

LIVRE BLANC
FEVRIER 2017

COUVERTURE & OFFRE DE SOINS

POUR UN SYSTEME MIXTE,
PERENNE & RESPONSABLE



 **Groupe
Pasteur
Mutualité**

A S T E R è S
p r o d u c t e u r d ' i d é e s



GROUPE PASTEUR MUTUALITE

34, boulevard de Courcelles
75017 Paris
Tél. : 01 40 54 54 54
www.gpm.fr

ASTERES

81, rue Réaumur
75002 Paris
Tél. : 01 44 76 89 16
www.asteres.fr

AVERTISSEMENT

Les propositions de ce document ont été formulées en toute indépendance par Asterès. Elles sont destinées à alimenter les débats publics sur le thème de la santé. Les propositions ne reflètent pas nécessairement les positions du Groupe Pasteur Mutualité.

Nous avons l'exceptionnelle chance de vivre une époque de **mutations inédites** et profondes. Très peu de générations humaines ont vécu de tels moments de changements. La (r)évolution du secteur de la santé est une des manifestations évidentes du moment, comme peuvent l'être également, à ce point, des secteurs tels que l'énergie, la communication ou l'éducation.

Les fondements des grandes mutations en santé sont désormais là. On pourrait même dire "les dés sont jetés, faites vos jeux". En même temps, j'aurais tendance à dire "pesez chacun de vos paris" car il s'agit de votre santé, de celles de vos enfants, de vos proches, de nos propres vies. L'enjeu n'est pas seulement de **moderniser** un système "classiquement" désuet, mais d'**imaginer** celui de nos enfants.

C'est pourquoi, tout à coup, nous sommes tous mobilisés autour de l'excellence. Comment construire dès aujourd'hui un système efficace qui les fera vivre plus longtemps mais surtout en bonne santé ? Comment accompagner cette mutation en privilégiant l'Humain, l'Humanisme même, au cœur de la Médecine des 4 P, "Prédictive, Préventive, Participative, Personnalisée" ?

Notre Président, le Dr Michel Cazaugade, porte cette préoccupation en permanence et se fait très souvent en la matière l'écho de nos administrateurs et adhérents qui sont au cœur de Groupe Pasteur Mutualité. Nous sommes, et c'est déjà beaucoup, que des **facilitateurs** qui doivent écouter ces femmes et ces hommes, ces professionnels de santé, et nous mettre **à leur service** comme ils ont souvent mis leur vie au service de notre santé.

C'est également cela qui est **l'essence de notre grand projet Villa M qui ouvrira à Paris en 2019**. Un lieu unique au monde, un espace de vie, de travail et de rencontres sur la santé de demain centrée sur l'humain.

Qu'importe les dénominations de ces valeurs qui existent déjà depuis longtemps. Elles sont toutes fondées autour de la notion de solidarité. Toute la difficulté est que le modèle, constitué de qualités parfois contradictoires, éco-responsabilité, entraide, efficacité et forcément innovation, reste à imaginer.

L'époque manque cruellement de débats dans bien des domaines. Il n'en est nullement le cas dans le nôtre. Cela faisait si longtemps que les échanges n'avaient pas été aussi forts, y compris dans un contexte électoral, et c'est une bonne chose.

Je remarque cependant que, pour l'instant, chacun privilégie les conseils donnés aux autres, chacun apporte ses réflexions ou ses solutions par rapport à ses propres difficultés.

Nous voulions éviter cet écueil et avons donc demandé à Nicolas Bouzou de nous apporter son **objectivité**, son **expertise**, sa **capacité à proposer** mais aussi à **écouter, comprendre et façonner**. Nicolas est bien un visionnaire en ce sens.

Le **Groupe Pasteur Mutualité** est un acteur très particulier du monde de la santé, une **Union de Mutuelles faite par et pour les professionnels de santé**. Nos administrateurs, nos adhérents, connaissent donc mieux que quiconque, l'importance du bien commun en santé.

Nous sommes aussi une entreprise au sens noble du terme qui par la création d'emplois, par ses résultats, ses provisions et les impôts payés participent à la **création de richesse de notre pays**. Un assureur, payeur parfois myope, qui prend sa part des 42 milliards de dépenses des régimes complémentaires. Plus que quiconque, nous pouvons donc imaginer les conséquences économiques et donc aussi concrètement humaines de chaque mesure envisagée.

Aux côtés et au service de nos adhérents et administrateurs, nous imaginons donc le mutualisme du 21^e siècle, tout en accompagnant d'ores et déjà un monde de la santé qui a tant évolué. Le développement de l'ambulatoire, les exercices en groupe, les prises en charge plus importantes de garanties un peu abandonnées par les régimes obligatoires constituent une action importante et quotidienne.

Posons-nous des questions essentielles.

Devons-nous refuser de mettre nos intelligences en commun en mettant de côté tout intérêt particulier ? Devons-nous faire semblant de croire que les GAFAs avec leur propre vision et leurs intérêts particuliers s'arrêteront aux

mêmes frontières que le nuage de Tchernobyl ? Devons-nous refuser de faire avancer le monde ?

Non, bien sûr que non, tous les acteurs que nous sommes au quotidien doivent **porter ensemble les enjeux incroyablement forts de l'innovation**. Tant de réussites actuelles méritent d'être sublimées avant même de rêver à ce qui n'existe pas encore.

Les mutualistes doivent agir sur tous les leviers de la prévention et ils sont nombreux.

- L'**activité sportive** comme acte thérapeutique ;
- L'**alimentation** comme premier enjeu de santé ;
- Les **objets connectés** puissants s'ils sont mis entre les mains des professionnels de santé ;
- De **nouvelles prises en charge** qui nous font rêver parce qu'opérantes sur la santé même du patient ;
- La participation à des idées novatrices de lien entre **l'ambulatoire et l'accueil**.

Enfin, le sujet de la **collecte des données** est incontournable.

Quelle injure à l'intelligence ce serait de ne pas utiliser ces données par pur dogmatisme ! Nous avons ensemble (régimes obligatoires et complémentaires) l'obligation de les collecter, de les organiser puis de les livrer avec abnégation aux scientifiques.

Quelle injure à l'humanité ce serait de ne pas accepter d'inscrire ces données dans un marbre en nous engageant de ne jamais les utiliser à autres fins que scientifiques !

Nous pensons que nous, mutualistes, pouvons créer ce nouveau modèle, utile et vertueux. Notre modèle, avec nos racines et nos différences, est parfaitement adapté à cet enjeu. Je reprends là les propos forts justes de Nicolas : *“La grande force du mutualisme est d'être proche des gens. Le grand intérêt de GPM est que les professionnels de la santé font partie de l'organisation du Groupe. Dans une période de grandes mutations, la tendance est à la centralisation et donc à un manque cruel d'écoute des réalités du*

terrain. La question de la solidarité est également essentielle dans nos sociétés en forts changements.“

Voilà les choix qui s'offrent à nous pour aider ceux qui vous soignent. Voilà ce en quoi nous croyons. Nicolas Bouzou est un visionnaire. Plus que cela, c'est un visionnaire humaniste.

Dans l'histoire de l'humanité, plus il y a eu de technologie, plus il y a eu d'humain. C'est extrêmement important de considérer de nos jours à sa juste mesure ce fait. Il permet d'envisager un futur "acceptable". J'entends souvent Nicolas prendre en exemple le secteur de l'aéronautique et citer d'illustres aventuriers comme Mermoz ou Saint-Exupéry pour montrer que c'est toujours l'Homme qui donne sa finalité à l'innovation. La machine, en l'occurrence l'avion, cet « instrument savant » selon Saint-Ex, n'est rien sans l'Homme qui en reste toujours le maître.

Les mutualistes que nous sommes, collectivement et individuellement, vivons et mesurons pleinement toutes ces ambitions.

THIERRY LORENTE
*Directeur général
de Groupe Pasteur Mutualité*

PREAMBULE

Groupe Pasteur Mutualité est un groupe mutualiste d'assurance administré depuis plus de 155 ans par et pour les professionnels de santé. Fort de 130 000 adhérents, de 170 000 personnes protégées et de 1,4 milliard d'euros d'encours gérés, c'est un **acteur de premier plan dans la protection et l'accompagnement des médecins et des professionnels de santé**, libéraux, hospitaliers ou mixtes.

En 2019, Groupe Pasteur Mutualité ouvrira, en plein cœur de Paris, un concept-lieu inédit de 8 000 m², dédié à la santé de demain et à l'ensemble de ses acteurs. **Villa M a placé le patient et le soignant au centre des innovations en santé.**

Rouages incontournables du système sanitaire français, les **organismes complémentaires d'assurance** sont pleinement **légitimes** pour s'exprimer d'une **voix forte** dans les débats publics sur la santé. Aussi, s'appuyant sur l'expertise du cabinet **Asterès**, Groupe Pasteur Mutualité a choisi de s'impliquer pleinement pour faire **avancer la réflexion collective, encourager les réformes et promouvoir l'innovation.**

Les travaux menés par Asterès à la demande de Groupe Pasteur Mutualité ont conduit à la formulation de **10 recommandations fortes** pour le système de santé français. Certaines propositions impliquent de profondes mutations dans les modalités de prise en charge financière et dans l'organisation des soins.

CHRISTOPHE MARQUES

Economiste Santé chez Asterès

NICOLAS BOUZOU

Economiste, directeur-fondateur d'Asterès

GPM EN CHIFFRES

130 000
ADHERENTS

170 000
PERSONNES
PROTEGEES

228 M€
chiffre
d'affaires

349 M€
Fonds
Propres

1,4 Md€
encours
gérés

549 %
marge de
solvabilité

LES TRAVAUX D'ASTERES POUR LE COMPTE DU GROUPE PASTEUR MUTUALITE

1. Les défis de l'assurance maladie : la difficile adéquation entre recettes, dépenses et équité
2. L'organisation de la politique de santé
3. Parcours de soins et rémunération des médecins libéraux
4. Cliniques : comment le secteur s'adapte à une T2A déflationniste
5. La prévention en France
6. Comparaison internationale des systèmes de santé
7. Quelles utilisations des *big data* par l'assurance santé ?



