu'un audioprothésiste situé à distance communique avec ce dernier tout en réalisant les manipulations nécessaires au contrôle de l'audition et aux réglages de son appareil. Le dispositif lui permet en effet de prendre la main sur tous les équipements et fonctionnalités de la cabine insonorisée. L'audioprothésiste peut ainsi réaliser les réglages à distance et plus rapidement.

Inclus dans la garantie initiale, au moment de l'équipement du patient, les rendez-vous de suivi (ajustements, contrôle, changement des piles...), qu'ils soient réalisés sur place ou à distance, ne génèrent pas de facturation supplémentaire. La télé audiologie permet de **suivre au plus près du domicile du patient le réglage de l'appareil du patient** et de **libérer du temps de consultation**, notamment en limitant les déplacements des audioprothésistes d'un centre à l'autre.



3. Rendre la complémentaire santé plus équitable.

Au cours des dernières décennies, l'accès à la complémentaire santé s'est considérablement développé, jusqu'à couvrir environ 95% de la population française.

Cette tendance de fond s'explique, notamment par la conjonction des efforts des différentes mutuelles et autres organismes pour améliorer leurs offres et services, ajoutée aux politiques publiques de soutien au développement des complémentaires santé (Loi de 2013 sur l'obligation de couverture en entreprise notamment) ainsi qu'aux effets des reculs des prises en charge par le régime obligatoire voulus par le législateur (forfaits, franchises, dépassements d'honoraires, ...).

Ce développement s'est produit de manière inégalitaire entre les personnes. Le HCAAM détaille ce point : « *Des disparités importantes persistent dans la couverture complémentaire santé de la population française. Elles sont de plusieurs ordres : inégalités d'accès à la couverture, les personnes non couvertes appartenant plus fréquemment à des catégories fragiles ; inégalités de coût, qui désavantagent notamment les personnes à revenus modestes et les personnes âgées ; inégalités liées à la généralisation par statut professionnel, les salariés du secteur privé étant en moyenne dans une situation plus favorable que les autres catégories*⁴³ ».

Ces inégalités trouvent leur origine pour une part dans les décisions prises par les pouvoirs publics au cours des dernières décennies, et d'autre part dans le développement de pratiques de sélection et tarification des opérateurs qui tendent à défavoriser les personnes ayant les plus gros risques de santé.

Par un nouveau partenariat entre pouvoirs publics et mutuelles, il est possible de corriger en grande partie ces inégalités.

3.1. Des inégalités exogènes résultant des décisions des pouvoirs publics.

Le législateur a, par ses choix, un effet favorable pour l'accès aux soins en aidant à la généralisation de la complémentaire santé. Mais dans le même temps, les décisions des pouvoirs publics ont généré un creusement des inégalités entre individus.

Sans être exhaustif⁴⁴, citons les deux causes principales de ces inégalités :

- **La taxation des contrats d'assurance santé est inégalitaire.**

En faisant porter une taxe proportionnelle au montant de la cotisation payée par la personne (14,27% TSA), le législateur a choisi de pénaliser les personnes ayant les plus gros besoins de protection, au premier rang desquelles les personnes âgées.

⁴³ Document de travail HCAAM, voir note n°2.

⁴⁴ Pour plus de détails, voir avis HCAAM 2021 (voir note n°2), partie 5.1 « Questions d'équité ».



En clair, une personne âgée contribuera à la TSA en moyenne plus fortement qu'un trentenaire⁴⁵, tout simplement parce que sa cotisation sera en tendance plus élevée, et donc la produit de la taxe sera plus important.

- **La distribution des aides publiques pour accéder à la complémentaire santé est, elle aussi, inégale.**

Tentons de résumer la sédimentation successive :

- Les personnes en emploi reçoivent des aides publiques pour acquérir une complémentaire santé, les retraités non.
- Les salariés directement, et via leur employeur, sont plus aidés que les agents de la fonction publique⁴⁶.
- Les agents de la fonction publique de certains ministères sont aidés quand d'autres ne le sont pas ou très peu, sans parler des hospitaliers qui disposent de leur propre système.
- Les fonctionnaires de certaines collectivités territoriales sont aidés quand d'autres ne reçoivent rien.
- Les professions libérales peuvent bénéficier des aides du contrat Madelin, mais un professionnel libéral disposant de revenus importants sera plus aidé qu'une personne disposant de revenus plus modestes.
- Les agriculteurs ne reçoivent aucune aide mais sont moins taxés (6,27% au lieu de 14,27%).

Difficile de faire plus complexe et plus inégalitaire que cette distribution de fonds publics. Aucune logique ne ressort de ce panorama si ce n'est que le législateur semble avoir accumulé les dispositifs (voir tableau ci-après), sans cohérence d'ensemble ni respect pour l'équité de traitement générant ainsi une insatisfaction de plus en plus grande.

⁴⁵ On notera que les agriculteurs ont la chance de pouvoir bénéficier d'un taux réduit de TSA de 6,27%.

⁴⁶ La réforme de la Protection sociale des fonctionnaires voulue par le Gouvernement prévoit à terme une participation minimale de l'employeur de 50%.



Tableau comparatif des conditions d'accès à une assurance complémentaire santé³² en fonction de la situation et du statut d'emploi

	Situation de souscription	Financement	Avantages fiscaux et sociaux relatifs au financement
Salariés du secteur privé	Adhésion obligatoire au contrat souscrit par l'employeur (contrat d'assurance de groupe)	Participation de l'employeur ≥ 50%	Employeur – charge déductible de l'impôt sur les bénéfices + déductibilité de l'assiette des cotisations de sécurité sociale Salarié – part salariale déductible des revenus imposables (IRPP)
Agents de la fonction publique d'Etat	Adhésion facultative auprès de l'assureur référencé par l'employeur public	Pas d'obligation de participation de l'employeur. Si participation, variable selon les ministères, limitée aux transferts de solidarité et versée à l'OCAM sous forme de somme globale	Aucun avantage
Agent de la fonction publique territoriale	Souscription facultative d'un contrat labellisé ou adhésion facultative auprès de l'assureur avec lequel l'employeur a souscrit une convention de participation	Pas d'obligation de participation de l'employeur. Si participation, variable selon les collectivités et versée sous forme d'aide à la personne	Aucun avantage
Agent de la fonction publique hospitalière	Aucun dispositif à dimension collective spécifique → possible couverture individuelle	Sans objet*	Aucun avantage mais, en principe, gratuité des frais médicaux et pharmaceutiques dans l'établissement employeur
Travailleur non salarié non agricole	Souscription facultative à une association ad hoc emportant bénéfice du contrat d'assurance de groupe souscrit par l'association	Pas de tiers financement*	Déductibilité (plafonnée) du bénéfice imposable
Travailleur non salarié agricole	Souscription facultative	Pas de tiers financement*	Aucun avantage direct (mais taux réduit de TSA sur le contrat d'assurance)
Demandeur d'emploi	Soit bénéfice de la portabilité (maintien du contrat collectif) Soit souscription individuelle facultative	Si portabilité, gratuité (financement <i>a priori</i>) Si souscription individuelle, pas de tiers financement*	Si portabilité, avantage fiscal et social pour le financement patronal Si souscription individuelle, aucun avantage
Autres situations (dont retraités)	Souscription individuelle facultative	Pas de tiers financement*	Aucun avantage

