



EHESP

**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTE PUBLIQUE
2016**

**« ORGANISMES COMPLEMENTAIRES D'ASSURANCE MALADIE
ET OFFRE DE SOINS »**

- Groupe 16 -

CABOUCHE	Alexandre	SOUILLARD	Caroline
CORNET	Benoît	SCHUMM	Sophie
CRETINEAU	Antoine	VALLAURI	Antoine
LESAGE	Ludovic		

Animateur :

CORON Gaël

Sommaire

Introduction.....	1
1 Les OCAM sont devenus des acteurs de marché qui interviennent sur l'offre de soins par différents canaux.....	2
1.1 Une grande diversité d'OCAM obéissant à des logiques et des règles très différentes	2
1.2 Historiquement, les OCAM ont cherché à intervenir directement sur l'offre de soins en constituant un modèle alternatif.....	3
1.2.1 Les SSAM représentent une offre d'une grande diversité	3
1.2.2 Focus sur les établissements hospitaliers mutualistes et les centres de soins mutualistes ..	4
1.2.3 Des modalités de gestion spécifiques et diverses	4
1.2.4 En dépit d'effets positifs, le secteur des SSAM présente toutefois certaines insuffisances au regard du contexte actuel	5
1.2.5 ... de sorte que les SSAM n'ont pas vocation à faire l'objet de développements plus profonds.....	6
1.3 Les OCAM, confortés par les pouvoirs publics, mettent en place différents partenariats avec les professionnels de santé qui correspondent mieux à leur identité marchande	7
1.3.1 Les OCAM, « financeurs aveugles » de l'offre de soins, mythe ou réalité ?.....	7
1.3.2 La mise en place de Conventions nationales et du conventionnement hospitalier mutualiste pour un financement « responsable »	8
1.3.3 Les réseaux de soins conventionnés : un outil partenarial au service des OCAM qui ont connu des évolutions législatives visant à les renforcer	14
1.3.4 Les contrats responsables : un levier partiellement efficace	17
2 Toutefois l'action des OCAM en matière de régulation de l'offre de soins demeure limitée	19
2.1 Les OCAM ne sont pas devenus de véritables régulateurs de l'offre de soins, notamment en matière de dépassements d'honoraires	19

2.1.1	Les OCAM prennent en charge partiellement ou intégralement les dépassements d'honoraires des offreurs de soins	19
2.1.2	A rebours, les remboursements opérés par les OCAM peuvent induire des dépassements d'honoraires	19
2.1.3	Ces analyses économiques des dépassements d'honoraires doivent cependant être relativisées compte tenu des limites posées à la capacité de régulation des OCAM	21
2.1.4	Des mesures récentes, notamment réglementaires, ont visé à encadrer les remboursements opérés par les complémentaires afin de limiter les dépassements d'honoraires.....	22
2.2	Les effets économiques de leurs activités restent enfin sujets à caution en termes d'offre de soins et d'accès aux soins	23
2.2.1	Le bilan des réseaux de soins apparaît inflationniste et contrasté sur l'accès aux soins....	23
2.2.2	Les établissements de santé mutualistes peuvent favoriser l'accès aux soins	25
2.2.3	La généralisation de la complémentaire santé obligatoire au regard de l'accès aux soins : une mesure aux effets modestes et à risque inflationniste.....	25
3	Les OCAM doivent encore répondre à certains défis qui interrogent leur capacité à réguler l'offre de soins	27
3.1	La gestion par les OCAM du risque reste perfectible notamment au regard de l'objectif d'une meilleure régulation de l'offre de soins.....	27
3.2	Les relations entre OCAM et offreurs de soins gagneraient enfin à être revues dans le cadre d'une réforme plus globale dans le sens d'une clarification des responsabilités, d'une régulation partagée et d'une réduction des inégalités	27
3.3	Certaines mesures sont envisageables à court moyen terme	29
	Conclusion	31
	Bibliographie	32
	Annexes	I
	Annexe 1 Présentation de la méthodologie de travail.....	I
	Annexe 2 Synthèse des entretiens réalisés	III
	Annexe 3 Retranscriptions des entretiens	IV
	Entretien n°1 réalisé par mail le 20 avril 2016 par Caroline Souillard avec Madame L.F., CH des Marches de Bretagne	IV

Entretien n°2 réalisé le 3 mai 2016 par Alexandre Cabouche avec Monsieur E.B., responsable à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM)... VII

Entretien n°3 réalisé le 11 mai 2016 par Alexandre Cabouche avec Monsieur F.B., chercheur en économie de la santé, IEP Paris.....XX

Entretien n°4 réalisé le 10 mai 2016 par Benoit Cornet et Sophie Schumm avec Madame V.T., responsable à l'Unité Régionale (UR) de la Mutualité FrançaiseXXIX

Entretien n°5 réalisé le 10 mai 2016 par Antoine Vallauri et Ludovic Lesage avec Monsieur J-P.L., Harmonie Mutuelle (Loire Atlantique)..... XL

Entretien n°6 réalisé le 11 mai 2016 par Caroline Souillard et Antoine Créteineau avec Madame V., responsable Accueil-facturation d'une clinique mutualiste..... LVIII

Entretien n°7 réalisé le 12 mai 2016 par Antoine Créteineau avec Monsieur P-Y.G., économiste de la santé à la Paris School of EconomicsLXV

Entretien n°8 réalisé le 12 mai 2016 par Alexandre Cabouche avec Monsieur J-M.C.S., responsable à la Mutualité Française..... LXXVI

Entretien n°9 réalisé le 13 mai 2016 par Alexandre Cabouche avec Madame B.D., Professeur à l'Université Paris Dauphine, Laboratoire d'Economie et de Gestion des Organisations de Santé.LXXXV

Entretien n°10 réalisé le 13 mai 2016 par Sophie Schumm et Caroline Souillard avec Monsieur G.H.,Enseignant-Chercheur en Sciences Sociales, EHESP XCIX

Entretien n°11 réalisé le 13 mai 2016 par Antoine Vallauri avec Monsieur E.C., Délégué National de la MGEN..... CIV

Annexe 4 Résultats économétriques du test de significativité de la corrélation entre meilleure couverture complémentaire et dépassements d'honoraires (Dormont, Péron, 2015)
.....CXIV

R e m e r c i e m e n t s

Nous remercions vivement Monsieur Gaël Coron, notre animateur de groupe, pour son accompagnement, sa grande disponibilité et ses précieux conseils.

Nous tenons également à remercier chaleureusement tous les acteurs et professionnels nationaux, régionaux et locaux qui ont accepté de se prêter au jeu de l'entretien dans un délai très contraint.

Merci à chacun de nous pour la dynamique de groupe au sein duquel la cohésion a été constante, et pour la bonne humeur qui y a régnée à chacune de nos séances de travail.

Merci à Madame Emmanuelle Guevara et Monsieur Fabrice Le Rat pour la bonne organisation de ce module interprofessionnel.

Enfin nous adressons nos remerciements à Monsieur Laurent Chambaud, Directeur de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, pour nous permettre de nous enrichir au quotidien à travers les enseignements dispensés en inter-filières.