SOMMAIRE

REFORMER ET INNOVER POUR ASSURER LA PERENNITE DE LA SOLIDARITE MEDICALE

1/ PROPOSITIONS POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE FINANCIERE

- 1 Recentrer le rôle des pouvoirs publics sur les soins « lourds »
- 2 Diversifier le financement de l'assurance maladie
- 3 Mettre en place un contrat complémentaire « basique » et uniformisé
- 4 Mettre en place des contrats complémentaires collectifs à couverture individuelle modulable

2/ PROPOSITIONS POUR AMELIORER L'OFFRE DE SANTE

- 5 Généraliser rapidement la télémédecine
- 6 Etendre les compétences des infirmières et des pharmaciens exerçant en équipe pluridisciplinaire
- 7 Soutenir la concentration du secteur hospitalier
- 8 Renforcer le rôle des complémentaires dans la régulation de l'offre médicale

3/ PROPOSITIONS POUR AMELIORER LA PREVENTION

- 9 Renforcer le rôle des complémentaires dans la prévention
- 10 Promouvoir l'usage des big data comme outil de prévention

intelligence.artificielle
biotechnologie
génomique
Google Apple
big.data télésanté
patients.connectés
innovation
médecine.personnalisée
numérique
objets.connectés Microsoft
robotique

REFORMER ET INNOVER POUR ASSURER LA PERENNITE DE LA SOLIDARITE MEDICALE

L'assurance maladie souffre d'un déficit chronique qui s'explique par des mutations profondes de notre économie au cours de 40 dernières années : la croissance du PIB a ralenti, l'augmentation des recettes sociales a marqué le pas et les besoins médicaux sont demeurés fortement dynamiques. Pour assurer la pérennité du système, les pouvoirs publics devront à la fois repenser le mode de financement, promouvoir la prévention des risques et renforcer la productivité de l'offre médicale.

UNE SOLIDARITE PARTIELLEMENT FINANCEE... DONC NON PERENNE

Bien que l'Ondam¹ soit respecté depuis 2010, **le déficit de l'assurance maladie reste profond**, signe que si les efforts sur les dépenses ont porté leurs fruits, d'importantes réformes restent à mener côté financement.

L'Ondam n'a pu être respecté de 2010 à 2015 qu'au prix de **baisses tarifaires drastiques dans la pharmacie, la biologie et la radiologie, et par une modération des tarifs de tous les autres biens et services médicaux**. La recherche d'efficience est devenue une priorité. Suivant le PLFSS 2017², les 4 milliards d'euros d'économies attendus l'an prochain par l'assurance maladie devraient se réaliser à 39% par des baisses de prix et la promotion des médicaments génériques et à 61% par des mesures d'efficience et de performance.³

Le dernier PLFSS prévoit un déficit de 4 milliards d'euros en 2016 pour la branche maladie des régimes obligatoires de base. **Voilà 26 ans que cette branche de la sécurité sociale est « en perte ».**

¹ Objectif national des dépenses d'assurance maladie. Cet objectif est voté chaque année par le Parlement.

² Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2017.

³ A noter qu'il ne s'agit pas de 4 milliards d'euros d'économies nettes mais d'une économie relativement à la croissance tendancielle des dépenses de santé.

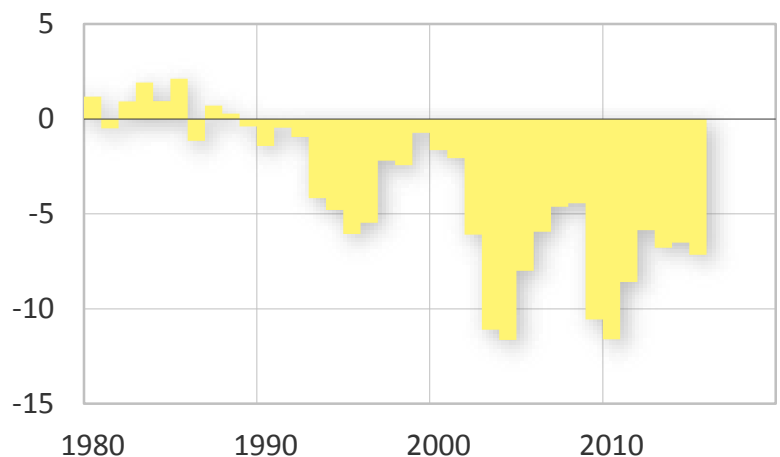
Une fraction des soins dispensés se réalise chaque année à crédit

Cela ne saurait garantir la pérennité de notre modèle de solidarité

Solde du régime général de l'assurance maladie

En milliards d'euros / dernière année : 2015

source : Eco-santé



UNE PRESSION FORTE SUR LES DEPENSES DE SOINS

Les dépenses médicales augmentent de manière soutenue et sont peu influencées par les fluctuations conjoncturelles de l'économie. De puissants ressorts sont à l'œuvre. Ceux-ci ont propulsé les dépenses de santé de 5,4% du PIB en 1970 à **12% aujourd'hui**. Il s'agit de :

- **La hausse du niveau de vie** : l'enrichissement des populations est la première cause d'inflation des dépenses de soins. Plus un individu est riche et éduqué, plus il se soucie de son bien-être et se trouve être en demande de soins et de prévention.
- **La diffusion du progrès technique** : les innovations médicales sont financièrement à double tranchant. Certaines, accompagnées de réformes structurelles, améliorent l'efficacité des soins et rendent le système plus efficient et plus économe. Le coût des innovations est dans ce cas compensé à moyen-long terme par les gains d'efficacité. Dans d'autres situations, les innovations, malgré une efficacité supérieure, peuvent s'accompagner d'une inflation nette des coûts. C'est le cas des traitements innovants qui chronicisent des maladies autrefois mortelles.
- **L'essor des maladies « industrielles »** : les modes de vie et de consommation modernes ont généré de nouveaux types d'épidémies difficilement endiguables, comme l'obésité, le diabète, les cancers ou encore l'excès de stress.

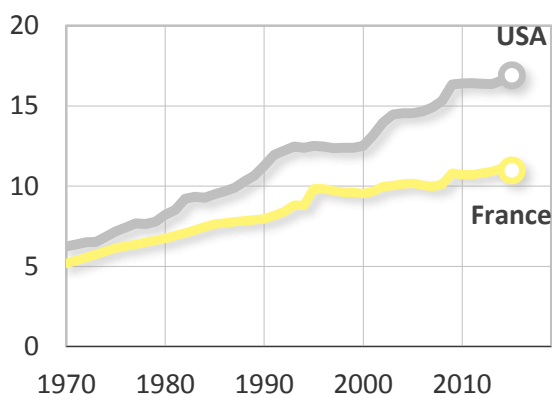
- **Le vieillissement de la population** : l'impact du vieillissement est limité comparé aux effets des trois facteurs précédents. Nous vieillissons, certes, mais nous vieillissons en bonne santé. Les dépenses de soins se concentrent en fin de vie, quelle que soit la longévité.

La forte progression des dépenses sociales au cours des dernières décennies n'a pas été suivie de réformes structurelles du financement de la sécurité sociale ni de l'organisation sanitaire, d'où un déficit de l'assurance maladie à la fois profond et récurrent.

En 2050, les dépenses de santé pourraient avoisiner 20% du PIB. Or la France est l'un des pays où la prise en charge par une mutualisation obligatoire et publique est l'une des plus élevée au monde (78,6% des dépenses en 2015). Pour assurer la pérennité de notre système solidaire et financer l'innovation médicale, **il apparaît primordial d'opérer rapidement des réformes de fond.**