Source : HCAAM voir note n°2

3.2 Des inégalités endogènes résultant du développement de la tarification à l'âge.

D'un point de vue de politique de protection sociale, il est admis que la pratique d'une tarification en fonction de l'âge de la personne est génératrice d'inégalités de traitement. En effet, plus la personne est âgée et plus le tarif qui lui sera proposé intégrera le coût réel de son risque pour l'organisme d'assurance. Le lien entre âge et dépense de santé est en effet fortement corrélé.

Dans un régime de forte concurrence qui caractérise le marché français de l'assurance santé, l'opérateur qui ne pratique pas une tarification selon l'âge mais une tarification au revenu peut rapidement être dans une position économique insoutenable. Ses concurrents pourront attirer à eux les populations les plus jeunes ayant le meilleur profil de risque et donc tendanciellement en meilleure santé. **L'opérateur vertueux se**



verra alors contraint de réduire sa tarification aux revenus pour instaurer une dose de tarification selon l'âge.

Le HCAAM constate : « *La différenciation des primes selon l'âge s'est d'ailleurs accrue au fil du temps. Les pratiques des différentes familles d'organismes complémentaires se sont inévitablement considérablement rapprochées : alors qu'en 2006, encore 36 % des mutuelles appliquaient des tarifs indépendants de l'âge, elles ne sont plus que 3 % en 2016. Les écarts entre les tarifs des personnes jeunes et ceux des personnes âgées demeurent néanmoins plus faibles pour les mutuelles que pour les sociétés d'assurances* ». ⁴⁷

« *Le marché de l'assurance complémentaire est ainsi caractérisé par la dégradation progressive de la mutualisation des risques entre malades et bien-portants et une esquive de la pression concurrentielle par la sélection des risques grâce à la segmentation des contrats* » soulignaient Brigitte Dormont, Pierre Yves Geoffard et Jean Tirole ⁴⁸.

Si rien n'est fait, nous partageons l'analyse du HCAAM sur la faible soutenabilité à terme du modèle pour les personnes âgées : « *Pour les 20 % de ménages de retraités les plus pauvres, le taux d'effort ⁴⁹ serait passé de 11 % aujourd'hui à 13,3 % en 2030 et 16 % en 2040* ».

3.3 Propositions pour une complémentaire santé plus équitable.

Dans le cadre du nouveau partenariat national pour le financement et l'organisation de la santé que nous appelons de nos vœux, il nous apparaît nécessaire de mettre en débat différentes propositions (sans exhaustivité) pour corriger les inégalités existantes et rendre ainsi soutenable durablement le système mixte RO-RC.

Ces propositions peuvent générer une concurrence et coopération entre OCAM basées sur des pratiques plus vertueuses.

Les solutions suivantes peuvent être cumulées entre elles, quand d'autres s'excluent l'une l'autre :

- **La Complémentaire santé solidaire, une solution pour les plus bas revenus mais elle-même génératrice d'inégalités.**

En réponse au creusement des inégalités, les pouvoirs publics ont choisi de concentrer leurs efforts sur les populations disposant des plus bas revenus ⁵⁰. Dernière évolution en date, depuis début 2019, la complémentaire santé solidaire (CSS), dont le panier de

⁴⁷ Document de travail HCAAM, voir note n°2.

⁴⁸ Dans un article de référence en 2014 : « *Refonder l'assurance-maladie* », Brigitte Dormont, Pierre-Yves Geoffard, Jean Tirole, Dans Notes du conseil d'analyse économique 2014/2 (n° 12), pages 1 à 12.

⁴⁹ Le taux d'effort est ici défini comme la part du total suivant (reste à charge + cotisation AMC) dans le revenu

⁵⁰ Pour la CSS gratuite un maximum de 9003 euros de revenu annuel pour un célibataire sans enfant.



garanties et le tarif est fixé par les pouvoirs publics, est venue remplacer la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à la complémentaire santé (ACS).

La CSS en tant que dispositif de solidarité nationale apporte une solution adaptée pour les personnes à bas revenus. Mais elle ne permet pas de résoudre globalement les problèmes d'inégalités, qui demeurent inchangés pour l'immense majorité de la population.

La CSS ne peut pas constituer une approche unique notamment car :

- La CSS s'inscrit également **dans la logique de segmentation propre aux dispositifs avec effet de seuil**. Il y aura toujours une frange de population au-dessus du plafond de revenus pour être éligible à l'aide. L'intégration des personnes âgées dans la CSS concentrerait ce dispositif public vers les mêmes populations (faibles revenus et personnes âgées) que les programmes américains *Medicaid* et *Medicare*. Cette logique déplace les inégalités sans laisser d'espace à la gestion du risque par les OCAM (parties 1 et 2).
- Surtout, **le financement de la CSS est en soi générateur d'inégalités puisqu'il est assis sur la taxation (TSA)**, proportionnelle au montant qui plus est, des cotisations d'assurance complémentaire santé payées par le reste de la population.

Une réflexion nous semble devoir être menée sur le financement solidaire (CSG, impôt) de ce dispositif de solidarité nationale aujourd'hui porté par les seuls souscripteurs d'une assurance complémentaire santé.

Nous souhaitons mettre en débat les quatre mécanismes ci-après. En effet, une combinaison de certains de ces mécanismes pourrait améliorer l'équité tout en déplaçant le contexte concurrentiel des OCAM sur de nouveaux terrains plus vertueux. A ce stade, le Groupe VYV poursuit ses travaux pour déterminer lesquels pourraient utilement compléter⁵¹ la seule CSS.