Liste des sigles utilisés

ACS : Accès Complémentaire Santé
AMC : Assurance Maladie Complémentaire
AMO : Assurance Maladie Obligatoire
ANI: Accord National Interprofessionnel
BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale
CAE: Conseil d'Analyse Economique
CAS: Contrat d'Accès aux Soins
CH: Centre Hospitalier
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CMU : Couverture Maladie Universelle
CMUC : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CPAM: Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSBM : Consommation de Soins et de Biens Médicaux
CTIP : Centre Technique des Institutions de Prévoyance
DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
ESPIC: Etablissements de Santé Privé d'Intérêt Collectif
FNMF : Fédération Nationale de la Mutualité Française
FFSA : Fédération Française des Sociétés d'Assurances
GIP : Groupement d'intérêt public
IDS : Institut des données de santé
IGAS: Inspection Générale des Affaires Sociales
IRDES: Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
IP : Institutions de Prévoyance
LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MGEN : Mutuelle Générale de l'Education Nationale
OCAM : Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie
ROSP: Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
SNIIRAM : Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie

SSAM : Service de Soins et d'Accompagnement Mutualistes

TSCA: Taxe Sur les Conventions d'Assurance

URFNMF: Union Régionale de la Fédération Nationale de la Mutualité Française

UTL3 : Unions Territoriales de Livre 3

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

UNOCAM : Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie

UNPS: Union Nationale des Professionnels de Santé

Introduction

Les organismes d'assurance maladie complémentaire (OCAM), dont « l'activité consiste à gérer des contrats pour rembourser à leurs adhérents ou assurés leurs soins ou biens médicaux »¹ au-delà de l'assurance maladie obligatoire (AMO) occupent une place croissante dans leur financement. Cette part est passée de 12,8 % en 2006 à 13,7 % en 2013, soit au total 27,1 milliards d'euros de prestations versées en 2014, représentant 80 % des 33,9 milliards d'euros de cotisations ou primes collectées par les 573 OCAM français. Ce financement est toutefois contrasté suivant les postes : en 2014, les OCAM finançaient 38,9 % des biens médicaux (optique, prothèses etc.), 21,7 % des soins de ville (soins de médecins, soins dentaires, etc.), 13,7 % de la dépense de médicaments et seulement 5,3 % des dépenses de soins hospitaliers.

Le secteur des OCAM connaît par ailleurs une grande actualité : depuis le 1er janvier 2016, généralisation de la couverture complémentaire santé d'entreprise² et mise en œuvre du nouveau régime prudentiel « Solvabilité II » applicable aux assureurs, constitution d'un système national des données de santé (SNDS) couvrant le champ des OCAM dans le cadre de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016³, publication attendue pour septembre du rapport de la Cour des Comptes sur la prise en charge des soins bucco-dentaires.

Si les OCAM sont naturellement des partenaires des offreurs de soins par leur rôle de financeurs, ils conservent par ailleurs une activité historique d'offeurs de soins. Ainsi au travers de leurs différents rôles les OCAM sont amenés à exercer une régulation de l'offre en tant qu'offeurs de soins et partenaires des offreurs de soins, jusqu'à contribuer à la régulation de l'offre de soins.

L'activité des OCAM s'exerce toutefois dans un environnement marqué par des oppositions et des concurrences entre les OCAM elles-mêmes et avec les offreurs de soins, par exemple au nom d'intérêts catégoriels, ce qui notamment a présidé à l'apparition d'une offre de soins mutualiste propre.

Dans ce cadre, comment les rapports entre OCAM et offreurs de soins se matérialisent-ils ? Quelles en sont les conséquences sur la régulation de l'offre de soins ?

Les OCAM sont devenus des acteurs de marché qui interviennent sur l'offre de soins par différents canaux (1). Toutefois l'action des OCAM en matière de régulation de l'offre de soins demeure limitée (2). Les OCAM doivent encore répondre à certains défis qui interrogent leur capacité à réguler l'offre de soins (3).

¹ DREES

² LOI n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi

³ LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

1 Les OCAM sont devenus des acteurs de marché qui interviennent sur l'offre de soins par différents canaux

1.1 Une grande diversité d'OCAM obéissant à des logiques et des règles très différentes

Le domaine de la protection sociale complémentaire comporte trois « familles » :

- Les mutuelles, qui relèvent du Code de la mutualité, sont très majoritairement représentées notamment par la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) (98% des mutuelles santé) ;
- Les Institutions de prévoyance (IP), qui relèvent du Code de la sécurité sociale, sont des personnes morales de droit privé à but non lucratif et des organismes paritaires, qui opèrent essentiellement dans le secteur de la prévoyance collective des salariés ;
- Les compagnies d'assurance, qui relèvent du Code des assurances, proposent des contrats d'assurances pour tous les risques assurables.

« En 2013, 33 milliards d'euros de cotisations ont été collectés sur le marché de l'assurance complémentaire santé en France. Les mutuelles sont prédominantes sur ce marché avec 54 % des cotisations collectées, devant les sociétés d'assurance (28 %) et les Institutions de prévoyance (18 %) ». On comptait en 2014 : 573 OCAM, dont 453 mutuelles, 26 Institutions de prévoyance et 94 sociétés d'assurance. On observe depuis 2001 un mouvement de concentration puisque le nombre d'OCAM s'élevait alors à 1702 (respectivement 1528 mutuelles, 57 IP et 117 sociétés d'assurance).⁴

Ainsi comme le rappelle un responsable de l'UNOCAM: « Ces trois groupements : mutuelles, assurances, assurances-prévoyance sont évidemment concurrents et d'ailleurs les mutuelles sont concurrentes entre elles, les assurances entre elles, et relèvent à chaque fois de codes différents »⁵.

Aussi ces OCAM se partagent différemment le marché de la complémentaire santé : « Enfin, l'application dans la santé de ces différents intervenants est très différente : les mutuelles santé font essentiellement de la santé, les sociétés d'assurance font très marginalement de la santé et les institutions de prévoyance font minoritairement de la santé »⁶. En effet si la population des mutuelles

⁴ DREES « Le marché de l'assurance complémentaire santé : des excédents dégagés en 2013 », *Etudes et résultats n°919 de juin 2015*

⁵ Cf. Annexe 3 – Entretien n°2, UNOCAM

⁶ *Ibid.*

est plutôt âgée, celle des assurances est plutôt jeune, tandis que celle des IP est principalement constituée d'actifs, ces derniers étant couverts par les contrats collectifs.⁷⁸

En outre, il convient également de rappeler une spécificité du secteur de la complémentaire santé, l'existence des Mutuelles livre III, aujourd'hui les « Services de Soins et d'Accompagnement Mutualistes » (SSAM).

1.2 Historiquement, les OCAM ont cherché à intervenir directement sur l'offre de soins en constituant un modèle alternatif

Les mutuelles ont très tôt souhaité développer une offre de soins spécifique mutualiste par le truchement de la création de services sanitaires et sociaux mutualistes. La première pharmacie mutualiste a été mise en place à Lyon en 1857, le premier dispensaire médical fut institué en 1879 à Angers et l'ouverture de la première clinique mutualiste remonte à 1910, à Montpellier.

L'existence de cette offre de soins mutualiste obéit à une philosophie globale. A titre d'exemple, la création par la Mutuelle Générale de l'Education Nationale (MGEN) de ses établissements de soins relève d'une volonté idéologique : « *Plus qu'à offrir de simples instruments de soins à leurs adhérents, les dirigeants de la MGEN cherchent en effet à lutter contre les inégalités et les injustices sociales engendrées par la maladie* »⁹.

Originellement dénommées œuvres sociales, puis appelées à partir de 1990 réalisations sanitaires et sociales, les structures sanitaires et sociales mutualistes sont regroupées depuis 2003 sous l'appellation Services de Soins et d'Accompagnement Mutualistes (SSAM).