Dépense totale de santé dans le PIB

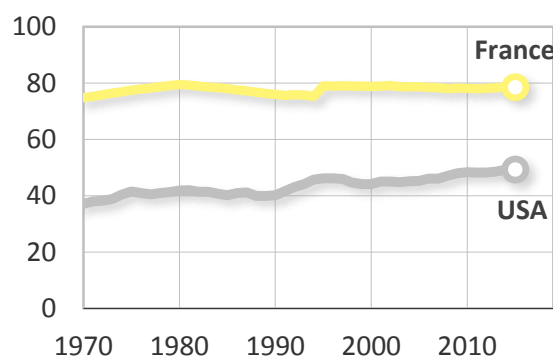
% du PIB / source : OCDE



Poids du public dans le financement

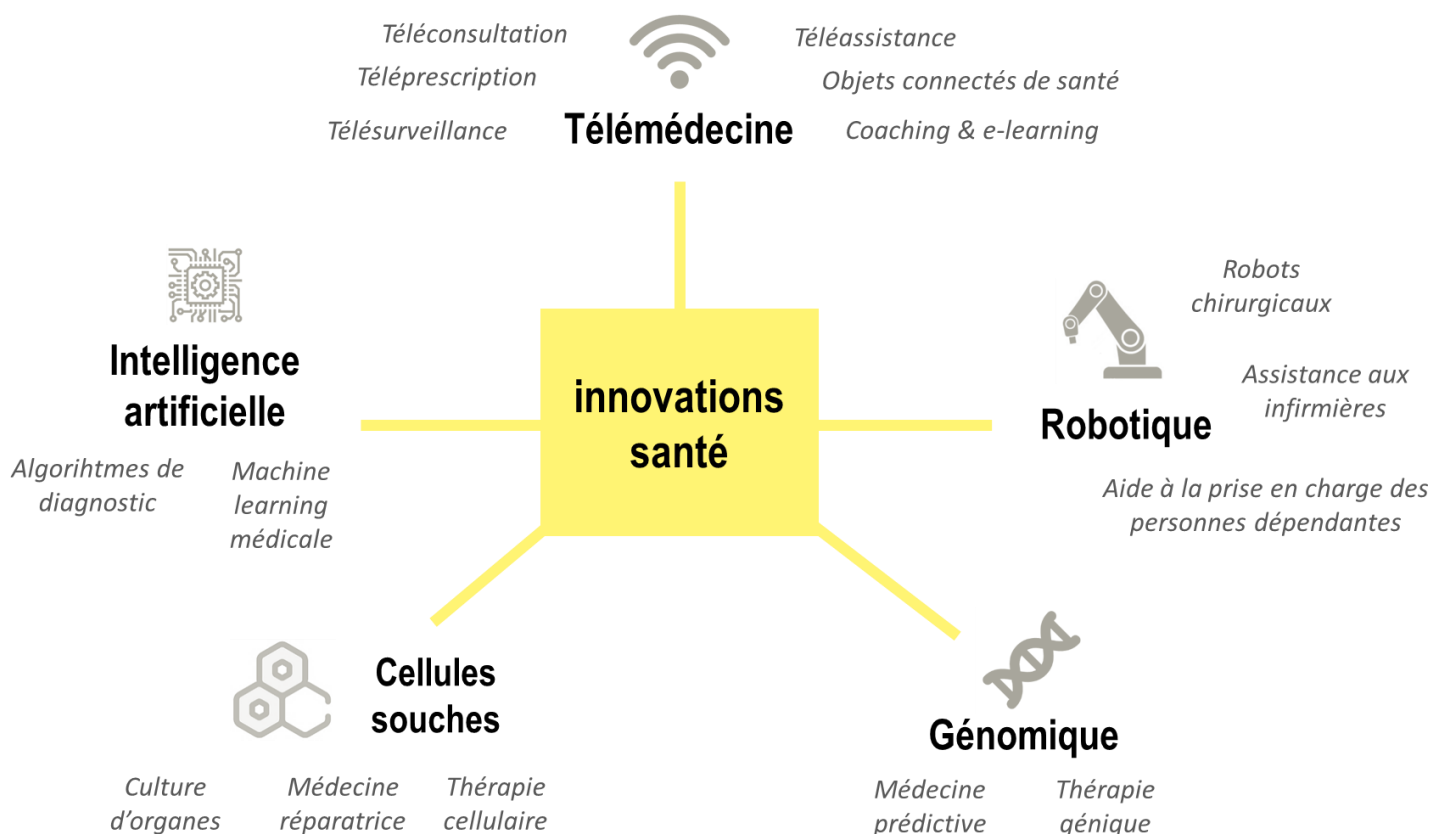
% de la dépense totale de santé

source : OCDE

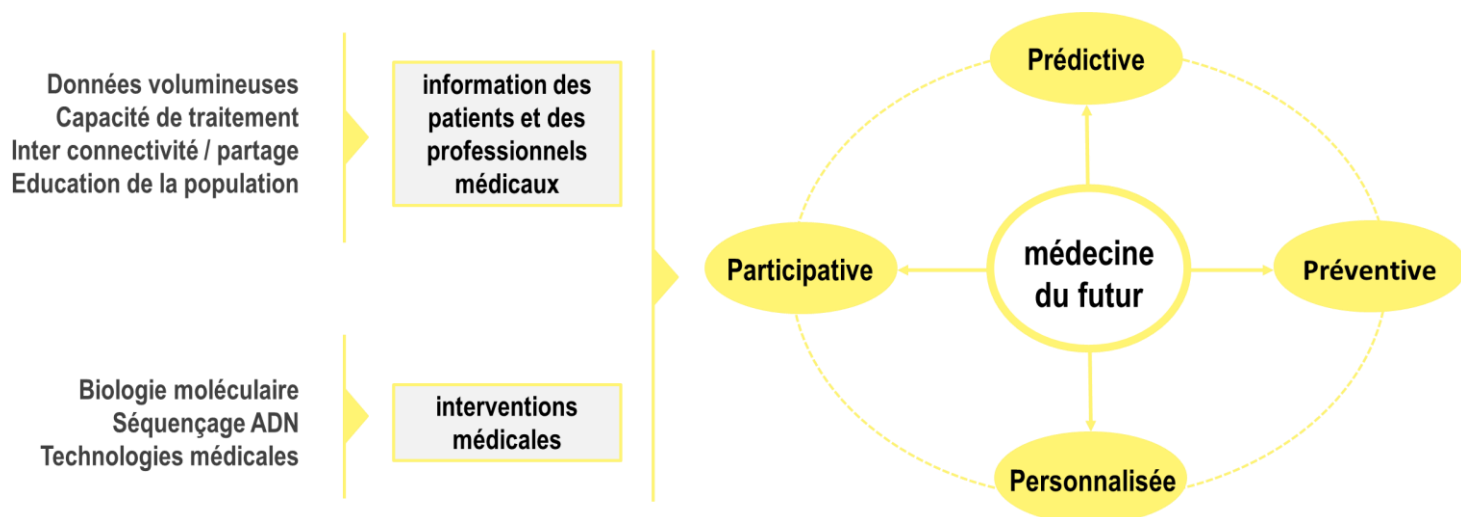


LES NBIC : UN TSUNAMI D'INNOVATIONS DANS LE MONDE DE LA SANTE

Le monde de la santé est au début d'une révolution radicale qui va bouleverser son organisation. En cause : les progrès fulgurants et la convergence des NBIC, un sigle qui recouvre à la fois les **nanotechnologies**, les **biotechnologies**, l'**informatique** et les **sciences cognitives**. Comme toute nouvelle révolution industrielle, ce cycle diffuse dans le système productif des technologies dites « **multi-usages** ». Les innovations « *disruptives* » seront nombreuses, tout particulièrement dans les champs de la **télésanté**, des **algorithmes de diagnostic**, de la **chirurgie robotique** et non-invasive, de l'**impression 3D**, de la **biologie moléculaire**, de la **génétique** ou encore de la **nano médecine**.



Les innovations actuellement en incubation dans les centres de recherche vont faire basculer le système de santé dans un nouveau paradigme : d'une logique curative et globale, le système va peu à peu tendre vers **des logiques prédictives, préventives, personnalisées et participatives**, soit une médecine dite des « 4P ».



Des acteurs mondiaux du numérique, reconnus pour leurs exceptionnelles capacités d'innovation, investissent aujourd'hui massivement dans la santé. **Alphabet** (maison mère de Google), **Apple**, **Microsoft**, **IBM** et **Facebook** (via la fondation Chan Zuckerberg Initiative) sont les exemples le plus marquants de

Le rythme des innovations médicales va sensiblement s'accélérer dans les années à venir

cette tendance. Deux des dix filiales d'Alphabet sont spécialisées dans la santé de demain : **Verily**, dont la vocation est de développer des approches médicales proactives et prédictives, et

Calico, une société de biotechnologie dont l'objectif est de repousser la longévité humaine de 20 ans d'ici à 2035. En prenant en compte ses diverses prises de participation, la santé représentait un tiers des investissements d'Alphabet en 2014 (contre un dixième en 2013).

L'informaticien **IBM** se concentre quant à lui sur **l'intelligence artificielle**. Son super-ordinateur, **Watson**, est capable d'analyser des quantités massives de données en quelques secondes pour, entre autres, formuler des diagnostics médicaux et des propositions de traitement. Pour l'heure, il ne s'agit pas de remplacer les médecins mais de les aiguiller dans leurs décisions. Watson est ainsi en mesure d'engager avec les cliniciens une discussion collaborative. A l'avenir, l'intelligence artificielle accompagnera l'expertise humaine dans un grand nombre de domaines. Les algorithmes pourront gérer de manière autonome et avec un risque d'erreur minime 85 à 90% des cas cliniques. Le rôle des médecins évoluerait vers une fonction plus humaniste, favorisant l'écoute et le soutien psychologique des patients. Pour les 15 à 10% des cas trop complexes ou atypiques pour être analysés automatiquement, les médecins devront cependant assurer une expertise médicale de haut niveau.⁴

Commentaires du Dr Michel Cazaugade
Président de Groupe Pasteur Mutualité

" Retenons également le projet Dynamo de l'ICM qui, à partir de méthodes mathématiques et d'algorithmes, permet d'extraire de l'information pertinente afin de détecter une maladie d'Alzheimer avant la clinique."

Croisée avec les technologies numériques, **la santé devient une science de l'information à part entière**. La collecte, l'analyse et la gestion de gigantesques volumes d'informations (les « *big data* ») deviennent des fonctions stratégiques pour les acteurs de santé. Aussi **les partenariats se multiplient** entre les entreprises du numérique, les universités, les laboratoires pharmaceutiques, les producteurs de dispositifs médicaux, les établissements de soins et, évidemment, les assureurs.

Arrivant dans un contexte de tension budgétaire forte, la vague d'innovations technologiques va contraindre l'assurance maladie et les organismes complémentaires d'assurance à **s'adapter pour garantir un accès équitable aux meilleurs soins**. La « demande sociale » va devoir comprendre que ce qui devient techniquement possible n'est pas toujours financièrement réalisable dans le système actuel.

⁴ Vallancien G. « *La médecine sans médecin. Le numérique au service du malade* ». Gallimard. Avril 2015.

TROIS LEVIERS D'ACTION A ACTIONNER

Pour assurer la pérennité du système, promouvoir l'intégration des innovations et garantir l'équité, les pouvoirs publics devront actionner trois leviers.

LEVIER 1 REPENSER LE FINANCEMENT

Le mode de financement doit être repensé pour devenir cohérent avec le contexte économique. L'enjeu est une résorption pérenne du déficit de l'assurance maladie pour préserver la couverture sociale des pathologies lourdes. Sauf à accroître les prélèvements obligatoires, la solidarité ne peut couvrir tous les soins. Des outils de choix collectifs pour savoir ce que la collectivité finance prioritairement et ce qui doit relever des complémentaires santé devront être établis. Dans ce contexte prévisible, le rôle des complémentaires sera amené à se développer.

- **Redéfinir, ou réaffirmer, le champ de la solidarité.** Pour assurer la soutenabilité du financement solidaire, un choix important doit être fait : accroître les prélèvements obligatoires ou augmenter la part des fonds privés dans la prise en charge des maladies bénignes (maux de gorge, fatigue, rhume saisonnier...). Nous privilégions la seconde option.
- **Diversifier le financement de l'assurance maladie** avec, par exemple, une revalorisation du taux de TVA en contrepartie d'une réduction de cotisations sociales.
- **Mettre en place un contrat complémentaire « basique » et uniformisé.** La concurrence du secteur de l'assurance peut être dynamisée par des offres plus compréhensibles et comparables par les assurés.

- **Mettre en place des contrats complémentaires collectifs à couverture individuelle modulable.** Le choix d'un contrat collectif repose actuellement sur l'entreprise et les salariés sont contraints de payer une assurance qu'ils n'ont pas choisie. Nous considérons cependant que l'assurance privée devrait promouvoir leur liberté de choix, à l'inverse de l'assurance publique et obligatoire. Pour cela, une modulation individuelle des contrats collectifs pourrait être rendue possible.

Commentaires du Dr Michel Cazaugade

"Repenser le financement de la dépense doit s'accompagner d'une réflexion sur la qualification de cette dépense (notamment sur le tarif des actes et des prestations) et sur la rémunération des professionnels de santé. Ne faut-il pas étendre des ROSP (rémunérations sur objectifs) dans le secteur libéral et des IFAQ (incitations financières à l'amélioration de la qualité) à l'hôpital public ? En d'autres termes, redéfinir le statut de médecin et introduire la notion de qualité dans la rémunération des structures.

LEVIER 2 PROMOUVOIR L'EFFICIENCE DES SOINS

L'efficacité des services de soins doit être améliorée. Cela signifie, pour un même niveau de dépense, faire plus et mieux, et, pour un niveau légèrement supérieur de dépenses, faire beaucoup plus et beaucoup mieux. Les innovations peuvent à cet égard être intelligemment exploitées. La télémédecine, accompagnée d'une adaptation astucieuse et globale du système de santé, pourrait générer un véritable bond de productivité.

