REPONSE DE LA MUTUALITE FRANCAISE SUD A L'APPEL A CONTRIBUTION DE LA CRSA – 5 juin 2020

Après des propos liminaires, la contribution ci-après rend compte des expériences vécues au sein des différentes composantes de la Mutualité Française en PACA (mutuelles, services de soins et d'accompagnement, services de prévention santé) et fait état de recommandations qui pourraient en découler.

1.Propos liminaires

Beaucoup s'interrogent : le confinement total a-t-il été le prix du manque de moyens, notamment à l'hôpital, fruit de politiques successives menées depuis trente ans ? En effet Le système de soin a abordé la crise avec des faiblesses historiques qui ne datent pas d'hier.

Il convient d'en tirer les leçons et saisir cette opportunité pour revoir de fond en comble la politique de santé.

Plus globalement la question du financement et de l'organisation de notre système de santé est à nouveau posée. Cela fait des années, que ce système est très contraint, avec un ONDAM* hospitalier inférieur à l'ONDAM général. On en mesure aujourd'hui les conséquences.

Beaucoup de chantiers sont à entreprendre pour passer d'un système de soins à un véritable système de santé et la question ne se résume pas uniquement à celle du financement

Les changements à conduire sont profonds, ils ne consistent pas en quelques mesurettes ni même seulement dans l'adoption d'un plan massif pour l'hôpital, même si ce plan d'investissement et les revalorisations des carrières des soignants sont absolument nécessaires au même titre que la reconnaissance et la prise en considération de métiers du « care ».

La France se glorifie d'être en 3ème position mondiale pour les dépenses de santé calculées en pourcentage du produit intérieur brut. Mais elle tombe à la 12ème place lorsqu'on les rapporte au nombre d'habitants. En 2018, selon l'OCDE, les dépenses de santé représentaient 5 200 euros en Allemagne, 4 300 euros en France. Comparée aux pays européens similaires, notre structure de dépense se caractérise par la faiblesse de la place consacrée à la prévention, l'importance des inégalités sociales et géographiques malgré la Couverture Santé Solidaire, la modération des revenus des professionnels hospitaliers (en dehors du secteur privé) et de ceux du premier recours — laquelle pousse à multiplier les actes et par les lacunes d'une politique d'amélioration de la pertinence des actes et des prescriptions qui reste à élaborer (environ 20% des actes et prescriptions seraient injustifiés).

La crise a confirmé que l'hôpital français est une communauté humaine solide et incroyablement résiliente avec une réelle capacité de réorientation de moyens, d'un

établissement à l'autre et sur tout le territoire. En termes de fonctionnement, on a vu que c'est bien la coopération qui a été une condition de réaction rapide pour trouver des solutions à tout : extension des lits en réanimation, mobilisation de tous les professionnels, des étudiants, ou coopération public- privé et mutualiste quand cela a été possible, etc. Coopération et non compétition, on a su sortir des combats d'arrière- garde, des postures, des statuts, on a su à tous les niveaux arrêter la « gestion de boutiques » pour être dans les solutions.

On retiendra que les solutions ont été trouvées dans le contournement de certaines règles usuelles, le système de soin a su trouver des solutions coopératives et de manière décentralisée auxquelles s'est ajouté un allègement bénéfique des tâches administratives permettant aux soignants de se concentrer sur leur métier.

Au-delà des conséquences strictement limitées aux structures de santé, cette crise agit comme un puissant révélateur des inégalités. Ainsi, au plan national, la Seine Saint Denis est le département le plus touché malgré une démographie plus dynamique. Au plan local, la situation Marseillaise est également éloquente : les quartiers les plus défavorisés ont vu les demandes d'aide exploser et de nouvelles familles en solliciter. La fin du confinement ne sera pas synonyme de fin des difficultés, bien au contraire et les conséquences seront visibles y compris en matière de santé.

C'est donc un total changement de paradigme qui est attendu : partager autrement le travail entre l'hôpital et la médecine de ville, et en finir avec l'hôpital-entreprise. Construire des communautés de soignants – médecins, infirmiers, paramédicaux –, faire des patients de véritables partenaires, remettre la prévention au centre, répartir les moyens sur l'ensemble du territoire… changement de paradigme auquel la Mutualité Française apportera sa contribution.