1.2.1 Les SSAM représentent une offre d'une grande diversité

En 2011, on dénombrait environ 2500 services de soins et d'accompagnement mutualistes, gérés par 172 groupements mutualistes, employant 25 000 salariés et libéraux. Leur chiffre d'affaires est estimé par la FNMF à environ 3 milliards d'euros par an. L'offre mutualiste hospitalière, avec 111 services et établissements, correspond à l'heure actuelle à moins de 5 % du nombre de SSAM gérés par la Mutualité française, mais à environ 40 % de leur chiffre d'affaires total. Les centres de santé représentent 22 % du nombre de services et de structures et 17 % du chiffre d'affaires total.

⁷ DREES « Le marché de l'assurance complémentaire santé : des excédents dégagés en 2013 », *op. cit*

⁸ La généralisation de la complémentaire santé pour les salariés pourrait modifier ce partage de marché

⁹ SINEY-LANGE Charlotte, « L'épopée médico-sociale de la mutualité : Un champ de recherche ouvert » in *Vie sociale*, 2008-N°4

Il existe cependant une très grande diversité de configurations en matière d'offre mutualiste selon les départements et les régions.

1.2.2 Focus sur les établissements hospitaliers mutualistes et les centres de soins mutualistes

Le développement d'une offre hospitalière mutualiste en gestion directe est assez tardif. Il s'est accru à partir des années 1980 à travers notamment la reprise par les mutuelles d'un certain nombre d'établissements jusque-là détenus par des médecins.

Les établissements hospitaliers mutualistes comptent environ 19 000 salariés, dont 2500 médecins. Ils concentrent un total d'environ 9 700 lits et places, soit une offre d'une taille analogue à celle des groupes d'hospitalisation privée les plus importants.

Toutefois, s'agissant du poids dans l'offre hospitalière globale, l'offre mutualiste apparaît modeste au niveau national dans la mesure où elle correspond à environ 5 % des capacités et de l'activité de l'hospitalisation privée en hospitalisation complète (1,7 % de l'offre et l'activité totale publique et privée), 6 % de l'hospitalisation partielle privée et 10 % de l'hospitalisation à domicile privée. Les établissements mutualistes sont essentiellement présents dans le secteur des ESPIC hospitaliers, cette offre s'exerçant à 80 % sous statut ESPIC. Toutefois, pour 20 %, cette offre s'accomplit dans le cadre de sociétés anonymes.

La répartition territoriale de l'offre hospitalière mutualiste est très hétérogène à l'échelle nationale. Elle paraît en effet concentrée dans certaines régions où elle peut représenter un poids significatif, telle que la région Pays de la Loire¹⁰ : une offre mutualiste hospitalière n'est présente que dans 15 régions¹¹.

Les centres de santé mutualistes rassemblent à la fois des centres de soins infirmiers, des centres de soins dentaires, des centres de santé médicaux, des centres de santé polyvalents. Ils correspondent à 32 % des centres de santé contre 33 % pour les centres associatifs et 12 % pour les centres des régimes de sécurité sociale.

1.2.3 Des modalités de gestion spécifiques et diverses

Les groupements mutualistes contribuent à l'offre de soins via les SSAM à travers des unions territoriales.

En vertu du livre III du Code de la mutualité, les SSAM sont notamment gérés sur un territoire donné par une union territoriale, en principe d'assise départementale. Afin de piloter cette gestion, elle

¹⁰ Entretien avec M. LD, délégué régional d'Harmonie mutuelles Pays de la Loire

¹¹ Rapport IGAS, 2014, « Mutuelles livre III »; carte régionale antérieure à la réforme territoriale

rassemble les mutuelles adhérentes à la FNMF relevant du Livre II et qui ont des adhérents dans le ressort géographique de l'union. La place des différentes mutuelles dans les instances de l'union est établie selon le nombre d'adhérents dans son ressort.

Toutefois, aujourd'hui, il existe différentes sortes de mutuelles ou groupements mutualistes du Livre III qui concourent à la gestion des SSAM : les unions territoriales, des unions de gestion qui réunissent plusieurs mutuelles pour gérer une structure ou un service spécifique ou un ensemble de structures et services sanitaires et sociaux et les unions dédiées instituées pour la plupart par les mutuelles les plus importantes pour assurer la gestion de leurs propres SSAM.

Près de 170 unions et mutuelles du livre III, réalisant un chiffre d'affaires d'un montant équivalent à 3 milliards d'euros par an sont rassemblées au sein de la FNMF, selon le Rapport du Conseil national des SSAM (avril 2011). Les unions territoriales sont 71 à l'heure actuelle, provenant principalement du regroupement des SSAM des petites mutuelles interprofessionnelles, établies sur une base territoriale. Les unions territoriales rassemblent 60 % des structures et services sanitaires et sociaux mutualistes, soit 55 % du chiffre d'affaires total des SSAM.

1.2.4 En dépit d'effets positifs, le secteur des SSAM présente toutefois certaines insuffisances au regard du contexte actuel ...

Les SSAM tendent à exercer des effets bénéfiques pour la collectivité. Ils permettent de développer notamment des innovations susceptibles de traduire les valeurs de la mutualité, par exemple de "non-lucrativité"¹². Les mutuelles livre III mettent en avant leur volonté d'accomplir des actions innovantes en accord avec les orientations de la puissance publique telles que la prise en charge des soins de premier recours, des malades chroniques, constitution de pôles de référence pour certaines déficiences dans le champ du handicap, initiatives en matière de conseil et d'accompagnement des personnes prises en charge s'agissant de la prévention, etc. L'action de ses établissements mutualistes en faveur de la prévention constitue d'ailleurs une modalité de différenciation revendiquée comme telle par la MGEN: "*Nous, on souhaite au travers de nos centres développer une dimension prévention secondaire importante et l'éducation thérapeutique importante parce que cela nous semble pertinent au regard des besoins du système de santé*"¹³. Qui plus est, les SSAM ont pour objectif de limiter les restes à charge des assurés, ce qui conduit à des prix substantiellement inférieurs à ceux pratiqués dans le reste de l'offre privée, et à assurer dans de bonnes conditions l'avance de frais.

¹² IGAS, 2014

¹³ cf. Entretien n°11-MGEN

Cependant, les SSAM, notamment les établissements intervenant en court séjour, font face, pour un nombre significatif d'entre eux, à des difficultés financières récurrentes. Or leur statut mutualiste les empêche de recourir, à l'image de ce que font parfois d'autres établissements privés, à des logiques d'hyperspécialisation ou à une recherche substantielle de recettes supplémentaires par le biais d'une hausse des tarifs et le développement de prestations accessoires. En outre, du fait de leur volonté de fournir des prestations sans dépassements d'honoraires ou avec des dépassements très encadrés, les établissements mutualistes sont pénalisés dans la concurrence pour l'engagement et la fidélisation des praticiens médicaux.

Selon l'IGAS, dans son rapport sur les mutuelles livre III (2014), « *les plans de redressement financiers et les restructurations engagées ou nécessaires pour certains établissements sont extrêmement lourds* ». Ces redressements et restructurations exigent parfois d'accomplir des investissements que tous les groupes de mutuelles ne sont pas en capacité de mener, comme en témoigne la faiblesse du taux d'investissement moyen dans les établissements mutualistes par rapport aux établissements privés non mutualistes.

Au surplus, au sein des SSAM, la situation financière la plus préoccupante est celle des centres de santé mutualistes, qui tend à se dégrader, du fait notamment d'une activité insuffisante et d'un niveau de coûts fixes trop élevé¹⁴. L'IGAS, dans un rapport de 2013¹⁵, mettait en évidence la fragilité des centres de santé, alors que « *[leur] modèle économique est structurellement boiteux* ». Ces fragilités sont liées à l'imperfection de leur modèle économique et à des insuffisances quant à la gestion des centres de santé mutualistes.