- **1^{er} mécanisme : généraliser le mécanisme dit des « transferts de solidarité » entre actifs et retraités tel que pratiqué au sein des contrats référencés dans la Fonction publique.**

Le HCAAM rappelle une spécificité méconnue particulièrement vertueuse pour réduire les inégalités de traitement envers les plus hauts risques : « *Dans la fonction publique, une convention est conclue par l'Etat ou par la collectivité territoriale avec l'organisme complémentaire, qui constitue le mandat définissant ses obligations. Les décrets du 19 septembre 2007 et du 8 novembre 2011 imposent des **obligations fortes de solidarité**,*

⁵¹ Nous ne contestons pas l'utilité sociale de la CSS. Nous soulignons ici la faiblesse des débats sur l'opportunité d'autres mécanismes qui pourraient s'appliquer en complément de la CSS.



notamment l'absence d'âge maximal d'adhésion et le ratio maximal d'un à trois entre la cotisation la plus faible et la cotisation la plus élevée »⁵².

De cette manière s'opère un transfert de solidarité entre faibles et hauts risques. Ce dispositif de solidarité qui a fait ses preuves, en dépit de la faiblesse des aides publiques et des participations financières des employeurs publics (voir plus haut), pourrait être étendu à l'ensemble des contrats responsables d'assurance complémentaire santé.

Cette proposition émane d'un rapport des inspections générales des affaires sociales (IGAS) et des finances (IGF)⁵³ de 2019 dans l'hypothèse où « ...l'objectif général de solidarité, notamment intergénérationnelle, est privilégié »⁵⁴.

- **2^{ème} mécanisme : distribuer équitablement les aides publiques sous la forme d'un « crédit d'impôt pour tous ».**

Pour **mettre fin à l'incompréhensible « maquis » des aides publiques** pour l'acquisition d'une complémentaire santé, particulièrement inégalitaire selon le statut professionnel, il est possible d'instaurer un mécanisme de « crédit d'impôt » pour tous.

Le principe est simple. La personne imposable pourrait déduire une partie du montant de sa complémentaire santé de son impôt sur le revenu. La personne non imposable recevrait quant à elle une aide (« crédit d'impôt »).

L'aide publique serait ainsi versée :

-à **la personne sans considération de son statut particulier** mettant fin aux discriminations entre salariés, demandeurs d'emploi, fonctionnaires d'Etat, de collectivité territoriale, hospitaliers, retraités, inactifs, étudiants, agriculteurs ou encore professions libérales et indépendantes.

-en **contrepartie d'un contrat qui respecte des critères ayant pour objet la réduction des inégalités.**

L'outil « crédit d'impôt » présente en outre l'intérêt d'être désormais bien maîtrisé par l'administration fiscale ce qui permet de réduire son coût et de faciliter son usage.

⁵² Voir note n°2.

⁵³ « Protection sociale complémentaire des agents publics », rapport IGAS-IGF, Vincent Lidsky & al, juin 2019. https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2019-009-rapport_psc_agents_publics-d3.pdf

⁵⁴ Voir page 3 « soit, si l'objectif général de solidarité, notamment intergénérationnelle, est privilégié et dans une logique plus systémique, à supprimer la spécificité du dispositif de PSC dans la fonction publique en matière de santé, en instruisant la possibilité d'étendre le caractère obligatoire des transferts de solidarité entre actifs et retraités à tous les contrats responsables et solidaires. »

Puis le scénario 3 page 50 : « il pourrait aussi être imaginé, sans préjudice d'orientations spécifiques à la fonction publique en matière de prévoyance, que l'objectif de solidarité entre actifs et retraités pour le risque maladie, en droit propre aux seules mutuelles référencées par la fonction publique, devienne une condition commune à l'ensemble des contrats solidaires et responsables, ce qui suppose une modification législative. »



- **3ème mécanisme : rendre obligatoire la tarification au revenu pour tous les contrats responsables d'assurance complémentaire santé.**

Au fil des ans, le jeu concurrentiel a conduit à réduire drastiquement le nombre de mutuelles pratiquant une tarification au revenu. Cette pratique est devenue minoritaire alors même qu'elle permet une couverture équitable des plus hauts risques, et notamment les personnes âgées.

En rendant obligatoire les cotisations assises sur les revenus de la personne, **le législateur déplacerait le contexte concurrentiel** vers des aspects plus vertueux :

- il encouragerait la solidarité entre adhérents sur le socle commun des contrats responsables, permettant la diminution du taux d'effort des personnes âgées.

- tout en orientant les pratiques des OCAM vers des garanties « supplémentaires » avec une liberté contractuelle.

Les cotisations proportionnelles au revenu « *auraient l'avantage de nous contraindre à entamer une discussion collective pour définir le contrat minimal jugé indispensable pour accéder aux soins en France et qui aurait vocation à s'appliquer à l'ensemble de la population. Or, il s'agit d'un préalable nécessaire pour éliminer les inégalités face à la couverture, alors que les réformes et débats en cours s'orientent plutôt vers la définition de contrats types ou minimaux disparates selon les sous-populations, tels que le contrat offert par la CMU-C, le ou les contrats éligibles à l'ACS, le contrat minimal de l'ANI, ou encore les futurs contrats solidaires et responsables* » selon Florence Jusot⁵⁵. Depuis ce constat daté de 2014, nous pouvons considérer que ce « contrat minimal jugé indispensable » est désormais largement constitué par des extensions au contrat responsable (dépassements d'honoraires) et la mise en œuvre du 100 % Santé (optique, audio, dentaire).

- **4ème mécanisme : instaurer un mécanisme de solidarité entre assureurs pour que ceux ayant les plus gros risques soient aidés par ceux ayant les plus bas risques.**

Un mécanisme de compensation des risques pourrait être mis en place, pour décourager la « chasse aux bons risques » en permettant aux OCAM couvrant une population plus risquée de recevoir un financement de la part des OCAM dont les affiliés présentent des caractéristiques plus favorables.

Le mécanisme de compensation des risques est fondé sur une prévision de dépenses individuelles de santé selon des critères définis collectivement. La compensation peut être basée par exemple sur l'âge et le sexe de l'assuré. Un OCAM ne peut plus

⁵⁵ Florence Jusot, « *La complémentaire santé : une source d'inégalités face à la santé ?* », Les Tribunes de la santé 2014/2 (n° 43), p. 69-78.



améliorer sa situation en cherchant à sélectionner les risques, mais doit s'engager dans la recherche d'une meilleure efficacité des soins.

Ce mécanisme de taxation/subvention entre OCAM vise à **rétablir les conditions d'une bonne gestion du risque au travers d'une juste concurrence**, différente de celle actuelle par l'attractivité des bons risques. Ce mécanisme est plus vertueux que celui actuel de taxation indifférenciée de tous les OCAM qui n'incite pas à agir avec des leviers sur l'offre de soins.