2.Mutuelles : retour d'expérience

Dès les premières semaines, l'ensemble des mutuelles s'est concentré sur la continuité d'activité de ses services pour les 3 millions d'adhérents en Paca. Ce qui s'est traduit par le développement des capacités de télétravail pour poursuivre les services vitaux auprès des adhérents - dont le paiement des prestations santé et prévoyance.

Les militants et une partie des salariés des mutuelles ont été déployés sur de nouvelles tâches pour faire face à cette situation exceptionnelle. C'est ainsi qu'ont pu être lancées de nombreuses campagnes d'appels pour accompagner à distance les plus fragiles ou isolés. Pour répondre aux besoins révélés par ces contacts, des mutuelles se sont associées à des associations d'aide aux personnes en difficulté (Croix Rouge, Secours populaire…) pour organiser concrètement le portage de produits de première nécessité : alimentation, hygiène, médicaments. Elles se sont attachées également à permettre la continuité de la prise en charge des pathologies hors Covid, téléconsultations mais aussi organisation de déplacements pour des consultations en cabinet.

L'usage du numérique a permis d'assurer la continuité du lien social et la transmission d'informations et d'échanges sur des sujets de santé. Des plateformes de conseils, aides et services pour les personnes rencontrant des difficultés pendant la période de crise ont été mises en place , notamment via un partenariat avec la plateforme Happy Visio (conférences et ateliers en direct) qui a rencontré un vrai succès : 263 participants pour la web conférence « Tout savoir sur le cycle de vie d'un médicament pour un usage efficace » – 662 inscrits à la conférence « Initiation à l'automassage pour soulager les petits maux, les tensions et le stress de la journée ».

Pour aller au-delà dans le soutien aux plus fragiles, les mutuelles se sont engagées à mettre en place un socle commun de dispositifs avec la prise en charge des arrêts de travail déclenchés pour les personnes vulnérables. En cas de chômage partiel, ce socle prévoit le maintien des garanties, en prenant les indemnités de chômage partiel comme assiette des cotisations appelées.

De nombreuses mutuelles ont décidé d'aller encore plus loin dans les garanties et solutions proposées en mettant en place des dispositifs d'accompagnement des adhérents les plus fragiles : renforcement de leurs garanties, création d'une complémentaire gratuite et prévoyance gratuite durant 4 mois pour les militaires et personnels hospitaliers, suppression des franchises sur les Indemnités Journalières pour les professionnels de santé….

Au total, les initiatives lancées pour soutenir nos adhérents représentent au minimum un investissement financier de 150 millions d'euros au plan national. Par ailleurs, la mutualité française a pris la décision de contribuer au côté de l'assurance maladie au soutien financier des établissements hospitaliers et au fonds pour les professionnels de santé de ville.

Recommandations →

- Développer l'aide à la recherche d'informations fiables, utiles et comprises (FALC).
- Favoriser l'accès au matériel numérique et à la connexion et former la population à son usage (en particulier les populations isolées et vulnérables).

3.Services de soins et d'accompagnement mutualistes : retour d'expérience

Dans les structures gestionnaires d'établissements et de services, la réorganisation a aussi été très rapide, avec la déprogrammation des activités non-urgentes pour se préparer à accueillir des malades du Covid-19. Dans nos cliniques et SSR, plusieurs établissements ont doublé, voire triplé, leurs capacités d'accueil de malades. Les Ehpad ont également tout fait pour accroître les mesures de sécurité. Plus globalement, toutes nos structures - qu'il s'agisse des crèches qui se sont concentrées sur l'accueil d'enfants de soignants, ou de nos centres de santé - se sont réorganisées pour adapter leurs services à la population et répondre aux urgences.

Les établissements de court séjour ont été amenés à déprogrammer leurs activités non urgentes pour pouvoir se tenir prêt à accueillir des malades du Covid-19. Du fait de cette réorganisation, les établissements ont perdu beaucoup de recettes issues normalement de la tarification T2A. Certains établissements vont connaitre des problèmes financiers, de trésorerie notamment. Les autres professionnels de santé, notamment en ville, auront également besoin de soutien suite à l'arrêt de l'activité (centres dentaires, optique, audio …).

Observations remontant du terrain :

• Si la mesure exceptionnelle du confinement avait été préalablement évoquée, une organisation aurait été possible, au sein du système sanitaire notamment. Cette anticipation aurait permis la commande de matériel, qu'il s'agisse du nécessaire de protection, du passage en téléconsultation ou de la mise en place du télétravail.