Les établissements mutualistes sont affectés par d'autres problèmes : isolement géographique, déconnexion avec l'implantation assurantielle, taille critique des structures gestionnaires et manque de fonds propres¹⁶.

1.2.5 ... de sorte que les SSAM n'ont pas vocation à faire l'objet de développements plus profonds

De nombreuses raisons tendent à expliquer que les groupements mutualistes n'ont pas la volonté ni la possibilité de développer plus avant de nouvelles activités d'offre de soins, notamment hospitalière dans le champ du court séjour.

¹⁴ BIZARD Frédéric, *Complémentaires santé, Le scandale !* (2016), p. 64-66

¹⁵ IGAS, *Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain*, juillet 2013

¹⁶ BIZARD Frédéric, *Complémentaires santé, Le scandale !* (2016), p. 64-66

Les représentants des groupements mutualistes interrogés mettent en avant les contraintes économiques et financières auxquelles font face à l'heure actuelle les groupements mutualistes quant à leurs SSAM : « *Nos cliniques vont très bien mais économiquement on est en déséquilibre. Et la mutuelle dit qu'on ne peut pas éternellement trouver des systèmes d'aides pour combler. Car à un moment, c'est l'adhérent qui paye* »¹⁷. Ces contraintes pourraient expliquer la stabilisation à l'heure actuelle du paysage des SSAM en dissuadant les groupements mutualistes de mettre en place de nouvelles activités mutualistes, ce qui représenterait pour ces mutuelles un risque trop important¹⁸. Ces contraintes financières peuvent même selon les acteurs justifier la fermeture éventuelle de structures déficitaires telles que les pharmacies mutualistes¹⁹.

1.3 Les OCAM, confortés par les pouvoirs publics, mettent en place différents partenariats avec les professionnels de santé qui correspondent mieux à leur identité marchande

1.3.1 Les OCAM, « financeurs aveugles » de l'offre de soins, mythe ou réalité ?

Intervenant de façon croissante²⁰ en complément des remboursements d'une AMO qui se désengage progressivement de la couverture des dépenses de soins, les OCAM ont longtemps, et encore aujourd'hui de manière intermittente dans le débat public, insisté sur leur rôle de « payeurs » ou « financeurs aveugles », appelés à rembourser des soins « à l'aveugle » sans emprise aucune sur la dynamique initiale des dépenses puisque « *le caractère sommaire de l'information fournie rend impossible le fait de choisir dans les actes d'une catégorie ceux que l'assureur souhaite rembourser et les autres* »²¹.

En effet, les OCAM, en particulier les assurances, regrettent une asymétrie d'information par rapport à l'AMO en ne disposant d'informations que sur le taux de remboursement des actes ou des médicaments et jamais sur leur dénomination ou leur codage, rendant impossible selon elles toute modulation des garanties proposées dans les contrats en fonction des consommations constatées, toute

¹⁷ Cf. Annexe 3 - Entretien n°5, Harmonie mutuelles

¹⁸ Ibid : « Le risque est grand. Cela nécessite de mobiliser des capitaux dans un univers qui est quand même contraint ».

¹⁹ Cf. Annexe n°3, Entretien n°11, MGEN

²⁰ Cf. Introduction

²¹ Gaël Coron, Jean-Pascal Higélé, Laurence Poinart, « *Les acteurs de la régulation de l'indemnisation conventionnelle du chômage et de la couverture maladie complémentaire : une délibération partagée ?* », Rapport pour la Mire-DREES, GREE, janvier 2008

gestion du risque et finalement donc toute optimisation de leur offre (remboursement au prix des génériques, prise en charge sélective de certaines classes de médicaments, etc.).

En réponse à cette situation, en 2003, le rapport dit « Babusiaux »²² proposait d'expérimenter différents dispositifs d'accès aux données de santé des assurés sous le contrôle de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). Quelques expérimentations (Axa, Mutualité française, Groupama en matière d'optique etc.) ont depuis été mises en place au moyen de technologies d'anonymisation et de cryptage ou avec le consentement expresse de l'assuré via une carte à puce mais sans. Ces modalités n'ont toutefois jamais été généralisées faute de clé de cryptage partagée avec la Caisse nationale d'assurance maladie (requérant donc la production de deux flux informatiques par les professionnels de santé).

Par ailleurs, l'Institut des données de santé (IDS), créé par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie sous la forme d'un groupement d'intérêt public (GIP) réunissant l'État, l'AMO, l'AMC, les professionnels de santé et des associations de patients, offre un accès à des bases de données, notamment le système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM). Ce système reste toutefois encore limité, faute d'interopérabilité avec les systèmes d'information de la CNAM, même s'il devrait permettre à terme aux OCAM de comparer les profils de consommation de certains assurés ou adhérents avec les moyennes nationales.

Loin d'être devenus des « payeurs régulateurs », les OCAM ont donc développé les partenariats avec les offreurs de soins.

1.3.2 La mise en place de Conventions nationales et du conventionnement hospitalier mutualiste pour un financement « responsable »

Les rapports entre OCAM et offreurs de soins se matérialisent par des partenariats tels que le Conventionnement qui regroupe les Conventions tripartites, qui relèvent du Code de la Sécurité sociale, et le Conventionnement hospitalier mutualiste relevant du Code de la mutualité. Ces partenariats ont pour objet de rendre accessibles à tous les soins de santé par la négociation des tarifs, des dépassements d'honoraires et de la part restant à charge aux adhérents et assurés auprès des OCAM.

²² Christian BABUSIAUX, Louis BREAS, Laurence ESLOUS, Dominique THOUVENIN, « L'accès des assureurs complémentaires aux données de santé des feuilles de soins électroniques », Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 26 mai 2003, p81

1.3.2.1 Les Conventions tripartites

Les conventions tripartites sont « *des textes de forme contractuelle et de valeur réglementaire qui régissent les conditions d'exercice et de rémunérations des professions libérales de santé, qu'on appelle les conventions nationales* »²³. Il s'agit de négociations conventionnelles entre l'UNCAM, l'UNOCAM²⁴ et les offreurs de soins représentés par l'Union Nationale des Professionnels de Santé (UNPS). « *Les pouvoirs publics ont voulu la création de l'UNOCAM, lors de l'adoption de la loi de 2004, pour pouvoir commencer à créer un discours commun entre ces opérateurs privés et pour pouvoir gérer les interactions entre ces acteurs privés et les autres acteurs du système de santé* »²⁵. Ce discours commun était nécessaire dans la mesure où la gouvernance et les modèles économiques des organismes complémentaires d'assurance maladie sont divers, bien qu'il s'agisse pour tous « *d'assurer la prise en charge, à titre individuel ou collectif par l'intermédiaire d'une entreprise ou d'une association), pour une personne ou sa famille, de tout ou partie des frais de santé, en complément ou en supplément des prestations de l'assurance maladie obligatoire* »²⁶.

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, l'UNOCAM doit être invitée par l'UNCAM à toutes les négociations conventionnelles avec les professions de santé. L'UNOCAM peut refuser de signer les conventions nationales. Dans ce cas, l'UNCAM doit en informer le ministre des Affaires sociales et de la Santé qui décide le cas échéant d'approuver ou non l'accord, en dépit de l'absence de signature de l'UNOCAM. Lorsque la négociation conventionnelle concerne des professions pour lesquelles le financement de l'AMO est minoritaire, le ministre doit respecter un délai de six mois avant de pouvoir approuver un texte conventionnel avec lequel l'UNOCAM serait en désaccord : « *une sorte de veto suspensif de 6 mois* »²⁷.