Il pourrait être envisagé d'étudier la faisabilité de l'instauration de ces mécanismes entre OCAM, c'est-à-dire uniquement sur le périmètre des dépenses des parts complémentaires du contrat responsable (aucunement sur le périmètre de l'Assurance Maladie). Pour instaurer un tel partage du risque à l'échelle de la population, la loi devrait obliger tous les patients à s'assurer à une complémentaire santé, et chaque OCAM devrait satisfaire toute demande de contrat.



4- Un système plus efficient, mieux coordonné par une nouvelle méthode de concertation

4-1 Agir par une démarche partenariale autour de cinq principes définis par le HCAAM et de trois fonctions

La faible intensité de concertation entre les pouvoirs publics et les OCAM génère actuellement des situations sous optimales du point de vue des « *attentes de la Nation* ».

Ce constat n'est pas nouveau. Jean-François Chadelat estimait⁵⁶ déjà en 2003 que « *la répartition actuelle des interventions entre assurance obligatoire, complémentaires et ménages ne résulte pas de choix explicites et rationnels. Elle est le produit de décisions techniques parfois anciennes plutôt que d'une approche d'ensemble.* » Il suggérait la définition d'une « feuille de route » commune afin de réaliser la « *symétrie potentielle des interventions de l'AMO et AMC* »⁵⁷. « *Si nous voulons avoir une chance de voir l'ONDAM respecté un jour, ce sera forcément parce que la sécurité sociale et les complémentaires se seront organisées de façon rationnelle* »⁵⁸.

Depuis l'époque où ce constat fut fait, est venu s'ajouter le dispositif des contrats solidaires et responsables, renforçant un peu plus l'approche unilatérale. Le HCAAM⁵⁹ remarque que cela « *prive les organismes complémentaires d'une visibilité sur l'évolution de leur positionnement ainsi que des charges et engagements futurs en résultant* »⁶⁰.

La concertation suppose un principe évident : **éviter les « décisions des uns pour les dépenses des autres »**. Alors que la LFSS 2021 a prolongé d'un an une mesure dérogatoire de prise en charge des téléconsultations⁶¹, rappelons que la création typiquement « franco-française » des médicaments « efficaces à 15 % »⁶² avait été

⁵⁶ « *Le rapport Chadelat voit la réforme de la Sécu par le privé* », Libération du 9 avril 2003 : <https://www.liberation.fr/france/2003/04/09/le-rapport-chadelat-voit-la-reforme-de-la-secu-par-le-prive-461054>

⁵⁷ La « *symétrie potentielle des interventions de l'AMO et AMC* » est une expression du rapport Chadelat publié en 2003.

⁵⁸ Jean-François Chadelat en 2003 : <https://www.senat.fr/rap/r02-358/r02-3588.html>

⁵⁹ « *L'existence des AMC permet à l'AMO dont les charges s'alourdissent tendanciellement de plusieurs centaines de millions par an de stabiliser la part de cette dernière dans le financement total des dépenses de santé sans affecter le reste-à-charge des ménages grâce à l'intervention des organismes complémentaires. Cet ajustement est réalisé sans qu'une stratégie claire de positionnement à long terme des différents niveaux de couverture ne soit définie. La prise de relais par les AMC est d'autant plus efficace que depuis 2014, le cahier des charges des contrats solidaires et responsables impose la couverture intégrale de la plupart des postes du ticket modérateur* » source : voir note °2

⁶⁰ Document de travail HCAAM de janvier 2021, voir note °2

⁶¹ Les OCAM jouent un rôle de collecteur d'impôt sur les téléconsultations actuellement prises en charge à 100%.

⁶² Sur la mise en œuvre des médicaments à Service Médical Rendu insuffisant (à 15%) : un avis de la HAS en 2006 visait le déremboursement de ces médicaments qui tend à supprimer leur prescription ([Le](#)



fixée en 2006 pour seulement deux ans afin d'assurer une période de transition jusqu'à leur déremboursement total initialement prévu en 2008.

Il est souvent opposé le nombre important d'OCAM pour justifier le *statu quo* avec de faibles leviers de concertation. Ce point de blocage qui pouvait exister il y a encore quelques années n'est plus d'actualité. Les dix premiers acteurs de la complémentaire santé représentaient 38 % du marché en 2019 (graphique ci-dessous). **La concentration se poursuit** sur une tendance longue comme le souligne la DREES : « *Sur le marché de l'assurance santé, un nombre de mutuelles divisé par cinq depuis 2001* »⁶³.

Part de marché des plus grands acteurs de la complémentaire santé en 2019 (en % des cotisations collectées)

	Mutuelles	Sociétés d'assurances	Institutions de prévoyance	Parts de marché 2019	Parts de marché 2011
Top 10	3	4	3	38 %	29 %
Top 20	8	9	3	55 %	45 %
Top 50	24	18	8	77 %	69 %
Top 100	51	34	15	91 %	84 %

Lecture : Les 10 plus grands organismes en matière de chiffre d'affaires en santé (3 mutuelles, 3 institutions de prévoyance et 4 sociétés d'assurances en 2019, soit 2,3 % de l'ensemble des organismes) représentent 38 % des cotisations collectées en 2019. En 2011, les 10 plus grands organismes concentraient 29 % des cotisations collectées.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année. Source : ACPR in DREES 2020

En s'appuyant dans un premier temps sur les OCAM les plus importants, prêts ou disposés à agir, il est possible de résoudre de façon concertée certaines des incohérences et limites actuelles du système de santé. **Le cadre actuel de concertation via l'UNOCAM ne permet pas d'intégrer des comportements vertueux et une dynamique avec des mutuelles/opérateurs comme le Groupe VYV.**

[déremboursement des médicaments en France entre 2002 et 2010 : éléments d'évaluation \(irdes.fr\)](#)

Par la création d'un taux de 15 % en 2006, la compensation de l'AMC par transfert de charge a été recherchée. Or, la solvabilisation ne doit pas être le seul élément à prendre en compte d'une politique publique. L'usage de quatre taux différents de remboursement pour les médicaments (15%, 30%, 60%, 100%) ne constitue pas une méthode d'intérêt général. « *le schéma le plus rationnel consiste à évoluer vers un taux unique de remboursement, taux unique qui est d'ailleurs la règle dans le reste du système d'assurance maladie, pour les soins, les dispositifs médicaux,... et qui est la situation rencontrée dans la très grande majorité des autres pays* » selon le rapport sur la réforme des modalités d'évaluation des médicaments, Dominique Polton (novembre 2015): [rapport polton - evaluation médicaments-2.pdf \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)

⁶³ Voir page 10 « *La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé* », DREES, rapport 2020.