• La levée d'interdiction des visites en EHPAD a été annoncée avec un effet d'application inférieur à 48 heures, générant confusion et précipitation pour établir de nouveaux protocoles permettant à nouveau ces visites tout en garantissant la sécurité sanitaire des résidents.

Recommandations →
-adopter une politique qui tienne compte des organismes décentralisés, les informe et les intègre.
- Abolir les annonces à effet immédiat au sein des structures sanitaires.

• La mobilisation des soins de premiers recours n'a pas pu être organisée de façon coordonnée ni pilotée par les autorités sanitaires. Chaque Conseil de l'ordre a appliqué les textes à sa façon, ce qui a conduit à une gestion différenciée par département. Si cette décentralisation peut permettre une adaptation aux réalités locales, elle nuit à la cohérence des mesures au niveau d'une même profession. La centralité des décisions semble indispensable dans une période de crise telle que celle-ci. D'autant plus qu'un manque d'information criant était perceptible de par les différents interlocuteurs locaux, malgré le degré de responsabilité conséquent de ces organismes décentralisés (ARS, PMI, communes, …).
La réquisition et la mobilisation des centres de santé mutualistes a été tardive et effective seulement grâce à la mobilisation forte des équipes et des gestionnaires mutualistes, leur inventivité et leur motivation à s'allier dans la lutte contre cette pandémie.

Recommandations →

- Reconnaitre les centres de santé mutualistes comme des ressources à fort potentiel dans la prise en charge des soins de premiers recours
- Mobiliser les centres de santé pour répondre aux besoins de l'épidémie afin notamment de servir de centre de prélèvement pour les dépistages COVID.
- A moyen terme, créer un plan d'urgence pour les structures de premier recours, au même titre que le plan blanc (structures hospitalières) et le plan bleu (EHPAD), afin d'améliorer le suivi et la coordination des soins de premier recours.

• La mise en place d'une stratégie de téléconsultation, rémunérée par l'Assurance Maladie a été une véritable réussite. Pour exemple, cela a permis pour un groupement mutualiste la réalisation de plus de 4 000 téléconsultations, soit 25% de l'activité de consultation.

Recommandations →

- Pérenniser la rémunération de la téléconsultation par visioconférence ou par téléphone.
- A moyen terme, accompagner la téléconsultation dans un cadre de délégation de tâches, dans un cadre régulé et accompagné.

• Pendant la crise, le nombre d'EPI nécessaire pour l'ensemble des professions impactées a été insuffisant, entrainant des choix de personnel pour attribution. Si l'approvisionnement répond désormais aux besoins des nouvelles normes sanitaires, cet équipement se répercute sur l'activité à double titre :

- la modification des normes sanitaires augmente le nombre d'EPI nécessaires ainsi que le nombre de personnels concernés par ces équipements, ce premier constat génère une augmentation des coûts. A celui-ci s'ajoute, la démocratisation du port du masque, qui augmente la demande et ainsi les prix d'achat de ce matériel (coût unitaire d'un masque chirurgical évalué à 0,10€/pièce avant la crise sanitaire, à 0,75€/pièce désormais). A ce surcoût se greffe également la différence tarifaire entre l'équipement standard préconisé en routine et celui désormais de vigueur. Ce constat est particulièrement visible dans le secteur dentaire où le masque FFP2 est devenu la norme, en place des masques chirurgicaux. Le coût d'approvisionnement unitaire de ces maques s'élève à 5€ pièce, ce qui a pour effet d'augmenter considérablement la charge d'équipement.

- La nécessaire modification de pratiques sanitaires en matière d'utilisation de l'espace médical et de nettoyage rejaillit également sur l'activité : la fréquence de nettoyage et de décontamination des cabinets médicaux, induit une diminution du temps de soin disponible donc une diminution de l'activité et par la même, une diminution des ressources économiques.

Recommandations →

- Compenser financièrement l'impact économique des nouvelles normes sanitaires.
- Adapter les règles sanitaires au regard de l'évolution de la pandémie**.**
- Sécuriser l'approvisionnement des EPI pour les structures sanitaires.
- Redéfinir les EPI nécessaires par fonction en élargissant la réflexion aux professions du maintien à domicile.
- A moyen terme, intégrer l'impact des normes sanitaires au financement des activités médicales concernées.
- A moyen terme, réviser les indicateurs d'activité au regard des nouvelles normes de protection et d'hygiène
- A long terme, instaurer une filière des dispositifs de protection réutilisable, à l'instar de la stérilisation, largement répandue dans le secteur dentaire.