En 2012 et 2013, l'UNOCAM a signé sept accords conventionnels tripartites. La signature de ces accords témoignait de l'engagement de l'UNOCAM en faveur d'un nouveau partenariat avec l'AMO: « *c'est une nouvelle donne, c'est un moment important, on devient partenaire conventionnel. A ce titre, on participe [...] aux commissions paritaires nationales qui rassemblent [...] l'assurance maladie, nous, et les syndicats signataires des conventions nationales* »²⁸. L'UNOCAM a participé en 2014 aux

²³ cf Annexe 3- Entretien n°2, UNOCAM

²⁴ La création de l'UNOCAM a été prévue par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, publiée au Journal Officiel du 17 août 2004.

²⁵ cf Annexe 3 – Entretien n°2, UNOCAM

²⁶ Rapport d'activité de l'UNOCAM, 2014

²⁷ cf Annexe 3 - Entretien n°2, UNOCAM

²⁸ *Ibid.*

travaux de la Commission paritaire nationale des chirurgiens-dentistes, des médecins libéraux et des pharmaciens titulaires d'officine.

Cependant ce partenariat n'a pas duré. Selon l'UNOCAM, l'article 4 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a dévoyé l'engagement financier qu'elle avait pris dans l'avenant n° 8 à la convention nationale des médecins libéraux, signé le 25 octobre 2012 et publié au Journal Officiel du 7 décembre 2012. Le co-paiement du forfait médecin traitant par l'assurance maladie complémentaire a été transformé, en effet, en une nouvelle sorte de taxe exceptionnelle versée à l'assurance maladie obligatoire par les OCAM. En conséquence, l'UNOCAM a choisi de suspendre, à l'automne 2013, sa participation aux négociations conventionnelles avec l'UNCAM et les syndicats représentatifs des professions libérales de santé. L'année 2014 a été marquée par ce retrait.²⁹

Dès lors, l'UNOCAM a engagé une réflexion sur sa stratégie conventionnelle avec les professionnels de santé. Des négociations bilatérales se sont développées, créant ainsi deux niveaux de négociations: « *le niveau conventionnel tripartite [...] et [...] les politiques de relations bilatérales qui se font dans le cadre de réseaux de soins* »³⁰ (cf. infra). Ces relations bilatérales permettent à l'assurance maladie complémentaire de développer des partenariats privés. En effet, l'AMC n'est pas soumise aux mêmes règles que l'AMO, elle peut choisir l'objet et les acteurs des négociations³¹.

L'UNOCAM a ainsi développé des relations bilatérales face à « *l'assurance maladie obligatoire qui est en perte de vitesse, ou quasi absente désormais [...] [et là où] des opérateurs privés peuvent avoir un vrai pouvoir de marché sur les syndicats et sur leur profession, sans nécessairement passer par eux [...]* »³². A ce titre l'UNOCAM a développé des relations bilatérales avec « *les chirurgiens-dentistes* », en signant « *trois accords en même temps à l'été 2013 : l'avenant qui était tripartite, à côté de ça un accord UNCAM-UNOCAM sur la transmission de cotes de groupement d'actes [...] et [...] une charte de bonne pratique entre les chirurgiens-dentistes et nous* »³³.

Compte tenu de règles différentes de l'AMO, elles confèrent une certaine liberté d'action à l'UNOCAM qui doit toutefois être dans le respect des règles du droit et de la concurrence. Dans cette perspective, le secrétaire général de l'UNOCAM affirme qu'il a été « *chargé de remettre à plat les politiques contractuelles conventionnelles de l'ensemble des groupements mutualistes avec l'ensemble des*

²⁹ Rapport d'activité de l'UNOCAM, 2014

³⁰ *Ibid.*

³¹ *Ibid.*

³² *Ibid.*

³³ *Ibid.*

établissements de santé publics et privés, et ça a donné naissance à ce qu'on a appelé le conventionnement hospitalier mutualiste »³⁴.

1.3.2.2 Le Conventionnement hospitalier mutualiste

Selon une enquête IFOP de 2014³⁵, les usagers ont une perception dégradée de l'hôpital public. Parmi les trois éléments ressentis comme les plus dégradés auprès des personnes interrogées, figure le coût restant à la charge de l'assuré après remboursement par l'AMO et la mutuelle. La chambre particulière en cas d'hospitalisation est bien souvent un supplément auquel les patients renoncent. En moyenne, le coût s'élève à 42 euros par jour en région parisienne, mais il peut parfois atteindre plus de 100 euros. Si l'on ajoute le forfait hospitalier de 18 euros en Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) et Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) (13,50 euros en psychiatrie), un patient qui n'a pas de couverture maladie complémentaire ou mutuelle, peut avoir à sa charge plusieurs centaines d'euros pour une hospitalisation de quelques jours. Parfois, les OCAM ne couvrent pas totalement les frais engagés pour une chambre particulière. C'est pourquoi le Conventionnement hospitalier mutualiste s'est développé dans la perspective de tarifs négociés et de minoration du « reste à charge » outre la mise en place du tiers payant avec les établissements de santé.

La plupart des mutuelles appartiennent à un réseau de soins conventionné qui regroupe les professionnels de santé libéraux, les services et établissements de santé. Ces réseaux permettent d'offrir des prestations à tarifs maîtrisés³⁶ et de limiter les frais d'hospitalisation. Le Conventionnement hospitalier mutualiste est un dispositif qui concerne les établissements de santé référencés par la Mutualité Française selon des critères objectifs de qualité, tarifaires et géographiques : « *avec les référentiels de la HAS* »³⁷. Un « *établissement qui fait beaucoup de dépassement d'honoraires ou qui est au-delà de notre moyenne régionale [...] ne peut pas rentrer dans le dispositif* »³⁸. La dispense d'avance de frais et la maîtrise des tarifs sont les deux atouts du Conventionnement hospitalier mutualiste. Concrètement il s'agit de la garantie du tiers payant et de la maîtrise du reste à charge grâce à des tarifs négociés en offrant aux adhérents des mutuelles la possibilité de choisir les établissements en leur apportant une information précise sur la qualité et le coût des soins proposés. Toutefois, en

³⁴ *Ibid.*

³⁵ Principaux enseignements de l'observatoire jalma / IFOP 2014 sur l'accès aux soins, 18 novembre 2014

³⁶ Loi n° 2014-57 du 27 janvier 2014 relative aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, établissements et services de santé).

³⁷ cf Annexe 3 – Entretien n°2, UNOCAM

³⁸ cf Annexe 3 -- Entretien n°4, URFNMF

pratique, le choix n'est pas toujours très éclairé comme en attestent les personnes interrogées. Ils ne formulent aucune information orale à leurs patients mais le font par voie d'affichage : « *pas de communication spécifique sur ce Conventionnement mais les tarifs sont affichés dans l'établissement et le livret d'accueil* »³⁹. La clinique mutualiste tient le même discours : « *c'est que c'est une mention qui est affichée à tous les points d'accueil* »⁴⁰.

Si la communication auprès des adhérents en cas d'hospitalisation reste un axe de progrès, le conventionnement hospitalier mutualiste permet de « *bien se soigner en dépensant moins* »⁴¹: « *la mutuelle ce qu'elle veut c'est un juste prix et que ça profite à tout le monde, [...] pour un accès aux soins pour tous* »⁴².