- **Généraliser rapidement la télémédecine** pour que celle-ci devienne la principale porte d'entrée des parcours de soins.
- **Promouvoir le métier d'infirmière et de pharmacien « cliniciens ».** Le problème de la désertification médicale et du manque d'attractivité de la médecine générale en libéral suppose de réformer le modèle des soins de ville. Pour cela, nous proposons une généralisation des maisons de santé dans lesquelles les médecins, libéraux ou salariés, travailleraient en collaboration avec des infirmières et des pharmaciens formés à mener des consultations médicales « basiques ».

- **Soutenir la concentration du secteur hospitalier.** Cette concentration permet la réalisation d'importantes économies d'échelle. Un nombre réduit d'établissements favorise la concentration des investissements, permet aux structures d'atteindre une taille critique et d'acquérir davantage de matériels innovants. La France doit sortir du « tout hôpital » en mettant l'accent sur la médecine de ville.

Commentaires du Dr Michel Cazaugade

"Soutenir la concentration du secteur hospitalier en introduisant les établissements privés agréés dans les GHT."

- **Renforcer le rôle des complémentaires dans la régulation de l'offre médicale.** Pour à la fois modérer la croissance des remboursements, donc des primes d'assurance, et réduire les restes à charge, les complémentaires santé se sont engagées dans une démarche de régulation des dépenses de santé. Ces organismes sont en effet légitimes pour intervenir dans les spécialités pour lesquelles leur contribution au financement est décisive.

LEVIER 3 INVESTIR DAVANTAGE DANS LA PREVENTION

La prévention des risques doit être renforcée. Les nouvelles technologies de communication et les innovations en matière de dépistage, de diagnostic et de génétique permettent d'entrevoir de nouvelles stratégies. Les assurances complémentaires doivent saisir ces outils pour proposer aux assurés de nouveaux services et les aider ainsi à préserver leur santé.

- **Renforcer le rôle des complémentaires dans la prévention.** Les complémentaires santé pourraient investir davantage dans la prévention auprès de leurs assurés, éventuellement en fonction des spécificités de chacun, et espérer rentabiliser à long terme les coûts immédiats des mesures préventives via une réduction de la morbidité. Nous proposons pour cela la mise en place d'un « parcours de prévention » piloté par les assureurs.

- **Promouvoir l'usage des *big data* comme outil de prévention.** L'usage des *big data* permettra de mieux comprendre les comportements des assurés et les déterminants de leurs dépenses médicales. Ce faisant, il devient possible de développer de nouvelles stratégies de prévention.

Commentaires du Dr Michel Cazaugade

"Permettre l'accès des assurances complémentaires aux données anonymisées du big data afin de développer des stratégies de prévention."

PROPOSITIONS POUR AMELIORER *LA PRISE EN CHARGE FINANCIERE*

- 1. Recentrer le rôle des pouvoirs publics sur les soins « lourds »**
- 2. Diversifier le financement de l'assurance maladie**
- 3. Mettre en place un contrat complémentaire « basique » et uniformisé**
- 4. Mettre en place des contrats complémentaires collectifs à couverture individuelle modulable**

RECENTRER LE ROLE DES POUVOIRS PUBLICS SUR LES SOINS « LOURDS »

REDEFINIR LE CHAMP DE LA SOLIDARITE

Pour sauvegarder le principe de solidarité, il est impératif d'en redéfinir le périmètre. Cette tâche, complexe mais nécessaire, réclame un **débat public** sur ce qui relève de la solidarité et sur ce qui relève de l'assurance privée.

Un resserrement du champ de la solidarité publique ne peut se réaliser sans l'assentiment des citoyens. Les débats d'experts, s'ils sont nécessaires, ne sont pas suffisants. L'enjeu doit être connu et compris de tous, ce qui implique **un lourd travail de pédagogie**. Cette démarche doit être initiée et portée par les acteurs du monde de la santé, du secteur public et du privé, les offreurs de soins comme les assureurs et les administrations.

La santé est un bien « supérieur » : la demande de soins s'accroît plus rapidement que les revenus. **La propension à payer des ménages pour améliorer et préserver leur bien-être est forte et ne doit pas être sous-estimée**. Accroître la part des fonds privés dans le financement des soins est non seulement possible, mais également nécessaire pour résorber durablement le déficit et la dette de l'assurance maladie, et ainsi léguer nos principes de solidarité aux prochaines générations.

Le financement public des affections de longue durée (cancers, sida, diabète, Alzheimer...), **qui requièrent des soins lourds et particulièrement coûteux, serait, lui, sanctuarisé**. Pour permettre cela, **la part des fonds publics dans la couverture des maladies bénignes serait allégée et, mécaniquement, celle des fonds privés serait augmentée**. La sécurité sociale s'est d'ores et déjà désengagée du remboursement des frais d'optique et de certains soins dentaires. Des activités et biens médicaux considérés comme étant « de confort » pourraient suivre ce modèle.

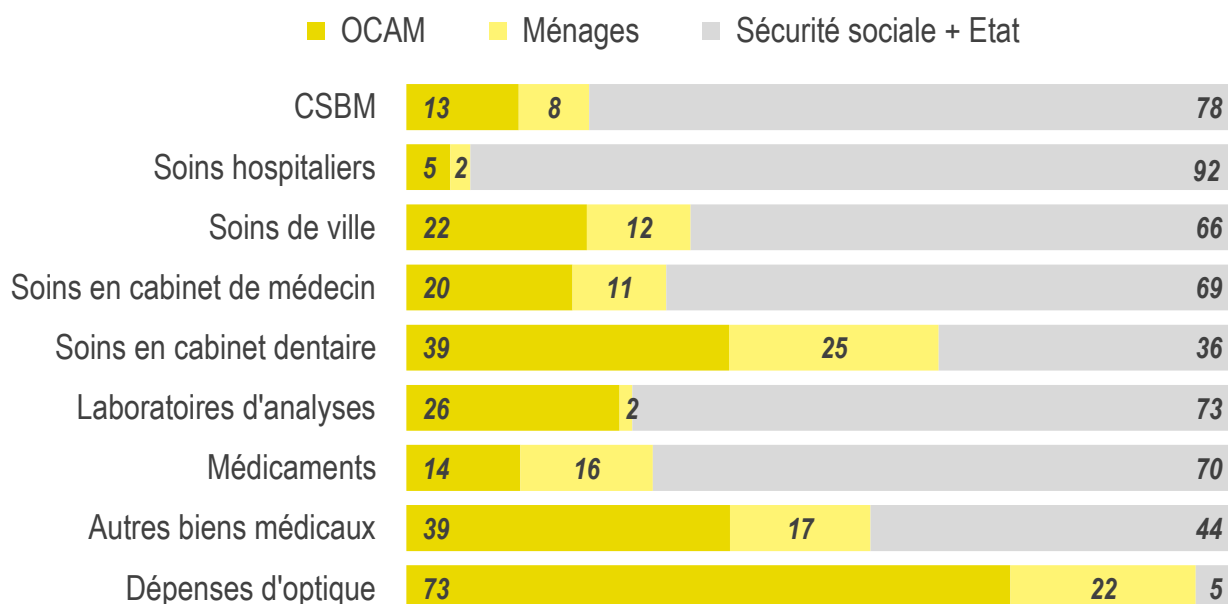
Commentaires du Dr Michel Cazaugade

"L'avantage étant d'alléger les charges administratives en évitant que deux payeurs interviennent dans le même exercice. Reste à définir ce qui relève des soins lourds et des soins bénins."

Une couverture de qualité pour chaque résident français devra impérativement être assurée pour répondre aux valeurs solidaires de la France. La CMU devra donc être maintenue, voire élargie, et les aides à l'acquisition d'assurance privée devront être renforcées. L'adhésion à une complémentaire de base pourrait être rendue obligatoire. Un premier pas a été réalisé en ce sens avec la généralisation des contrats collectifs dans les entreprises au 1^{er} janvier 2016.

Structure de financement des dépenses de santé

En % de la dépense totale de chaque segment / Source : Comptes de la santé 2014



DIVERSIFIER LE FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE

FINANCER L'ASSURANCE MALADIE, SANS PESER SUR LA COMPETITIVITE DES ENTREPRISES

En France, **le financement de l'Etat-Providence repose essentiellement sur le travail**, *via* les cotisations patronales et salariales. Les recettes de la protection sociale sont de ce fait particulièrement sensibles à la situation du marché du travail. Or si ce mode de financement était pertinent durant les Trente Glorieuses, il ne l'est plus aujourd'hui.

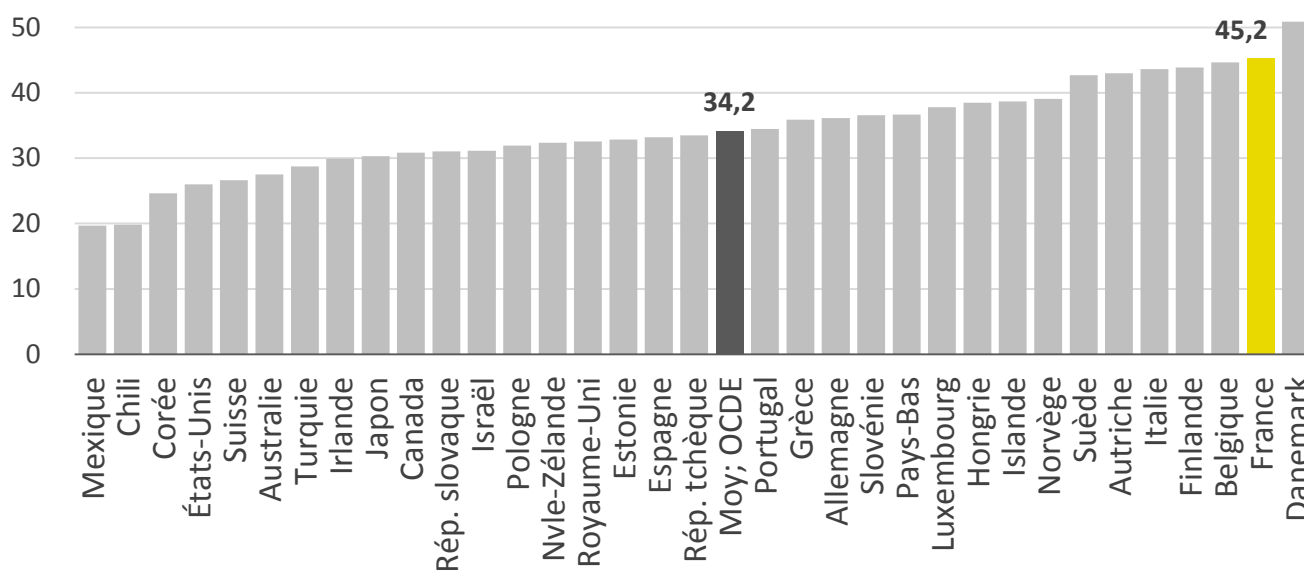
La France souffre d'un **chômage de masse persistant** (9,9% de la population active au T2 2016 et un tiers de plus si l'on tient compte du « halo »⁵ autour de la stricte définition du chômage) et **les salaires progressent lentement**. Ces conditions impactent négativement les recettes sociales alors que la demande de santé reste dynamique et que le coût unitaire des soins innovants augmente sensiblement. Cette inflation est particulièrement forte sur le segment des affections de longue durée. Or celles-ci sont en plein essor.