La pratique du « contrat avant le règlement » est fréquemment soulignée comme vertueuse par la CNAM (négociation avec les professionnels de santé). Cette pratique existe par ailleurs également avec d'autres acteurs du système de santé tels que l'industrie pharmaceutique (négociation avec le Comité Economique des Produits de Santé). Nous partageons d'ailleurs le constat du Président du LEEM⁶⁴ sur **l'inadaptation de la LFSS à des activités guidées par le long terme.**

C'est pourquoi nous proposons de mettre en place un nouveau cadre de contractualisation pour les OCAM. Nous répondons à ce besoin d'innovation en proposant une démarche partenariale qui s'appuierait sur **un échelon de concertation officiel et transversal** entre l'Etat, l'Assurance Maladie, des représentants de patients et de professionnels de santé. Cet échelon pourrait se constituer autour de cinq principes et trois fonctions :

- **Des principes définis par le HCAAM autour des cinq problématiques posées pour répondre aux « attentes de la nation ».** Ils peuvent constituer un fil conducteur pour un nouveau partenariat sur le système mixte à la française. L'ensemble des grands sujets sont cités y compris certains qui ne semblent pas actuellement traités. Le seul regard au travers des garanties est clairement insuffisant (encadré n°10).



Encadré n 10 : les problématiques posées par le HCAAM ne se réduisent pas à la seule question de la solvabilisation des assurés sociaux

1. *Faut-il privilégier la résorption des inégalités de couverture complémentaire, en particulier en faveur des catégories les moins bien couvertes ou supportant les plus lourdes charges ?*
2. *Faut-il maintenir le degré actuel d'encadrement des garanties, le renforcer voire pour certaines les intégrer à la couverture de base ou donner de nouvelles marges de manœuvre aux acteurs et, si oui lesquelles ?*
3. *Les modalités de participation des organismes complémentaires à la gouvernance du système de santé sont-elles satisfaisantes ?*
4. *Faut-il accorder une plus grande attention à la diffusion des garanties en matière de prévoyance ?*
5. *L'exploration des "nouveaux terrains" nécessite-t-elle de lever certains verrous, et que faut-il en attendre ?*

Source : Extraits HCAAM, voir note n°2

⁶⁴ Selon le Président du LEEM (Les Entreprises du médicament) : « *l'Accord-cadre constituera un levier important pour donner toute sa puissance à la dynamique post-crise. La LFSS est en revanche très mal adaptée à la réalité de notre activité – son caractère court-termiste et sa dimension unilatérale la disqualifient largement. J'oppose donc clairement ici l'approche conventionnelle que nous soutenons et l'approche régaliennne que nous contestons* » in [Opinion santé : Entretien avec Frédéric Collet, Président du LEEM | Nextep Health \(nextep-health.com\)](https://www.nextep-health.com)



- **Trois fonctions pourraient être confiées à cet échelon de concertation**

L'observation par une analyse partagée autour des principales données AMC en intégrant des sujets régulièrement traités (comme frais de gestion, lisibilité des contrats, tiers payant, 100% Santé). Ceci permettrait de faire toute la transparence auprès des Français (*cf* frais de gestion⁶⁵) et ainsi de mieux répondre à cette attente.

Ces dernières années, constatons que l'analyse a été partagée sur des sujets insuffisamment liés à des priorités de santé publique. Quelques indicateurs avec des leviers en commun (sur la santé au travail ou la vaccination par exemple) pourraient être suivis.



Encadré n 11 : un échelon de concertation précédemment envisagé dans des cadres plus restrictifs

-Une « Agence de garantie de la couverture solidaire des dépenses de santé » selon le programme de **François Fillon 2017**. Cette agence visait « à l'amélioration de la prise en charge des dépenses de santé, au meilleur coût pour les assurés. L'agence aurait pour mission de contrôler l'évolution des cotisations des complémentaires, la maîtrise de leurs frais de gestion, la clarté des contrats, ainsi que la qualité et la sécurité des prestations remboursées ».

- la recommandation n°1 du **rapport de Dominique Libault**⁶⁶ : « étoffer le dispositif d'observation » pour « mesurer les conséquences de la généralisation de la complémentaire santé ». « Outre l'échange d'informations et la remontée des données, une telle instance pourrait être une **enceinte de dialogue** sur les enjeux de la protection sociale complémentaire, dont on pourrait imaginer qu'elle soit saisie pour avis s'agissant de textes importants ».

La recherche d'équilibres plus optimaux entre les interventions de l'AMO et AMC

Quelques grands sujets prioritaires autour d'enjeux nationaux pourraient être d'emblée coordonnés avec les groupes d'OCAM volontaires : la santé mentale, la santé au travail, la vaccination, la gestion de la crise sanitaire, la santé environnementale, les addictions, ...

Le système mixte peut également être abordé avec une approche par projets (prévention, exercice coordonné, accès aux soins) qui est déjà celle qui nous guide sur

⁶⁵ Par un communiqué de décembre 2020, la FNMF a rappelé la baisse des frais de gestion des mutuelles pour la deuxième année consécutive (-1,4% en 2019) et la meilleure redistribution des cotisations aux adhérents, avec une hausse des prestations reversées (hors frais de gestion des sinistres) de +2,4%. « Ces résultats témoignent d'un marché très concurrentiel qui ne récompense pas ceux qui font le plus d'effort aux bénéficiaires des assurés. Pour gagner de nouveaux contrats, certains acteurs misent moins sur le montant et la qualité des prestations versées à leurs clients que sur les dépenses publicitaires avec pour conséquence une augmentation de leurs frais de gestion. A l'inverse et dans la durée, les mutuelles s'emploient à maintenir un haut niveau de redistribution et à peser sur leurs frais de gestion », souligne Thierry Beaudet, président de la FNMF.

⁶⁶ Rapport sur la solidarité et la protection sociale complémentaire collective, Dominique Libault, septembre 2015.



les territoires. Avec quelques ajustements⁶⁷, certaines propositions de mutuelles pourraient s'intégrer dans les équilibres des conventions signées entre l'UNCAM et les professions de santé, et même amplifier et accélérer leurs résultats.

La concertation pourrait permettre d'aborder sereinement et dans la durée la question des complémentarités ou d'interopérabilités⁶⁸, sur les postes de dépenses existants autour de quelques principes :

-Accompagner des mutations dans le sens d'avis de la HAS vers le remboursement ou déremboursement ;

-Assurer une simplification administrative pour l'ensemble des acteurs, et non transférer de la complexité aux OCAM ;

-Veiller à l'efficacité des modalités de gestion notamment sur des postes de dépenses où les OCAM sont majoritaires (optique, audio, ...).