Ce dispositif présente donc divers avantages pour les adhérents mais également pour les établissements de santé et pour les Mutuelles.

Les avantages pour les établissements de santé sont notamment un interlocuteur unique pour une seule convention avec plus d'une centaine de mutuelles couvrant près de 80% des adhérents mutualistes. Ce sont donc des démarches conventionnelles allégées, et une sécurisation financière car la plupart des mutuelles adhérentes au conventionnement prend en charge intégralement le supplément pour chambre particulière en cas d'hospitalisation avec hébergement ou laisse un reste à charge minoré au patient: « *les mutuelles de fonctionnaires couvrent 45 euros [...] on essaye de ne pas dépasser 45 euros pour qu'il n'y ait pas de reste à charge. Mais il y a des mutuelles qui vont prendre intégralement à leur charge s'il y a une convention. C'est la garantie* », qui permet de valoriser l'établissement auprès du public.

Les avantages pour les mutuelles résident dans la maîtrise de la ligne budgétaire « hospitalisation » (les mutuelles, régies par le code de la Mutualité ne pratiquent pas la sélection des risques et interviennent comme premier financeur des dépenses de santé après la Sécurité sociale), bien que « *les complémentaires [...] dépensent plus d'argent mais elles en dépensent moins que s'il [n']y avait pas de convention* »⁴³. Aussi le conventionnement hospitalier mutualiste permet-il la simplification de la gestion administrative et une meilleure qualité de service proposée à l'adhérent puisque les établissements retenus sont certifiés par la Haute Autorité de Santé (HAS) et montrent des résultats

³⁹ cf Annexe 3 – Entretien n°1, CH Marches de Bretagne

⁴⁰ cf Annexe 3 - Entretien n°6, Clinique mutualiste de Bretagne

⁴¹ Site internet de la FNMF

⁴² cf Annexe 3 – Entretien n°4, URFNMF

⁴³ *Ibid.*

probants en matière de lutte contre les infections nosocomiales. Quant au coût, les établissements doivent pratiquer des tarifs cohérents avec les prestations offertes, notamment concernant la chambre particulière : « [il] y a des critères de confort, on tient compte du foncier aussi et puis de l'environnement... si [il] y a une douche ou pas, si la salle de douche est accessible ou pas quand on est en fauteuil ou en déambulateur [...] et on regarde si c'est cohérent par rapport aux autres établissements de la même catégorie »⁴⁴.

En outre, le dispositif de conventionnement vise à encadrer les dépassements d'honoraires, tout en tenant compte de la réalité de l'offre au niveau régional. Selon une étude de l'Assurance Maladie⁴⁵, le niveau des dépassements d'honoraires a fortement augmenté entre 1985 et 2011, passant de 23% à 56% pour les praticiens spécialistes et de 35% à 43% pour les généralistes, soit un montant de 2,4 milliards d'euros pour la seule année 2011. Les dépenses liées à l'hospitalisation (séjours, honoraires, forfaits...) représentent aujourd'hui 17,3% des dépenses totales des mutuelles, devant les honoraires des médecins de ville et les honoraires dentaires. C'est dans ce contexte que la Mutualité Française a décidé de mettre en place une sorte de « bouclier » face à cette augmentation des frais de santé, soit le conventionnement hospitalier mutualiste: « là où il n'y a pas de convention les tarifs publics ont énormément augmenté »⁴⁶. Ce dispositif concernait uniquement les activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO) avec et sans nuitées en 2011. Il s'est étendu aux soins aigus en 2014 et aux soins de suite et de réadaptation en 2015.

Aussi, un marché important de conventionnement évolue vers le soins à domicile. La Mutualité Française, Générations Mutualistes et l'Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles (UNA), ont signé une convention-cadre pour mener des actions communes dans le domaine de la perte d'autonomie pour répondre au parcours de vie. La signature de cette convention-cadre répond à une démarche de droit universel et solidaire ainsi qu'à une démarche globale d'aide à la personne et de son entourage dans laquelle les dimensions de prévention et d'accompagnement apparaissent comme fondamentales. A cet égard, la Mutualité française considère que son « activité principale et la plus visible, c'est la prévention et promotion de la santé »⁴⁷.

En conclusion, la Mutualité Française exprime clairement que le conventionnement hospitalier mutualiste est un levier de lutte contre le renoncement aux soins : « le tiers payant, l'absence de

⁴⁴ *Ibid.*

⁴⁵ Entretien Marisol Touraine, France Info, le 12 octobre 2012

⁴⁶ *Ibid.*

⁴⁷ *Ibid.*

dépassement d'honoraires et de reste à charge, sont un levier d'accessibilité aux soins [...], les professionnels de santé [...] nous appellent pour signer une Convention car la patientèle qu'ils avaient ne vient plus »⁴⁸.

Afin de conforter ces outils de régulation, des réseaux de soins conventionnés sont mis en place.

1.3.3 Les réseaux de soins conventionnés : un outil partenarial au service des OCAM qui ont connu des évolutions législatives visant à les renforcer

1.3.3.1 Les réseaux de soins sont des intermédiaires entre OCAM et professionnels permettant de réguler l'offre de soins

Les réseaux de soins constituent un type particulier de partenariat entre OCAM et offreurs de soins car ils font intervenir un intermédiaire dans la relation entre ces deux acteurs. Il en existe deux types : ouverts (les plus fréquents, qui intègrent tous les professionnels s'engageant à respecter le cahier des charges du réseau) et fermés (qui limitent leurs accès à un certain nombre de professionnels par secteur géographique).

Ces réseaux sont caractérisés par une convention de partenariat entre le gestionnaire du réseau et le professionnel de santé. Celle-ci comprend des engagements réciproques concernant le contrôle de la qualité du service, la mise en place du tiers payant, la modération tarifaire et l'orientation des assurés vers les professionnels du réseau : *« un réseau de soins, c'est une négociation [...] entre un financeur et un offreur de soins, l'offreur de soins accepte de baisser le tarif unitaire d'une prestation en contrepartie de quoi, le financeur est censé lui adresser un nombre de patients supplémentaires »⁴⁹.*

Les réseaux de soins sont aujourd'hui en plein développement, notamment dans les secteurs où leur part de financement était importante (donc celle de l'AM obligatoire faible) : l'optique, le dentaire et l'audioprothèse⁵⁰.

Ces réseaux reposent sur des logiques de mutualisation entre plusieurs OCAM. Les réseaux sont aujourd'hui généralement gérés par des sociétés tierces auxquelles sont affiliés plusieurs OCAM. Ce sont ces gestionnaires de réseaux qui négocient et contractualisent avec les professionnels de santé. En d'autres termes, les OCAM sont clients et actionnaires de ces réseaux, l'assuré n'étant pas un client direct, mais celui des OCAM, membres du réseau.

⁴⁸ *Ibid.*

⁴⁹ *cf* Annexe 3 – Entretien n°2, UNOCAM

⁵⁰ *Ibid.*

Ainsi ces réseaux visent à placer les OCAM en « acheteur de soins », afin d'obtenir les tarifs les plus faibles pour limiter leur remboursement et le reste à charge des assurés. Les réseaux de soins seraient un moyen de gestion du risque par les OCAM, en leur permettant de contrôler la pertinence des prestations et limiter les tarifs afférents⁵¹.