Une revalorisation des cotisations n'est pas une stratégie viable car l'impact serait non négligeable en termes de destructions d'emplois. Le coût du travail est l'une des causes structurelles de la persistance du chômage de masse en France. Les stratégies de lutte contre le chômage des derniers gouvernements reposaient ainsi en grande partie sur une réduction des cotisations sociales sur les bas salaires.

⁵ Le halo du chômage recouvre les personnes non comptabilisées dans les chiffres du chômage bien qu'elles soient sans emploi et qu'elles souhaitent travailler. Il peut par exemple s'agir de personnes classées comme inactives, soit parce qu'elles ne sont pas disponibles rapidement pour travailler (deux semaines), soit parce qu'elles ne recherchent pas activement un emploi.

Taux de prélèvements obligatoires dans les pays de l'OCDE

En pourcentage du PIB ; en 2014 / source : OCDE



Avec un taux de prélèvements obligatoires de 45,2% du PIB, la France est le pays où la fiscalité est la plus élevée après le Danemark. **Un tel niveau d'impôt n'est économiquement pas neutre sur la production et l'emploi d'un pays, surtout dans un environnement de concurrence commerciale et fiscale globalisée.**

Pour résorber le déficit de l'Assurance maladie sans pénaliser l'emploi, **la diversification des financements, à pression fiscale constante ou inférieure, est indispensable à moyen-long terme.** La pression fiscale doit être allégée sur les entreprises⁶ et, pour ne pas aggraver le déficit public, transférée sur les consommateurs-contribuables.

⁶ Historiquement, les réductions de charge sur les bas salaires se sont révélées efficaces pour soutenir l'emploi en France (P. Cahuc, A. Sylberberg. « Les ennemis de l'emploi ». 2015). Le bilan du Cice pour les années 2013 et 2014 est toutefois mitigé. Entre 50 000 et 100 000 emplois auraient été créés ou sauvegardés par la mesure. La montée en charge du dispositif, avec un taux d'allégement passant de 4 à 6% de 2013 à 2014, couplée à une accélération de la croissance économique en 2015, devrait toutefois avoir accru le nombre d'emplois créés et soutenus en 2015 et 2016.

PERENNISER LE FINANCEMENT DE LA SOLIDARITE PAR L'IMPOT

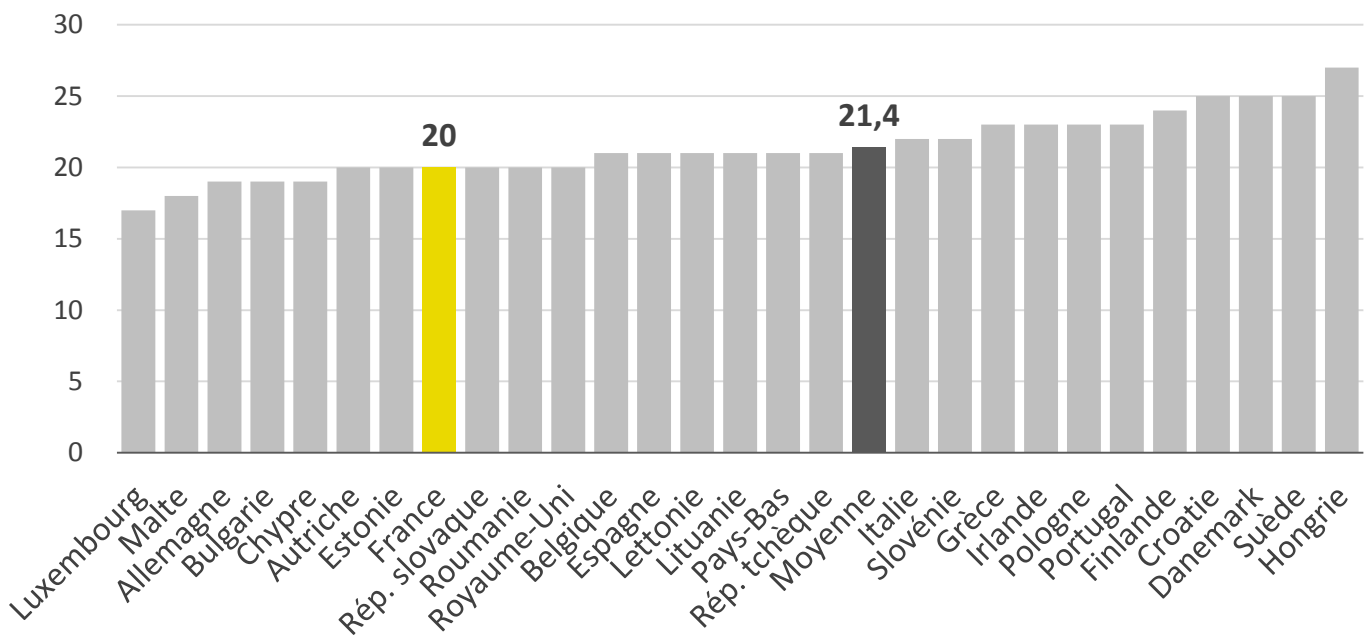
Le Président Hollande est revenu en 2012 sur le projet de TVA sociale qu'avait mis en place Nicolas Sarkozy. Le Crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (Cice) a été institué par le Gouvernement socialiste en lieu et place de la TVA sociale. Ces deux mesures, en réalité proches, partagent un objectif commun : réduire le coût du travail pour redresser la compétitivité des entreprises françaises. A l'image du dispositif de la TVA sociale, la Cice a été en partie financé par une hausse de la TVA (le 1er janvier 2014, le taux normal est passé de 19,6% à 20%).

Le mouvement de transfert de cotisations sur l'impôt doit être poursuivi

Rappelons qu'un tel mode de financement, passant par la TVA, permet de faire **participer au financement de notre protection sociale les entreprises étrangères** à travers les ventes de produits importés. En pratique, la mesure pèse néanmoins sur le pouvoir d'achat des ménages.

Taux normal de TVA en Europe

Au 1^{er} janvier 2016 / source : Commission européenne



3

PROPOSER DES CONTRATS D'ASSURANCE PLUS TRANSPARENTS ET COMPREHENSIBLES

DES OFFRES PEU LISIBLES...⁷

Les complémentaires santé sont les assurances les plus onéreuses pour les ménages. Dans leur budget, elles pèsent en effet plus que les assurances automobiles, habitations ou que la couverture des biens de valeur. **Les contrats des complémentaires sont cependant les moins lisibles pour les ménages et sont même, pour certains, peu compréhensibles.** Ils complètent la couverture de l'assurance maladie, elle-même complexe et peu transparente pour les ménages.

La transcription de la complexité de l'assurance maladie dans un environnement concurrentiel pose problème : **la défaillance de l'information sur le marché de l'assurance privée perturbe l'adéquation des couvertures souscrites aux besoins.** Les produits d'assurance sont mal déchiffrés par les ménages et les efforts de vulgarisation des organismes ont été insuffisants. **La perception du rapport qualité sur prix des différents contrats est brouillée, même pour les experts du secteur.**

Les offres sont en conséquence difficilement comparables entre elles. Les critères de choix des consommateurs portent en conséquence plus sur l'image de marque, les conseils d'un proche (en réalité tout aussi peu avisé), des liens préexistants avec un organisme (« *c'était mon assureur auto* » ; « *ma banque* »), et moins sur une réflexion et une mise en perspective des différentes couvertures au regard des besoins.

⁷ Le constat d'offres de couverture peu lisibles pour les assurés est détaillé et argumenté dans le livre de X. Toulon « Complémentaires santé : il va falloir assurer ! ». Edition Tribune Santé.

... QUI FREINENT LA CONCURRENCE SUR LES PRIX

Les consommateurs sont incapables d'ordonner les contrats selon leur qualité, leur prix et leur adéquation à leurs besoins. **Les offreurs ont donc par le passé axé leur stratégie commerciale sur le *marketing* et moins sur la compétitivité des offres et l'innovation.** La situation a toutefois évolué au cours des années récentes.

Les mutuelles présentent un ratio cotisations payées sur remboursements plus avantageux pour les assurés que les autres compagnies d'assurance. S'il s'agissait d'un marché de prix, les mutuelles auraient dû voir leur part de marché augmenter au cours des années 2000. Or c'est l'inverse qui s'est produit. Les compagnies d'assurance, en investissant massivement dans le *marketing*, se sont imposées dans la guerre de la communication et de l'image.⁸

SIMPLIFIER LA PRESENTATION DES OFFRES DE COUVERTURE COMPLEMENTAIRE

Les consommateurs ont **besoin d'une simplification** pour comprendre les offres de couverture et pour sélectionner la plus adaptée à leurs besoins.

De manière générale, cette demande de simplification concerne l'ensemble de la société et s'impose à tous les secteurs de l'économie. Les consommateurs sont aujourd'hui bombardés en continu d'informations diverses, plus ou moins complexes à interpréter et à analyser, et plus ou moins utiles. Tout étudier n'est pas possible et le cerveau humain sélectionne et privilégie les informations qu'il saisit rapidement.⁹

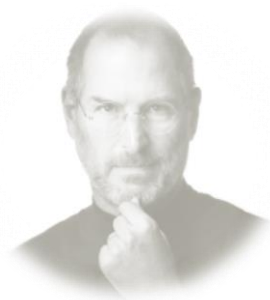
Faciliter et optimiser les choix des consommateurs par la simplification doit aujourd'hui faire partie intégrante des stratégies de développement des organisations. L'Etat français l'a bien compris et s'inscrit dans cette tendance avec son « choc de simplification ». Lancé en mars 2013, ce « choc » se traduit aujourd'hui par 470 mesures destinées à faciliter la vie quotidienne des

⁸ L'analyse des parts de marché, des ratios coûts des sinistres sur primes encaissées, et des frais d'acquisition de clients a été réalisée par Xavier Toulon, sur la base de données de l'ACP et du Fonds CMU. Voir l'ouvrage X. Toulon, « Complémentaires santé, il va falloir assurer ! », 2012, ed. Tribune Santé.