• La crise sanitaire du Covid-19 a redonné un statut à certaines professions essentielles à notre vie de démocratie et de société : personnels soignants, agriculteurs… L'enseignement est clair : aujourd'hui, les métiers essentiels sont ceux qui nous permettent de continuer à vivre : tous les personnels de santé, du médecin à l'aide-soignante, mais aussi tous les métiers dits du « care ».

Des bataillons d'aides-soignantes et d'aides à domicile – en très grande majorité des femmes - assument des tâches cruciales pour la solidarité entre les générations en assurant l'aide aux gestes essentiels de nos seniors dépendants. Faute de reconnaissance et de rémunération suffisantes, de moins en moins de personnes effectuent ces activités difficiles. Mais on peut aussi penser aux éboueurs, aux personnels des commerces alimentaires…

Recommandation →

- Il s'agit d'un moment opportun pour prendre en considération l'importance sociale des différents métiers et se réinterroger sur la valeur travail
- A court ou moyen terme, revaloriser les salaires des soignants, des aides à domicile, et plus généralement des métiers à valeur sociale essentielle. Métiers répondant à nos besoins vitaux et qui garantissent la satisfaction des besoins essentiels

4. Prévention

• Face à l'épidémie, chacun a pu mesurer à quel point la prévention est la meilleure à la fois des politiques publiques et des actions individuelles.

Pour autant, cette crise a dévoilé le manque de « culture de prévention » de la société française. Confrontée à l'irruption de la pandémie, notre médecine de soin et de guérison s'est révélée aussi efficace que possible en l'absence de vaccins et de traitements mais c'est le « principe de précaution » qui a fini par servir de santé publique.

Si bien que nous avons abordé cette épidémie avec une absence quasi totale de culture collective de la maladie infectieuse. Le dispositif de prévention était donc « désarmé » ; les administrations (ARS ou collectivités territoriales), les hôpitaux avaient peu anticipé ces sujets.

• Les facteurs de risques des formes graves de Covid 19 sont d'évidence liés à des déterminants sociaux notamment nutrition ou activité physique avec le surpoids, l'hypertension ou le diabète. À cela s'ajoute que les contraintes de la prévention (distanciation sociale, hygiène des mains) sont plus faciles à respecter dans des conditions de logement adéquates et que la compréhension générale des enjeux du « risque invisible » nécessite une certaine culture en santé. La faiblesse de notre médecine préventive et de notre culture collective dans ce domaine pourrait être la cause d'un lourd tribu. Cela suscitera des discussions sur ce qu'il faut en conclure, de la politique de prévention à l'accès aux soins.

• Plus largement et concernant nos outils, les dispositifs de médecine scolaire et universitaire, de médecine du travail et de médecine « sociale » sont très fragiles, voire miséreux, parfois inexistants faute de moyens.

• L'état d'esprit consistant à percevoir en France la santé avant tout comme un coût (des soins) et non comme un investissement rentable socialement et économiquement est à faire évoluer : un euro investi en prévention rapporte à terme entre 5 et 10 euros pour l'économie.

• Point d'attention sur la vaccination :

- Avec le confinement, de nombreux parents ont annulé les rendez-vous de vaccination pour leurs enfants. L'extension de la pandémie Covid-19 en France a clairement interrompu l'évolution à la hausse des taux de vaccination chez les nourrissons et les très jeunes enfants. Il apparait important de se lancer dans un rattrapage rapide sous peine de devoir lutter contre une épidémie de rougeole d'ici à quelques mois en même temps qu'une éventuelle résurgence de cas de Covid-19.

- Elargir dès à présent l'obligation vaccinale contre la grippe saisonnière pour tous les soignants. Simplement recommandé aujourd'hui, on sait qu'ils sont à peine un sur deux à le faire chaque année. Ne pas le faire, c'est prendre le risque d'affronter une épidémie massive de grippe à l'automne prochain en même temps qu'un retour du Covid-19 s'il devait exister.