A titre d'illustration, une réforme venue du Canada pourrait être étudiée et discutée. En 2019, les canadiens ont réalisé le choix du payeur unique pour certains médicaments, en allant vers plus de clarté et de simplicité pour les patients et les professionnels du secteur⁶⁹.

La contractualisation, pour initier la concertation avec des objectifs intermédiaires et contribuer à faire évoluer le système de santé par étape

Nous proposons la modulation⁷⁰ des contrats responsables selon une feuille de route nationale et une contractualisation OCAM par OCAM. Etablir un nouveau dialogue

⁶⁷ Par exemple, la bonification des actes des professionnels exerçant en exercice coordonné (partie 2) nécessite d'identifier ces professionnels libéraux à partir d'informations partagées par le régulateur de référence (AMO pour les actes remboursés, mutuelles pour des actes non remboursés). Cette identification est déjà réalisée pour des professions conventionnées par l'AMO (médecins et pharmaciens notamment lors de leur déclaration annuelle de ROSP). Afin de renforcer la coordination entre l'AMO et les mutuelles sur l'organisation du système de santé, définissons d'emblée une vision partagée des acteurs de l'exercice coordonné. Ainsi, la régulation concertée des équipes de soins primaires couvrira un périmètre d'actes plus large que celui des seules professions conventionnées par l'AMO.

⁶⁸ Voir encadrés n°2 (MFPS) et n°8 (MNT).

⁶⁹ « Une ordonnance pour l'assurance-médicaments pour tous Rapport final du Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments le canada : », Juin 2019 [https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/images/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/implementation-national-pharmare/final-report/rapport-final.pdf](https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/images/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/implementation-national-pharmare/implementation-national-pharmare/final-report/rapport-final.pdf)

⁷⁰ Au lieu d'un système binaire autour de deux taux de fiscalité, les contrats responsables peuvent prévoir une modulation du taux de fiscalité selon l'intégration de différents objectifs partagés. Par exemple en intégrant la recommandation n°8 « Encourager les cotisations prenant en compte le revenu et les mesures favorables aux retraités grâce à des mécanismes d'incitation fiscale » du Rapport de Dominique Libault sur la solidarité et la protection sociale complémentaire collective (septembre 2015).



nécessite d'être innovant sur un cadre définissant un chemin autour d'objectifs intermédiaires réajustables.

4.2 Propositions pour une nouvelle méthode de concertation

Nous proposons d'agir par une contractualisation des OCAM pour dépasser la situation actuelle d'adhésion sur les seuls objectifs de solvabilisation :

-Une feuille de route intégrerait des défis posés au système de santé sur lesquels les mutuelles et OCAM pourraient s'engager par la valorisation de leurs comportements vertueux :

- ✓ Autour de « garanties supplémentaires » s'inscrivant dans des priorités de santé publique (partie 1)
- ✓ Par la valorisation de l'exercice coordonné, la simplification de parcours, l'investissement sur le premier recours (partie 2)
- ✓ Ou pour mieux mutualiser les risques entre les revenus et les générations (partie 3)

- Créer un échelon de concertation entre l'Etat, l'Assurance Maladie, des représentants de patients et de professionnels de santé, autour des **cinq problématiques citées par le HCAAM** et de trois fonctions :

- ✓ L'observation par une analyse partagée y compris sur des sujets liés à des priorités de santé publique.
- ✓ La recherche d'équilibres plus optimaux entre les interventions de l'AMO et AMC.
- ✓ La contractualisation, pour initier la concertation avec des objectifs intermédiaires et contribuer à faire évoluer le système de santé par étape.



5 : Les principes mutualistes au cœur du nouveau partenariat pour la santé des Français.

Les grands principes mutualistes demeurent pleinement pertinents pour réussir ce nouveau partenariat pour la santé des Français. Voici quelques exemples :

➤ **Les mutuelles permettent aux citoyens de s'approprier les enjeux de santé.**

La crise Covid a démontré l'importance fondamentale de la confiance de la population dans la stratégie de santé. C'est toute la réussite de notre réponse collective au virus qui dépend du consentement de la population à l'application des gestes barrières, de la confiance qu'ils ont dans la stratégie vaccinale, dans le choix des traitements, et plus globalement dans la parole des autorités et des professionnels de santé.

Les mutuelles de santé peuvent grandement contribuer à **renforcer les liens de confiance de leurs adhérents avec les grands choix de santé**. Par leur gouvernance basée sur le principe « une personne = une voix », leurs actions locales et leur proximité avec leurs millions d'adhérents (sections locales, communication régulière et directe, ...), les mutuelles santé demeurent un des rares lieux où **les gens peuvent s'approprier les grandes questions de santé, les discuter et surtout décider ensemble** ce qu'ils souhaitent faire pour agir en faveur de leur santé et de celles des autres.



Encadré n°12 : les mutuelles contribuent au maintien d'une bonne couverture vaccinale

MFP Services organise directement sur le lieu de travail des campagnes de vaccination antigrippale. Cette action dure près de quatre mois de mi-octobre à fin janvier et s'articule autour d'une séance de vaccination antigrippale, sans ateliers ni autres options spécifiques.

Les taux de satisfaction enregistrés à l'issue des actions sont excellents ; 99,5 % des agents s'estiment satisfaits ou très satisfaits qu'une vaccination soit proposée sur site. Près de 60 % des assurés ne se seraient pas fait vacciner si cela n'avait pas été proposé. Près de 99 % des assurés accepteraient de se faire vacciner l'année suivante si l'action est à nouveau proposée.

Par ailleurs, 54 % des fonctionnaires déclarent qu'ils se feraient vacciner si c'était proposé sur le lieu de travail. Par l'organisation des actions de santé, les assurés sociaux fonctionnaires sont très satisfaits de pouvoir bénéficier d'un accompagnement santé organisé avec l'employeur, sur le lieu du travail, et facilitée par l'engagement des mutuelles dans leur mission de santé publique.



➤ **Les mutuelles, une performance partagée, particulièrement utile en temps de crise économique.**

Dans un article de 2015, l'économiste Jean Hervé Lorenzi titrait : *“Le mutualisme, un remède contre la crise”*⁷¹. A l'ère du Covid et de ses conséquences sur notre économie et protection sociale, cette formule demeure d'actualité pour plusieurs raisons :

- **l'inexistence du dividende** versé aux actionnaires qui permet *a priori* d'éviter une prise de risque excessive dans les choix d'investissements ;
- une **priorité donnée au long terme** dans une période où le court-termisme a montré qu'il conduisait à faire l'impasse sur des enjeux essentiels ;
- une **attention donnée aux populations protégées**, assurées, soignées, que le jeu spontané de l'offre et de la demande sert mal ou difficilement.