Les réseaux permettent un remboursement différencié en fonction de l'appartenance ou non du professionnel au réseau choisi par l'assuré. Cela a pour but d'inciter les assurés à se rendre chez les professionnels membres du réseau qui pratiquent des tarifs plus faibles, ce qui est, donc, profitable à l'OCAM. En effet, « *ce que le professionnel de santé perd dans ses tarifs unitaires, il est censé les récupérer et bien au-delà, en volume,[...] Certains organismes,[...] prévoient de mieux rembourser les patients qui se rendent vers les professionnels de santé avec lesquels par ailleurs des tarifs moindres ont été négociés, ce qu'on appelle la « bonification des garanties »*⁵². Ce principe a été affirmé par la loi dite « Le Roux ».

1.3.3.2 Les pouvoirs publics sont intervenus pour légaliser et renforcer les réseaux de soins

Les pouvoirs publics ont marqué leur intérêt pour le développement des réseaux de soins. Ainsi l'évolution législative est marquée par une reconnaissance et une affirmation de leur existence. Le législateur est ainsi intervenu afin de consacrer le conventionnement dans le cadre de réseaux et la possibilité, pour les mutuelles, de différenciation des remboursements dans la loi.

En 2012, la MGEN a fait face à de nombreux recours, de la part des professionnels, des syndicats et d'adhérents, cette opposition fut notamment menée par Alain Afflelou qui parlait d'un « *détournement d'activité* », et s'est opposé à la différenciation du remboursement en fonction de l'appartenance du professionnel ou non au réseau.⁵³ « *à un moment donné, les chirurgiens-dentistes ont fait un recours contre la MGEN concernant sa bonification de garanties parce que dans [le] code de la mutualité, il n'était pas prévu que deux adhérents puissent avoir des niveaux de remboursement différents et c'est vrai.* »⁵⁴.

⁵¹ BIZARD Frédéric, *Complémentaires santé Le scandale*, op. cit.

⁵² cf Annexe 3 – Entretien n°2, UNOCAM

⁵³ C. GATTUSO « Attaqué par Afflelou, la MGEN riposte et défend ses réseaux de soins », *Le quotidien du Médecin* n°21 novembre 2012

⁵⁴ cf Annexe 3 – Entretien n°3. UNOCAM

La Cour de Cassation ayant statué le 18 mars 2010⁵⁵ contre la différenciation des remboursements en estimant que cette pratique était contraire à l'article L.112-1 du Code de la mutualité⁵⁶, la Mutualité Française s'est fortement mobilisée au niveau politique pour faire modifier la loi.⁵⁷ *« Et donc la Mutualité Française s'est mobilisée pour faire modifier [le] Code de la Mutualité [...] la proposition de loi dite « Le Roux » donc s'est traduite par une loi qui permettait de répondre à cette demande des mutualistes, il n'y avait aucune raison que seules les assurances ou les institutions de prévoyance puissent juridiquement bonifier leurs garanties mais, en contrepartie de quoi, il était décidé de davantage réglementer l'activité des réseaux de soins pour les différents opérateurs »*⁵⁸.

Ainsi les réseaux de santé ont été consacrés par la loi⁵⁹ dite « Le Roux »⁶⁰. Elle a pour objet *« de permettre aux mutuelles de jouer pleinement leur rôle de régulateur du secteur en leur donnant la possibilité d'être des acteurs de la négociation entre l'offre et la demande de soins »*⁶¹. L'article unique de la proposition de loi, qui complète le code de la mutualité, vise à autoriser les mutuelles à pratiquer des modulations des prestations servies à leurs adhérents si ces derniers recourent à un professionnel, un service ou un établissement de santé membre d'un de leurs réseaux de soins.⁶²

Cette évolution législative au cœur du débat est critiquée et contestée : certains, à l'instar de Frédéric Bizard⁶³, désapprouvent cette loi et dénoncent des conflits d'intérêts. Une proposition de loi a d'ailleurs été déposée par le député Daniel Fasquelle⁶⁴ avec le concours de Frédéric Bizard visant à l'interdiction de soins avec remboursement différencié. *« C'est un débat qui reste récurrent »*⁶⁵.

⁵⁵ Arrêt n° 631 du 18 mars 2010 (09-10.241) - Cour de cassation - Deuxième chambre civile

⁵⁶ *« Les mutuelles et les unions visées au présent article ne peuvent instaurer de différences dans le niveau des prestations qu'en fonction des cotisations payées ou de la situation de famille des intéressés. »*

⁵⁷ « La MGEN et Harmonie Mutuelle exhortent le gouvernement à respecter les engagements pris au Congrès de la Mutualité » Cité par A. ABADIE « Réseaux de soins : les mutuelles veulent pratiquer des remboursements différenciés », *Les Echos* du 29 novembre 2012, http://www.lesechos.fr/19/11/2012/lesechos.fr/0202395639908_reseaux-de-soins---les-mutuelles-veulent-pratiquer-des-remboursements-differencies.htm

⁵⁸ cf Annexe 3 – Entretien n°2, UNOCAM

⁵⁹ Loi n° 2014-57 du 27 janvier 2014 relative aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, établissements et services de santé

⁶⁰ Ancien dirigeant de la MNEF

⁶¹ Objet de la proposition de loi cf. <http://www.senat.fr/dossier-legislatif/pp112-172.html>

⁶² Article L863-8 du Code la mutualité française

⁶³ Economiste et enseignant à Sciences Po Paris

⁶⁴ Député Les Républicains de la 4ème circonscription du Pas-de-Calais

⁶⁵ cf Annexe 3 – Entretien n°2, UNOCAM

1.3.4 Les contrats responsables : un levier partiellement efficace

Dans un contexte d'augmentation des dépenses d'assurance maladie et dans l'objectif d'un plus grand accès aux soins et de limitation du reste à charge des personnes utilisatrices du système de santé, le législateur a introduit diverses dispositions depuis 2005 qui ont vocation à se compléter et se renforcer. Ainsi, la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie⁶⁶ introduit les contrats dits « responsables » qui ouvrent droit à des avantages fiscaux pour les OCAM. Ces contrats sont proposés par ces organismes à leurs clients. Ils doivent respecter le parcours de soins coordonné, l'application d'actions de prévention, et des prises en charge limitées de frais de médicaments. Ceux-ci ont une portée restreinte sur les dépenses de santé et l'accès aux soins puisqu'ils ne concernent pas les professionnels de santé et ne peuvent impacter les dépenses de santé qu'au travers de la non prise en charge d'une faible partie de la dépense de consultation pour non-respect du parcours de soins. Quant aux avantages fiscaux pour les OCAM, les contrats « responsables » sont soumis à une taxe (Taxe Sur les Conventions d'Assurance) moindre que pour des contrats non « responsables » (7% contre 14%).

Pour les assurés individuels, ceci peut limiter le montant de leurs cotisations mais n'a aucun impact sur le reste à charge (donc l'accès aux soins) ni sur les dépenses de santé *stricto sensu*.

Pour les assurés dans le cadre de contrats collectifs, la part de leurs cotisations est déductible de leur impôt sur le revenu.

Applicable à partir du 1^{er} avril 2015, les dispositions du décret du 18 novembre 2014⁶⁷ viennent renforcer la dynamique du contrat responsable (95% des contrats avant ce décret). Un panier de prise en charge minimum est instauré (intégralité du ticket modérateur et forfait journalier) ainsi que des planchers et des plafonnements de remboursements pour l'optique. Pour le secteur de l'optique, la fréquence de consommation remboursable par les OCAM est fixée, par exemple, à 2 verres et une monture tous les 2 ans.