⁹ Voir D. Kahneman. « Système 1 / Système 2 : les deux vitesses de la pensée ». Edition Flammarion.

entreprises et des particuliers. L'objectif est de « bâtir une relation de confiance entre l'administration et ses usagers, et favoriser un gain collectif de temps et d'argent »¹⁰. C'est là le genre d'ambition dont a besoin le monde de la santé.

Les entreprises qui ne s'adapteront pas à la demande de simplification risquent de voir leur part de marché diminuer. Celles dont les produits et les services répondent aux besoins ou aux désirs des consommateurs et qui s'adapteront au critère de la simplification devraient quant à elles prospérer. Cette évolution contribue à expliquer le succès des produits de la marque Apple et des applications numériques les plus « *friendly user* ». L'usage des contrats d'assurance pourrait à cet égard être simplifié *via* des applications numériques.



« La simplicité peut être plus difficile à atteindre que la complexité : il faut travailler dur pour bien penser et faire simple. Mais cela vaut le coup à la fin parce qu'une fois que tu y arrives, tu peux déplacer des montagnes. »

Steve Jobs

Les complémentaires santé qui sauront développer des contrats facilement compréhensibles et efficaces, tout en étant personnalisés, sont promises à un bel avenir.

¹⁰ www.gouvernement.fr/action/le-choc-de-simplification

DES OFFRES « A LA CARTE » PERMETTRAIENT UNE COMPARAISON INSTANTANEE DES PRIX

Les offres des assureurs sont complexes et difficilement comparables entre elles. Pour promouvoir une concurrence par les prix et la qualité, **nous proposons de définir des contrats de couverture « basique » communs à tous les organismes complémentaires. Des options, également communes à tous, seraient définies pour rendre ces contrats adaptables aux différents profils d'assurés.** Ces offres seraient proposées à la fois aux individus et aux entreprises dans le cadre d'un contrat collectif.

Le contenu du contrat commun serait défini par une concertation entre les pouvoirs publics et les assureurs. Ces derniers se verraient ensuite dans l'obligation de l'inclure dans leur offre. Le prix du contrat basique serait librement fixé par chaque offreur, ce qui devrait conduire à l'affichage de tarifs compétitifs. **La liberté de choix des consommateurs demeure** : l'adhésion à ce contrat ne serait en rien obligatoire.

Le contrat basique offrirait une couverture limitée (classe C) mais celle-ci pourrait être complétée par des options. Ces dernières permettraient d'améliorer la qualité de la couverture (classe B, voire A).

Deux types d'option pourraient être proposés :

- **Des options communes à tous les offreurs**, définies par une concertation entre les pouvoirs publics et les assureurs. Ces options seraient proposées par tous les organismes d'assurance santé avec une liberté de prix ;
- **Des options propres à chaque organisme complémentaire**, avec une liberté de contenu et de prix.

Evidemment, **les complémentaires continueraient en parallèle à proposer leurs contrats habituels.**

4

METTRE EN PLACE DES CONTRATS COMPLEMENTAIRES COLLECTIFS A COUVERTURE INDIVIDUELLE MODULABLE

LA FORCE DES CONTRATS COLLECTIFS : DES TARIFS TRES AVANTAGEUX

Les contrats collectifs de complémentaire santé présentent un avantage majeur sur les contrats individuels : **ils sont, en moyenne et à qualité équivalente, moins chers que les contrats individuels.** L'écart de prix est d'ailleurs d'autant plus important que la qualité du contrat est élevée. **Les contrats collectifs participent ainsi à la diffusion de couvertures maladies haut de gamme dans la société.** Les contrats individuels sélectionnés, compte tenu de leur coût, sont eux, la plupart du temps, d'entrée ou de moyenne gamme.

Cotisations mensuelles moyennes par bénéficiaire, en 2010

En euros / source : Drees, enquête statistique auprès des OC

	Contrats collectifs	Contrats individuels	Ensemble
Mutuelles	39,1	47,3	45,0
Instit. de prévoyance	31,3	60,2	34,3
Sociétés d'assurance	41,6	43,5	42,9
Ensemble	36,1	46,7	42,2

La compétition sur les prix est plus active sur les contrats d'entreprise que sur les contrats aux particuliers. Les contrats collectifs sont en effet particulièrement attractifs pour les organismes d'assurance. Ils présentent notamment de faibles coûts d'acquisition de nouveaux clients (moins de frais de publicité et de commercialisation, des frais de gestion à l'ouverture des dossiers mutualisés...). Par ailleurs, ils répondent à une logique d'investissement : les assurés actuellement en entreprise devrait avoir tendance à rester chez le même assureur au moment de la retraite.

LES CONTRATS COLLECTIFS SOUFFRENT DES MEMES FAIBLESSES QUE L'ASSURANCE PUBLIQUE

Les contrats collectifs présentent une faiblesse majeure : **ils s'imposent aux salariés et ne peuvent de ce fait correspondre aux besoins individuels de tous.** Si l'inadéquation de la couverture au risque se justifie parfaitement dans une logique de solidarité, elle est moins pertinente dans une logique individuelle et d'ordre privé.

Le système des contrats collectifs en France est comparable à celui de l'assurance maladie : obligatoire, uniforme dans l'entreprise, avec des cotisations directement prélevées sur les salaires. Or les complémentaires privées n'ont pas vocation à constituer une simple extension de la protection sociale (autrement, autant consacrer les primes des contrats collectifs à un élargissement du champ de la protection sociale).

L'assurance privée doit promouvoir la liberté
de choix et la diversité des offres

Les assureurs privés doivent à l'inverse proposer des offres qui répondent aux défauts et aux insuffisances du système national de sécurité sociale. L'assurance privée doit pour cela remettre au centre de ses préoccupations deux principes fondamentaux :

- **La liberté de choix**, ce qui suppose notamment une information compréhensible par tous et la possibilité pour les salariés de sélectionner eux-mêmes leur contrat ;
- **Une large gamme d'offre**, pour que chaque individu puisse acheter une couverture qui lui correspond au mieux.

Pour cela, nous préconisons deux orientations :

- **Renforcer la simplification des offres et des présentations qui en sont faites pour améliorer les choix des consommateurs ;**
- **Laisser à tous les bénéficiaires d'un contrat collectif une marge de choix pour ajuster la couverture à leurs besoins.** Rappelons qu'avec la généralisation des contrats collectifs dans les entreprises au 1^{er} janvier 2016, de nombreux salariés ont résilié, ou résilieront, leur contrat personnel pour adopter le contrat uniforme sélectionné par leur employeur.

L'ajustement de la couverture offerte par un contrat collectif serait encadré : les entreprises achèteraient auprès des assureurs non pas un contrat unique mais un ensemble de contrats potentiels. Tous les salariés se verraient offrir la possibilité de sélectionner dans cet ensemble le contrat et les options qui correspondent au mieux à leurs besoins.

Propositions pour améliorer *l'offre* *de santé*

- 5. Généraliser rapidement la télémédecine**
- 6. Entendre les compétences des infirmières et pharmaciens exerçant en équipe pluridisciplinaire**
- 7. Soutenir la concentration du secteur hospitalier**
- 8. Renforcer le rôle de régulation de l'offre médicale par les complémentaires**

5

GENERALISER RAPIDEMENT LA TELEMEDECINE

UNE PORTE D'ENTREE VIRTUELLE POUR LE PARCOURS DE SOINS

Les nouvelles technologies de télécommunication se diffusent rapidement dans la société.

La grande majorité des Français a aujourd'hui accès à internet. La plupart y ont accès à leur domicile¹¹ et nombreux sont ceux qui, grâce aux *smartphones*, y accèdent de partout et à tout moment¹². Quoi de plus naturel aujourd'hui que d'envoyer et de recevoir des messages vocaux, des textes, des images, des vidéos ou tout autre type d'information *via* son *smartphone* ? Les entreprises commerciales se sont adaptées rapidement à cette nouvelle donne avec le développement des boutiques et des services en ligne. **Côté santé,**

même si d'importants progrès ont déjà eu lieu, la grande révolution du numérique se fait encore attendre.

Les complémentaires ont un rôle à jouer dans la promotion de la télésanté

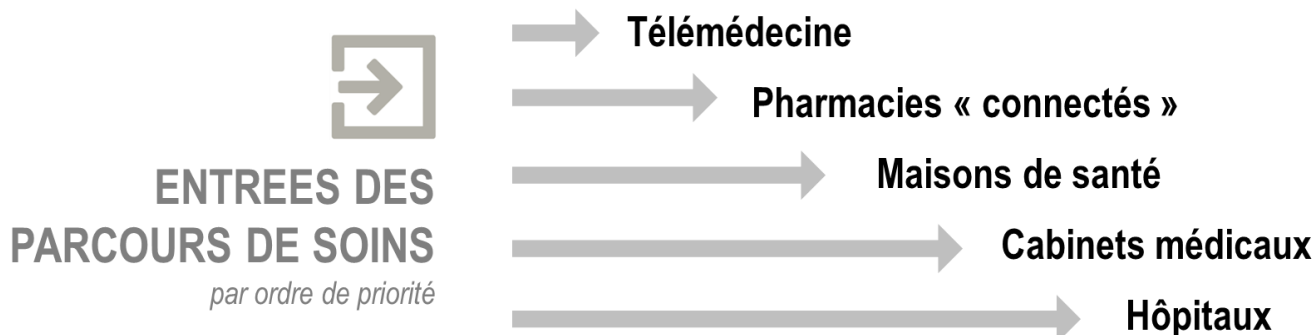
La médecine à distance, permise par les technologies numériques, présente de nombreux avantages pour les patients et

pour l'efficacité du système de santé. Elle est **rapide** et ne nécessite **pas de déplacements**. Dans un contexte de baisse de la démographie médicale en activité régulière¹³, elle s'accompagne d'un **gain de temps pour les professionnels**. Surtout, selon ses modalités de mise en œuvre, elle pourrait être **source d'importantes économies budgétaires**. Elle pourrait notamment devenir la **porte d'entrée privilégiée du parcours de soins**. Une première consultation par téléphone ou en visio-conférence permet en effet d'établir un premier diagnostic pour orienter ensuite le patient vers les services les plus pertinents.

¹¹ 80% en 2015 d'après une enquête du Crédoc réalisée pour l'Arcep.

¹² 58% des Français disposent d'un smartphone. Source Ibi.

¹³ Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2016. Conseil national de l'Ordre des médecins.



Des organismes privés affichent en matière de télémédecine une large avance sur le secteur public.