Les mutuelles mettent en pratique le principe de « performance partagée ». Par leur modèle économique à lucrativité limitée, elles distribuent ce qui peut s'apparenter à un véritable « dividende social ». N'ayant **pas d'actionnaires à rémunérer, les excédents de gestion dégagés sont intégralement réinvestis ou placés en réserve pour renforcer et pérenniser le bien collectif** qu'est la mutuelle. La performance est intégralement au service des adhérents, qui sont les bénéficiaires et possesseurs collectifs de la mutuelle. **Les mutuelles disposent encore pour l'instant de cette capacité d'investir sur le long terme.**

Ce modèle économique complémentaire des modèles privés à but lucratif et public enrichit la diversité des modes d'entreprendre de l'économie française. Si l'on suit l'analyse de l'économiste Douglass North, *« la diversité institutionnelle est une question de survie »* (encadré n°13 ci-dessous). Dans un monde extrêmement mouvant et peu prévisible, nos mutuelles, à l'instar des autres entreprises de l'économie sociale et solidaire, doivent pouvoir continuer à développer leurs spécificités et ainsi participer de la résilience générale de l'économie française et européenne.

Pour Claude Evin, *« il est utile de rappeler un point complémentaire très positif, et pour ce qui est spécifiquement le cas pour les mutuelles. Elles sont animées par des militants qui s'engagent sur le terrain et **leurs réseaux de proximité constituent un maillage territorial intéressant et fluide** »*⁷². Pour Bruno Palier, les mutuelles, *« ont la capacité, compte tenu de la masse de leurs adhérents, de connaître les besoins collectifs et de les incarner »*. *« On a besoin des centres de santé et des mutuelles pour une vraie politique de santé publique »*⁷³.

⁷¹ Selon un titre évocateur de l'économiste Jean Hervé Lorenzi, Les Echos 9 septembre 2015 <https://www.lesechos.fr/2015/09/le-mutualisme-un-remede-contre-la-crise-253437>

⁷² Interview lors du premier semestre 2020, in « Dessine-moi une complémentaire santé », co-production Carte Blanche Partenaires et Vovoxx.

⁷³ Bruno Palier (directeur de recherches Cnrs-Centre d'études européennes de Sciences Po) in BlogViva le 12 janvier 2021 : [Crise Covid : « On a besoin des centres de santé et des mutuelles pour une vraie politique de santé publique » - Blog Viva \(vivamagazine.fr\)](#)



Encadré n°13 : Pour Douglass North, Prix Nobel d'économie en 1993, « la diversité institutionnelle est une question de survie »

Douglass North définit les institutions de la manière suivante : « *ce sont les règles du jeu dans une société, ou plus formellement les contraintes élaborées par l'Homme pour façonner les interactions humaines* ». En conséquence elles structurent les incitations dans l'échange humain, qu'il soit politique, social ou économique".

Notamment dans son ouvrage « *Le processus du changement économique* »⁷⁴ (2005), ses travaux rétrospectifs visent à comprendre le développement économique et le rôle qu'y jouent les institutions. dans les trajectoires des différentes sociétés ou nations sur des temps longs.

Des activités économiques se développent ou sont bloquées par la façon dont les institutions récompensent ou non les actions humaines : les institutions fournissent en effet les règles du jeu politique, économique et social.

Ses successeurs de la Nouvelle Economie Institutionnelle Daron Acemoglu et James Robinson (« *Why nations fail ?* »⁷⁵ en 2012) identifient **un fondement d'une croissance économique soutenable à long terme : le caractère inclusif des institutions politiques et économiques**. Selon ces auteurs, cela signifie qu'elles ne doivent pas être mises au service d'un nombre limité d'individus monopolisant le pouvoir mais au contraire **permettre à tous d'exprimer leurs talents**.

➤ **Les mutuelles génératrices de solidarités civiles complémentaires de la solidarité nationale.**

Les mutuelles apportent des réponses citoyennes, différentes de celles du marché ou de la sphère publique, utiles face aux crises sociales et sanitaires. Selon la conception d'Alain Supiot⁷⁶, la solidarité nationale « *admet en son sein l'expression de solidarités plus étroites qu'en termes généraux on peut qualifier de solidarités civiles* ». L'organisation de cet espace entre le marché et l'Etat ne s'oppose pas à la solidarité nationale : il permet de redonner du sens aux solidarités effectives, volontaires, concrètes. Les mutuelles sont en quelque sorte un cadre général permettant la mise en mouvement de solidarités interpersonnelles, y compris sur une base extrêmement large.

Cette solidarité doit selon nous être reconnue et soutenue car elle réduit la compétitivité du modèle économique mutualiste, ainsi que le souligne le HCAAM, « *l'opérateur est moins compétitif car la solidarité a un coût* »⁷⁷.

⁷⁴ North Douglass C., « *Understanding the Process of Economic Change* », Princeton University Press. Traduction française : « *Le processus du développement économique* », Paris, Éditions d'Organisation, 2005.

⁷⁵ Édition française : Daron Acemoglu et James A. Robinson, « *Prospérité, puissance et pauvreté: Pourquoi certains pays réussissent mieux que d'autres* », Markus Haller éditions, 2015.

⁷⁶ Alain Supiot (Professeur au Collège de France) dans « La solidarité » (page 16) définit la notion de solidarité civile comme « *des solidarités qui reposent sur une base volontaire et ne relèvent donc ni du marché ni de l'Etat* ».

⁷⁷ Voir note n°2.



➤ **Les mutuelles opposées à un système dual sans articulation entre AMO et AMC visant à récupérer de la matière assurable**

La précédente crise économique et sociale de 2008 a fait l'objet de mesures source d'inégalités dans des pays de l'OCDE⁷⁸: hausse et diversification des prélèvements obligatoires, augmentation des frais pour les usagers, baisses des effectifs et des salaires pour les personnels de santé, réduction drastique des prix des biens et des services médicaux.

Le Groupe VYV redoute une dégradation des remboursements et des soins et plaide en conséquence pour une **assurance maladie obligatoire universelle et de haut niveau**. Le recul de la solidarité nationale ne peut en aucun cas constituer une opportunité d'augmentation de « matière assurable », en compromettant la réalisation de ce qui est notre véritable raison d'être : l'accès à la santé.

En conséquence de quoi, nous ne pouvons partager les approches visant à instituer un système dual avec une séparation stricte des périmètres entre assureurs publics et privés, un écrémage des risques selon des critères de revenus fixés par l'Etat (assurance privée au premier euro accessible à partir d'un seuil de revenu). L'accès aux soins de qualité risquerait de devenir réservé à une partie de la population pouvant s'offrir les services des établissements privés. De ce point de vue, certains aspects du système de santé en Espagne ne constituent pas un exemple, en allant à l'encontre de l'équité et de la mutualisation des risques entre les revenus⁷⁹.