Recommandations →

- En anticipation d'autres crises, sanitaires et/ou climatiques, passer le cap de la médecine de prévention.
- Investir massivement sur la prévention dont le financement minimaliste est inique en termes de santé publique.
- Sortir d'un système trop centré sur les soins et faire participer activement les entreprises et l'Éducation Nationale dans une politique de prévention et de détection précoce des pathologies qui se décline en proximité au quotidien.
- Lutter contre l'épidémie de maladies chroniques (20 millions de personnes) en termes de prévention et d'éducation thérapeutique adaptée aux besoins du patient
- Renforcer la prévention des maladies infectieuses en encourageant notamment la politique vaccinale, informer et susciter l'adhésion de la population
- Favoriser une prévention précoce pour les personnes âgées en termes d'évitement de maladies et de bien-être qui repose sur la détection et l'atténuation des vulnérabilités via leur repérage lors de consultations préventives du type « Consultation Vieillir avec succès » mises en place par l'Hôpital Emile Roux dans la région parisienne depuis 2010 et proposées dès la cinquantaine.

5. Conclusion

L'épreuve sanitaire, sociale et économique que traverse notre pays, comme bien d'autres, a mis sous une lumière crue des difficultés et dysfonctionnements qui ont aggravé ses effets. Problèmes de sous financement, mais également d'organisation inadaptée aux nouveaux besoins, manque d'anticipation, étaient pour l'essentiel connus et dénoncés bien avant l'arrivée de la CoviD 19 au sein d'un système de soin jalonné par le registre des crises : crise des « déserts médicaux », crise du manque de médecins traitants, crise de la sélection des étudiants en médecine, crise des urgences, crise de l'hôpital, crise des EHPAD, crise des infirmiers et des aides- soignants, crise du médicament.

Après cet épisode il n'est plus possible de différer les réponses :

- Financements de l'hôpital, des EHPAD et de la prise en charge des personnes dépendantes à domicile ;

- Revalorisation des rémunérations et des carrières des personnels soignants, du « care » et plus généralement des métiers à valeur sociale essentielle répondant aux besoins vitaux ;

- Réorganisation complète de la médecine de ville en mettant fin à l'exercice isolé par le déploiement systématique et coordonné des structures de soins collectives, centres de santé, maisons de santé et réseaux de soins ;

- Sortir d'un système trop centré sur les soins et passer le cap de la médecine de prévention ;

- Construire des réponses sanitaires locales alliant hôpital, médecine de ville et médico-social pour une prise en charge coordonnée de tous les besoins de soins et de prévention, y compris des personnes souffrant de pathologies chroniques ou de dépendance.

Au-delà des difficultés et des manques relevés, notre système sanitaire ne s'est pas écroulé. C'est le résultat d'une formidable mobilisation des soignants et au-delà de tous les « premiers de corvées » qui, parfois au péril de leur vie, ont tenus.

C'est aussi grâce à la responsabilité de la population dans son ensemble qui face au risque imminent a accepté une restriction sans précédent de ses libertés. Sans le consentement et l'engagement de tous dans les mesures de protection et de prévention le bilan de cette crise aurait été considérablement plus dramatique. De ce constat nous nous devons de tirer tous les enseignements.

Non seulement les libertés individuelles doivent être rapidement et pleinement rétablies, mais nous devons rebâtir un système organisé autour et avec la participation active des personnes soignées. Sortir de la notion passive de « patient » pour promouvoir une médecine pour et avec des femmes et des hommes libres et actifs, citoyennes et citoyens

mobilisés et responsables pour faire face à leurs besoins de santé. La question de la démocratie sociale et sanitaire est désormais majeure.

La Mutualité Française Sud en bref

La Mutualité Française Sud fédère 162 mutuelles en région PACA, mutuelles qui interviennent comme premier financeur des dépenses de santé après la Sécurité sociale. Régies par le code de la Mutualité, elles ne pratiquent pas la sélection des risques ; sociétés de personnes à but non lucratif, elles ne versent pas de dividendes, l'intégralité de leurs excédents étant investie en faveur de leurs adhérents.

Elles sont aussi le 1er acteur privé de prévention santé avec plus de 1200 actions déployées chaque année dans la région PACA.

Avec un réseau de 211 services de soins et d'accompagnement mutualistes également caractérisés par une logique de gestion désintéressée (structures et services tournés vers les personnes en situation de handicap ou les personnes âgées, centres de santé, services dédiés à la petite enfance, crèches ou encore centres dentaires ou spécialisés en audition et optique), les mutuelles et le réseau de services et de soins jouent un rôle majeur pour l'accès aux soins au sein des territoires à des tarifs maîtrisés et conventionnés.