Europ Assistance propose depuis plusieurs années des services de téléassistance médicale, accessibles partout dans le monde et à tout moment. En Suisse, le prestataire de télémédecine **Medgate** existe depuis plus de quinze ans et couvre plus de la moitié de la population helvétique. En 2014, en partenariat avec l'assureur Swisscom, Medgate a introduit une application pour *smartphone*, le 360°Healthmanager, à partir de laquelle les assurés peuvent obtenir des conseils de professionnels médicaux, convenir de rendez-vous dans un centre de santé, commander des médicaments ou encore accéder à leur plan de traitement. Toujours en Suisse, le programme **NetCare** permet aux patients de bénéficier au sein de pharmacies équipées d'un premier diagnostic guidé par un algorithme et, si la situation le justifie, d'une téléconsultation auprès d'un médecin. Durant les deux années d'expérimentation de NetCare, les trois quarts des cas ont été traités définitivement par le pharmacien. Dans un cas sur cinq, un médecin a été consulté par vidéo. Les patients ont été orientés vers un médecin en cabinet ou à l'hôpital dans moins d'un cas sur dix.

Certains assureurs proposent leurs propres services de télémédecine et adaptent en conséquence leurs modes de tarification.

Helsana concède par exemple un rabais de 6% à 15% sur la prime d'assurance pour les assurés qui s'engagent à recourir à la télémédecine comme porte d'entrée dans le parcours de soins.

Commentaires du Dr Michel Cazaugade

"Le SAMU et le Centre 15 sont, depuis la loi Veil de 1986, des centres de régulation de télémédecine."

SUIVRE LES PATIENTS A DISTANCE

La télémédecine s'avère particulièrement adaptée au **suivi des maladies chroniques** et à la **vigilance médicale auprès d'individus à risque**, comme les personnes âgées. Une surveillance régulière de certaines affections, notamment suite à une première prise en charge « physique », permettrait de **mieux prévenir les complications** responsables d'hospitalisations.

Au-delà d'une mise en relation virtuelle avec les professionnels médicaux, la télémédecine sera également liée à l'essor de des **capteurs connectés** et à la **formation en continue des patients** afin que ceux-ci deviennent les principaux acteurs de leur santé.

Pour promouvoir les actes de télémédecine, il est impératif d'adapter la réglementation et la tarification de ces actes.

Téléconsultation



Consultation réalisée à distance, avec ou sans l'assistance d'un professionnel de santé auprès du patient

Télesurveillance



Suivi et interprétation à distance de données cliniques

Téléexpertise



Dispositifs avec lesquels les médecins obtiennent à distance l'avis de confrères éloignés

Téléassistance



Des médecins secondent à distance la réalisation d'actes de santé

Télémédecine

Définition à distance des besoins d'urgence



Détermination à distance des besoins en préparation d'une intervention du service d'aide médicale urgente (SAMU)

DE NOUVELLES SOURCES DE REVENU POUR LES HOPITAUX FRANÇAIS ?

La télémédecine n'a pas de frontière physique. Un marché mondialisé de services médicaux à distance pourrait donc progressivement se constituer. Ce serait une aubaine pour les hôpitaux et les cliniques français, dont l'expertise et la qualité sont internationalement reconnues. A l'instar des grandes universités qui exportent leurs enseignements *via* des cours en ligne (les « MOOCs »), ouverts à tous et accessibles de partout dans le monde, **nos établissements de santé pourraient exporter leurs expertises médicales *via* des « e-consultations » auprès de patients étrangers.** Les ressources financières ainsi dégagées, émancipées des tarifs réglementés de l'assurance maladie, viendraient renforcer la capacité des établissements à investir et à améliorer la qualité de leurs services « physiques », dont les premiers bénéficiaires sont les Français.

ENTENDRE LES COMPETENCES DES INFIRMIERES ET DES PHARMACIENS EXERÇANT EN EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

VERS UNE MEDECINE DE VILLE EN EXERCICE COLLECTIF

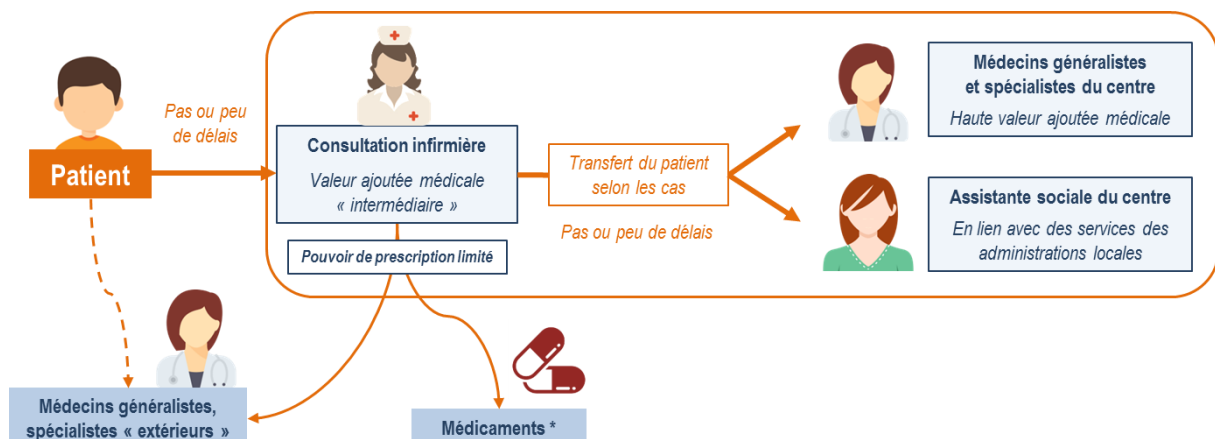
Le problème de la désertification médicale et du manque d'attractivité de la médecine générale en libéral suppose de réformer le modèle des soins de ville. Nous proposons pour cela la **généralisation des maisons de santé** dans lesquelles les médecins, libéraux ou salariés, travailleraient en collaboration avec des infirmières et des pharmaciens formés à mener des consultations médicales « basiques ».

Au sein de **maisons de santé** ou de **cabinets médicaux libéraux**, des infirmières et des pharmaciens « cliniciens » (salariés ou libéraux), ayant reçu une formation complémentaire adaptée, pourraient en effet assurer les soins les plus courants (maladies bénignes fréquentes et renouvellement de prescriptions par exemple).

Commentaires du Dr Michel Cazaugade

"Cela implique une redéfinition de la nomenclature des actes professionnels et une déclinaison correspondante de RCP. "

En cas de maladie dépassant leurs compétences, ces infirmières et pharmaciens redirigeraient les patients vers le ou les médecins associés à la maison de santé ou au cabinet, assurant ainsi aux patients concernés un accès rapide à des soins à plus haute valeur ajoutée.



Les infirmières et pharmaciens « cliniciens » pourront s'appuyer, comme les médecins, sur des algorithmes performants pour les aiguiller dans leurs diagnostics et les options de traitement. C'est déjà une réalité en Suisse, au sein des pharmacies adhérentes au programme NetCare. En s'appuyant sur une base d'algorithmes scientifiques, les pharmaciens établissent un premier diagnostic au terme duquel ils peuvent proposer un traitement en officine (73% des cas), avec éventuellement la recommandation de médicaments, assister le patient lors d'une téléconsultation auprès d'un médecin (20% des cas) ou encore réorienter le patient vers un autre professionnel de santé en cabinet ou à l'hôpital (7% des cas).

NOUVEAU PARCOURS DE SOINS, NOUVELLES REMUNERATIONS

Les médecins participant à ce nouveau type de parcours assuraient une proportion élevée d'actes à haute valeur ajoutée – les actes à valeur ajoutée moindre étant délégués à des infirmières et des pharmaciens dûment formés.

L'intensité des consultations à haute valeur ajoutée justifierait une rémunération accrue pour ces médecins.

Les infirmières et les pharmaciens, ayant acquis un statut nouveau et spécifique, seraient rémunérés soit :

- par un salaire, en cas de salariat ;
- par une rémunération à l'acte, en cas d'exercice libéral, augmentée éventuellement d'un forfait.

Compte tenu d'un service médical à plus forte valeur ajoutée que dans le cadre habituel de l'exercice de leur profession, la rémunération des infirmières et des pharmaciens au titre de cette activité serait plus élevée que leur rémunération habituelle. Un tel mécanisme offrirait une opportunité d'évolution intéressante pour ces deux professions.

Les patients conservent une totale liberté de choix. Ils peuvent aller voir un médecin en dehors de ce type de parcours. Mais s'agissant de zones sous médicalisées, leur temps d'attente sera logiquement allongé par rapport au parcours ici présenté.

ENCOURAGER LA CONCENTRATION DU SECTEUR HOSPITALIER

LE SECTEUR HOSPITALIER SE CONCENTRE...

La France comptait 3 111 structures hospitalières en 2014, dont 1 416 entités publiques et 1 012 structures privées. **La concentration du secteur est rendue nécessaire par le besoin de rationalisation de l'offre hospitalière dans un contexte budgétaire tendu.**

Les groupes rachètent des établissements et les restructurent. Ils ferment des sites et concentrent leurs efforts de modernisation sur d'autres. En France, les cinq premiers groupes de cliniques représentent 60% des entités juridiques du secteur privé à but lucratif et 70% des capacités d'accueil. Ces groupes n'ont aucun mal à trouver des structures à racheter car un tiers des cliniques sont déficitaires et de nombreux médecins, actionnaires de leur établissement, arrivent à la retraite.

Commentaires du Dr Michel Cazaugade

"Le secteur hospitalier doit se concentrer et s'autonomiser budgétairement. Il doit devenir une solution de recours adaptée. La création d'une agence nationale de santé, permettrait, sous le contrôle de l'Etat, de fixer les objectifs à atteindre et les moyens pour y arriver dans le public et le privé."

... CE QUI PERMET D'ACCROITRE LES ECONOMIES D'ECHELLES

Ce mouvement de concentration doit être encouragé pour trois raisons :

- Il permet au secteur de l'hospitalisation de réaliser **d'importantes économies d'échelle.**
- Un nombre réduit d'établissements favorise la concentration des investissements, ce qui permet aux structures d'atteindre une **taille critique** et ainsi **d'acquérir davantage de matériels innovants** pour garantir aux patients une prise en charge à la pointe de la technologie.

- **La France doit sortir du « tout hôpital »** en mettant l'accent sur la médecine de ville. L'hôpital doit devenir une solution de dernier recours.

Pour rester à la pointe de la modernité et offrir un service médical optimal, nous préconisons ainsi des structures hospitalières, publiques comme privées **moins nombreuses, plus grandes, plus spécialisées et davantage interconnectées** (partage de matériels, de ressources humaines et de données).