Nous attirons ainsi l'attention sur cette **lente dérive possible en France** face aux manques d'une éventuelle « Grande Sécu » qui après avoir réduit le rôle des mutualisations volontaires (taxes aux OCAM, forte progression de la CSS, etc...) à l'occasion de la crise Covid pourrait ne plus avoir les moyens de ses ambitions une fois rattrapée par les exigences de maîtrise des dépenses publiques et des prélèvements obligatoires.

*« L'étatisation du système s'accompagne en France de privatisation : on assiste à ce paradoxe que l'Etat étatisation la protection sociale pour s'en retirer et rationner. Pour mieux prendre en compte les besoins émergents et relayer les décisions prises, il faudrait **renouer avec une véritable démocratie sociale**, donc avec une association des partenaires sociaux et des mutuelles aux décisions en matière de protection sociale »* estime ainsi Bruno Palier⁸⁰.

⁷⁸ Valérie Paris « *L'impact de la crise économique sur les systèmes de santé des pays de l'OCDE* », Med Sci (Paris) Volume 30, Number 10, Octobre 2014

⁷⁹ Le reste à charge en Espagne de 24 % (contre 9 % en France) s'est accru notamment suite à la crise de 2008 (+4,1 points entre 2009 et 2017) Source : La protection sociale en France et en Europe en 2018 > édition 2020 > DREES

⁸⁰ Bruno Palier (directeur de recherches CNRS-Centre d'études européennes de Sciences Po) in BlogViva le 12 janvier 2021 : [Crise Covid : « On a besoin des centres de santé et des mutuelles pour une vraie politique de santé publique » - Blog Viva \(vivamagazine.fr\)](#)



Pour le professeur en éthique médicale Emmanuel Hirsch : « Apparemment rien ne nous préparait à la Covid-19 parce que personne n’y croyait. Nous apprenons beaucoup de ces moments de souffrance, d’inquiétude mais aussi d’engagements et de don de soi. S’il y avait dans un premier temps urgence à agir, l’important est désormais **d’associer les citoyens aux délibérations relatives à l’après, de développer une pédagogie de la responsabilité partagée** »⁸¹. « Nous avons peu de prises sur le virus. Quand on nous parle des variants (anglais, sud-africain) il nous faut **penser des variants aussi d’un point de vue d’inventivité démocratique** »⁸².

⁸¹ Emmanuel Hirsch, président du Conseil pour l’éthique de la recherche de l’Université Paris-Saclay, in "Une démocratie confinée. L’éthique quoi qu’il en coûte", édition Erès, pages 80 à 82

⁸² Interview d’Emmanuel Hirsch à France Inter du 29 janvier 2021.



LISTE DE PROPOSITIONS

A la question posée par le HCAAM⁸³, « *Qu’attend la Nation des complémentaires santé ?* », une des réponses possibles est d'**aider les citoyens à prendre soin de leur santé notamment par la prévention et des parcours coordonnés dans un cadre financier collectivement soutenable et équitable**. C’était déjà le sens de notre précédente contribution actuellement mise en débat « *Pour améliorer notre santé, ne passons pas à côté de l’essentiel* »⁸⁴.

Une politique de santé publique autour de priorités nationales sous-tend nos propositions suivantes dans une vision partenariale :

➤ **Pour un nouveau partenariat prévention santé autour des priorités de santé publique :**

- Reconnaître officiellement un rôle d’acteur et de financeur de prévention aux mutuelles et autres organismes d’assurance santé.
- Engager les mutuelles à agir dans le cadre fixé par la stratégie nationale de santé et à contribuer à l’efficacité des interventions prises en charge par l’Assurance Maladie.
- Supprimer la fiscalité pesant sur les cotisations des garanties d’un « panier prévention », à l’instar de la TVA réduite existant sur certains produits ou services considérés comme prioritaires.

➤ **Pour un nouveau partenariat avec les professionnels de santé favorisant des parcours par l’exercice coordonné :**

- Contribuer à l’exercice coordonné identifié par l’Assurance maladie par des prises en charge au premier euro de garanties supplémentaires d’actes non remboursables par le régime obligatoire (psychologues notamment)
- Organiser un parcours de médication officinale sur des pathologies du premier recours.
- Accorder aux kinésithérapeutes la possibilité de réaliser le bilan initial d’activité physique adaptée.
- Inciter financièrement les OCAM à investir dans les établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux

➤ **Pour une mise en débat de mécanismes favorisant l’équité entre citoyens et entre OCAM**

- Généraliser le mécanisme dit des « transferts de solidarité » entre actifs et retraités tel que pratiqué au sein des contrats référencés dans la Fonction publique.

⁸³ Voir note n°2

⁸⁴ Lien groupe VYV : [« Pour améliorer notre santé, ne passons pas à côté de l’essentiel ! » | VYV \(groupe-vyv.fr\)](https://www.vyv.fr)



- Distribuer équitablement les aides publiques sous la forme d'un « crédit d'impôt pour tous ».
- Rendre obligatoire la tarification au revenu pour tous les contrats responsables d'assurance complémentaire santé.
- Instaurer un mécanisme de solidarité entre assureurs pour que ceux ayant les plus gros risques soient aidés par ceux ayant les plus bas risques.
 - **Pour une nouvelle méthode de concertation dépassant la situation actuelle d'adhésion sur les seuls objectifs de solvabilisation :**
 - Intégrer une feuille de route des défis posés au système de santé sur lesquels les mutuelles pourraient s'engager par la valorisation de leurs comportements vertueux
 - Créer un échelon de concertation entre l'Etat, l'Assurance Maladie, des représentants de patients et de professionnels de santé, autour des cinq problématiques citées par le HCAAM et de trois fonctions (observation, recherche d'équilibres plus optimaux entre les interventions de l'AMO et AMC, contractualisation)



Contacts Groupe VYV :

-Romain GUERRY

Directeur des relations institutionnelles

TEL : 01 44 10 19 71 / 06 26 13 36 32

romain.guerry@groupe-vyv.fr

-Bertran CARLIER

Chargé d'affaires publiques et appui missions système de santé

TEL : 07 87 35 04 50 / 01 56 80 43 74

bertran.carlier@groupe-vyv.fr

🐦 - [groupe-vyv.fr](https://www.groupe-vyv.fr)

Tour Montparnasse - 33, avenue du Maine - BP 25 - 75755 Paris Cedex 15