8

RENFORCER LE ROLE DES COMPLEMENTAIRES DANS LA REGULATION DE L'OFFRE MEDICALE

Le maintien à long terme d'une solidarité totale sur les gros risques médicaux passe par une redéfinition des modes de financement, de couverture et de gestion. A cet égard, **le rôle des financeurs privés est appelé à se développer.**

L'Assurance maladie s'est désengagée du financement de l'optique et de certains soins dentaires, transférant ainsi la couverture de ces dépenses aux patients et à leur complémentaires santé. **Les mutuelles ont ainsi développé sur ces segments des mesures efficaces de régulation : les réseaux de soins conventionnés.**

Avec le poids croissant des complémentaires dans le financement de certains soins, leur légitimité pour intervenir dans la régulation des dépenses et dans la promotion de la qualité se renforce. Evidemment, une régulation par le secteur privé ne peut être acceptée que si les patients, et plus largement l'ensemble de la collectivité, en tirent de réels bénéfices, comme c'est le cas avec les réseaux de soins.

A l'avenir, les organismes complémentaires pourraient :

- **Etendre les réseaux de soins conventionnés à d'autres professions médicales**, comme celle des médecins généralistes (pour l'heure, la loi l'interdit formellement) ;
- **Négocier avec les médecins traitants la mise en œuvre d'un programme de prévention.** Les assurés seraient engagés sur un « parcours individualisé de prévention » piloté par leurs médecins traitants. Ces derniers procéderaient aux dépistages prévus dans les parcours et percevraient pour cela un revenu additionnel. **Il s'agirait d'une forme de rémunération à la performance, comme il en existe avec l'assurance maladie, mais celle-ci serait négociée avec des complémentaires santé.**

Le rôle des pouvoirs publics serait de s'assurer du respect de l'intérêt général, selon des modalités qui restent à définir.

Propositions pour améliorer *la* *prévention*

9. Renforcer le rôle des complémentaires dans la prévention
10. Promouvoir l'usage des *big data* comme outil de prévention

RENFORCER LE ROLE DES COMPLEMENTAIRES DANS LA PREVENTION

LA PREVENTION : UN INVESTISSEMENT A LONG TERME

Les complémentaires santé pourraient investir davantage dans la prévention auprès de leurs assurés, éventuellement en fonction des spécificités de chacun, et espérer rentabiliser à long terme les coûts immédiats des mesures préventives *via* une réduction de la morbidité. La rentabilité financière des actions préventives étant à ce jour mal connue, il s'agirait dans un premier temps d'expérimenter des projets sur des horizons de court, de moyen et de long termes.

Les complémentaires opèrent cependant sur un marché concurrentiel et les consommateurs peuvent changer périodiquement d'offreur ou de contrat de couverture (ce qui explique les sommes investies dans le *marketing*). **Les investissements de prévention réalisés sur un assuré, amortis seulement sur longue période, peuvent ainsi profiter *in fine* à un concurrent.** En conséquence, même à supposer que la baisse de la morbidité liée aux actes de prévention soit connue et positive, la mobilité des assurés peut décourager les organismes de développer une stratégie de prévention à la fois ambitieuse et généralisée.

Les complémentaires santé participent néanmoins à la prévention avec leur outil traditionnel : les contrats de garanties. Ces contrats peuvent inclure le remboursement, à un degré plus ou moins élevé, d'actes ou de produits à caractère préventif. Le coût induit pour les complémentaires est couvert par les cotisations des assurés. Il n'y a là pas de logique d'investissement à long terme.

DEPASSER LE DILEMME DU « PASSAGER CLANDESTIN »

Les actions de prévention des complémentaires pourraient être davantage encadrées pour dépasser l'effet du passager clandestin. Si une complémentaire investit massivement dans la prévention, le risque santé de ses assurés diminue. Les complémentaires concurrentes ont alors intérêt à investir dans le marketing pour attirer chez elles ces « bons risques » sans pour autant développer elles-mêmes la prévention. Pour les complémentaires, il est de ce fait théoriquement rationnel de limiter les montants investis dans la prévention.

Pour surmonter ce dilemme, Asterès propose le système suivant.

Chaque individu se verrait attribuer un « parcours de prévention » défini selon ses caractéristiques propres (âge, sexe, métier, antécédents, lieux d'habitation...). Ce parcours, individualisé, serait déterminé par une formule conçue par l'Assurance maladie et préciserait :

- Les actions de communication sanitaire à mener par les complémentaires auprès des individus, les thèmes de ces actions et leur périodicité ;
- Les actions de dépistage à réaliser, les maladies concernées et la périodicité des dépistages.

Le parcours de prévention serait assuré par les complémentaires mais il ne serait en rien obligatoire.

Une complémentaire qui s'y conformerait accumulerait des « points » pour chaque acte de prévention réalisé dans le cadre du parcours. Ces points seraient rattachés de manière individuelle aux assurés concernés.

Si un assuré, couvert par des actions préventives conduites par sa complémentaire, change d'assureur, le nouvel organisme devra alors racheter ces points. Le prix de rachat serait ajusté périodiquement par les pouvoirs publics de manière à assurer une incitation financière pour les complémentaires à suivre le parcours. Une fois par an, les complémentaires effectueraient le décompte des points échangés et procéderaient, par solde, aux transferts financiers qui y sont liés.

PROMOUVOIR L'USAGE DES *BIG DATA* COMME OUTIL DE PREVENTION

Le terme « *big data* », ou mégadonnées, renvoie aux ensembles **de données numériques de gros volume et de grande variété**, pour lesquels l'extraction d'informations stratégiques requière l'emploi de **technologies innovantes** (les outils classiques de l'analyse statistique étant inadaptés à la masse et à la diversité des mégadonnées).

Les technologies du *big data* ont émergé au cours des années 2000, avec le développement du **web social**, mais ce n'est que depuis 2010 qu'elles montent véritablement en puissance. Les enjeux sont nombreux. L'un des principaux est la mise au point d'algorithmes sophistiqués pour relever des signaux faibles, invisibles pour l'homme, dans de gigantesques amas de données désordonnées et hétérogènes.

Les trois promesses du *big data*

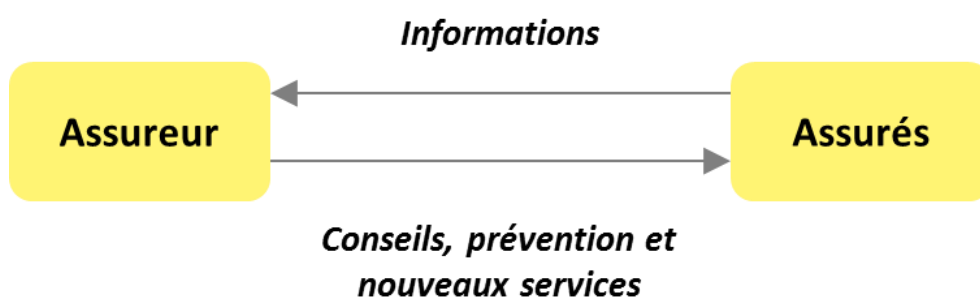
Comprendre

Prédire

Agir en amont

L'un des enjeux du *big data* pour les organisations (administrations, entreprises, associations) est la collecte d'informations stratégiques sur les **caractéristiques et les comportements** des acteurs avec qui elles interagissent. L'accès aux données du web et, bientôt, aux données des objets connectés, ouvre des **possibilités d'anticipation** là où les organisations fonctionnaient essentiellement sur une logique de réaction. Pour les assurances, le *big data* et les objets connectés vont permettre d'établir de nouveaux services, notamment orientés sur la prévention des risques. **L'utilisation effective des *big data* dans l'assurance reste à ce jour embryonnaire et au stade de l'expérimentation.** Ce champ constitue néanmoins une **révolution en devenir** pour le secteur.

L'usage des *big data* permettra de mieux comprendre les comportements des assurés et les déterminants de leurs dépenses médicales. Ce faisant, **il devient possible de développer de nouvelles stratégies de prévention**. C'est pour cette raison que les complémentaires santé, comme la Cour des Comptes, réclament l'ouverture des données du système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie (Sniiram). Cette base est notamment alimentée par les feuilles de soins, les factures de cliniques et les données d'activité des établissements de soins (base PMSI). Elle peut permettre, dans le respect de la protection des informations individuelles, la publication de données agrégées et anonymes.



Pour l'assurance, l'analyse des *big data* offre l'opportunité d'introduire de nouveaux paramètres dans la connaissance, l'évaluation et la gestion des risques. Au-delà du champ de la prévention, **de nouvelles stratégies peuvent être implémentées par les assureurs** pour :

- Affiner la **connaissance du risque** individuel et du portefeuille clients ;
- Mieux connaître sa clientèle pour **optimiser son offre de services et ses tarifs** ;
- Proposer les **bons services**, aux **bons clients**, aux **bons moments**, *via* les bons canaux ;
- **Segmenter plus finement ses clients pour optimiser l'efficacité des campagnes de prévention** ;
- **Suivre en temps réel le bien-être de chaque client**, par les réseaux sociaux et les objets connectés et intervenir si des signaux prédictifs d'un sinistre sont relevés ;

- **Evaluer le potentiel de long terme de chaque client** (« life time value ») et **personnaliser la stratégie de fidélisation** ;
- **Prévenir les résiliations de contrat** *via* un modèle de prédiction/action commerciale ;
- **Cibler plus efficacement les prospects** (« *scoring* ») et **personnaliser l'approche *marketing*** ;
- **Défendre sa e-réputation** avec une veille continue des réseaux sociaux et des interventions en cas d'avis défavorables ;
- Développer de nouveaux outils de **lutte contre la fraude active et passive** en détectant les comportements anormaux et les situations à risque. L'enjeu est majeur : selon l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance, les pertes liées aux fraudes représentent 5% des primes perçues.

Les données des assureurs

Données produites

Données traditionnelles

- Primes émises et acquises
- Commissions versées
- Règlements de prestations
- Occurrences de sinistres
- Provisions
- Barèmes tarifaires
- Marge de solvabilité
- Mesure du risque
- Rapports réglementaires

Données collectées

Données traditionnelles

- Données clients
- Données de marché (particuliers, entreprises, concurrence...)
- Données financières (actions, obligations...)
- Lois et réglementations

Nouvelles données

- Données comportementales
- Données d'objets connectés
- Données des réseaux sociaux
- Données de l'open data

Croisement des données

Utilisation des données

- Pilotage prospectif de l'activité
- Maîtrise des coûts
- Maîtrise du risque
- Nouvelles offres
- Simulation du comportement des clients
- Nouvelles stratégies marketing

Source : Dupuis et Berthelé (2014)



GRUPE PASTEUR MUTUALITE

34, boulevard de Courcelles

75017 Paris

Tél. : 01 40 54 54 54

www.gpm.fr

ASTERES

81, rue Réaumur

75002 Paris

Tél. : 01 44 76 89 16

contact@asteres.fr

www.asteres.fr