S'agissant des dépassements d'honoraires des médecins, les remboursements sont plafonnés (à 100% en 2017) si le médecin n'adhère pas à un contrat d'accès aux soins (CAS). Dans le cas où le médecin adhère au CAS, la loi ne prévoit pas de plafonnement dans les remboursements. Cependant, il est fort

⁶⁶ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

⁶⁷ Décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales

probable que les complémentaires en prévoient un de leur côté⁶⁸. Les OCAM bénéficient toujours d'une fiscalité avantageuse (TSCA de 7%) pour ces contrats.

Au total, par le biais des OCAM, les pouvoirs publics tentent de réguler les dépassements d'honoraires, la qualité de la prise en charge et l'accès aux soins. Il s'agit ici d'utiliser plus largement les leviers à la disposition des OCAM au profit d'une politique de régulation. Si ce levier a une efficacité, elle est toute relative⁶⁹. Les limites sont nombreuses empêchant ce levier de remplir totalement ses objectifs : notamment les médecins ne sont pas obligés d'adhérer au CAS, le dentaire hors soins ni l'audioprothèse ne sont concernés.

L'avenant n°8 à la convention médicale est entré en vigueur le 31 décembre 2013. Cet avenant a pour objectif principal d'améliorer l'accès aux soins et de limiter les dépassements d'honoraires par la mise en place d'un CAS pour les médecins. Ce contrat doit permettre aux médecins, dont les honoraires sont libres, de stabiliser eux-mêmes leurs dépassements d'honoraires. Le contrat a pour objectif d'améliorer le niveau de remboursement des patients quand ils consultent un médecin adhérent au contrat. En effet, en contrepartie d'un engagement à modérer leurs tarifs, les médecins signataires bénéficient d'une exonération partielle de leurs cotisations sociales et, pour certains spécialistes, d'une revalorisation de tarifs de remboursement de l'assurance maladie.

Fin 2014, 32% des praticiens libéraux secteur 2 ont signé un CAS représentant 70% de l'ensemble des CAS signés. Les premiers résultats semblent bénéfiques pour le patient et pour les dépenses d'assurance maladie puisque le taux de dépassement d'honoraires passe de 55,4% en 2012 à 54,1% en 2014.

⁶⁸ Cf. Annexe 3 – Entretien n°8, FNMF

⁶⁹ Cf. Annexe 3 – Entretien n°8, FNMF

2 Toutefois l'action des OCAM en matière de régulation de l'offre de soins demeure limitée

2.1 Les OCAM ne sont pas devenus de véritables régulateurs de l'offre de soins, notamment en matière de dépassements d'honoraires

2.1.1 Les OCAM prennent en charge partiellement ou intégralement les dépassements d'honoraires des offreurs de soins

Le dépassement d'honoraires représente la différence entre le tarif pratiqué par un professionnel de la santé (le plus souvent un spécialiste) et la base de remboursement de la sécurité sociale (BRSS) (23 € par ex. en matière de consultation médicale). Les médecins exerçant en secteur 2⁷⁰ doivent toutefois pratiquer des dépassements d'honoraires avec « tact et mesure », « justifiés et mesurés » selon le Code de Déontologie. Toutefois, en matière d'actes chirurgicaux, les tarifs de la Sécurité sociale n'ont été que très faiblement réévalués depuis trente ans si bien qu'aujourd'hui, en Île-de-France par exemple, la part libre des honoraires (PLH) des chirurgiens représente jusqu'à 50 % de leurs honoraires⁷¹.

Dans tous les cas, ces dépassements restent à la charge de l'assuré et/ou de sa complémentaire santé. En effet, dans le cas d'espèce, en matière de soins de ville, la Sécurité sociale prend en charge 70% du tarif de base (23 €) déduction faite de 1 € au titre de la participation forfaitaire.

Suivant la garantie souscrite, la complémentaire santé rembourse x % de base de remboursement de la sécurité sociale. A titre d'illustration, à 100 %, la complémentaire rembourse la différence (dite « ticket modérateur ») entre la base de remboursement de la sécurité sociale et la prise en charge par la Sécurité sociale, à 200 %, la complémentaire rembourse la différence entre le double de la base de remboursement de la sécurité sociale et la prise en charge par la Sécurité sociale, soit une partie des dépassements d'honoraires éventuels, le reste restant à la charge de l'assuré, etc.

2.1.2 A rebours, les remboursements opérés par les OCAM peuvent induire des dépassements d'honoraires

L'action des complémentaires santé a participé à la banalisation des dépassements d'honoraires de plusieurs points de vue.

⁷⁰ Par différence avec les médecins du secteur 1 qui pratiquent les tarifs « opposables » de la Sécurité sociale et les médecins non conventionnés qui n'adhèrent pas à une convention de la Sécurité sociale et fixent eux-mêmes leurs honoraires.

⁷¹!, Frédéric Bizard, *Complémentaires santé. Le scandale*, op.cit

Du point de vue du consommateur, comme le souligne un rapport de l'IGAS de 2007⁷², les remboursements opérés par les OCAM peuvent induire et entretenir certains dépassements d'honoraires chez les professionnels. Dans le domaine des assurances complémentaires par exemple, le patient peut être incité à consommer davantage de biens médicaux malgré des dépassements d'honoraires afin d'amortir sa prime d'assurance qu'il considère le plus souvent comme un « forfait » ou un droit de tirage. Ces soins sont ainsi perçus par l'assuré comme gratuits et l'effet est alors inflationniste sur les dépenses des assurances complémentaires.

Par ailleurs, dans un contexte de concurrence accrue sur le marché de l'assurance maladie complémentaire, les différents acteurs ont trouvé dans la prise en charge des dépassements d'honoraires un moyen de se différencier. Même la mutualité, historiquement attachée au principe de solidarité et donc longtemps réticente à la couverture des dépassements d'honoraires, s'est alignée sur ses concurrents assureurs et de la prévoyance.

Ces hypothèses théoriques ont été confirmées par plusieurs travaux de recherche récents. S'agissant des contrats collectifs d'entreprise⁷³ (35 % des couvertures complémentaires en 2014⁷⁴), par exemple, qui bénéficient de subventions (par ex. exonération de cotisations sociales) par rapport aux contrats individuels (54 % des couvertures complémentaires en 2014⁷⁵), certains travaux⁷⁶ démontrent que leur montée en gamme entre 2006 et 2010 s'est traduite par une extension de la prise en charge des dépassements d'honoraires concomitamment à la progression de ces derniers. Ainsi, comme le souligne le Conseil d'analyse économique⁷⁷, « *la générosité de la couverture peut encourager les dépassements d'honoraires et les hausses des tarifs des dispositifs médicaux (lunettes, prothèses dentaires, etc.). La couverture des dépassements, en solvabilisant la demande, soutient les tarifs des*

⁷² *Les dépassements d'honoraires médicaux*, rapport n°RM2007-054P (Avril 2007), présenté par Pierre ABALLEA, Fabienne BARTOLI, Laurence ESLOUS, Isabelle YENI, membres de l'IGAS.

⁷³ Alexis Montaut, « Assurances complémentaire santé : les contrats collectifs gagnent du terrain », *Etudes & Résultats*, n°0952, février 2016, DREES.

⁷⁴ Source : Sous la direction de Muriel Barlet, Magali Befly et Denis Raynaud « La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties – édition 2016 », *Collection Panoramas de la Drees - Santé*, avril 2016

⁷⁵ *Idem*

⁷⁶ Garnero M. Et Le Palud V., « *Médecins exerçant en secteur 2 : une progression continue des dépassements d'honoraires, la nécessité d'une réforme structurelle du système* », Point d'information- Assurance maladie, mai 2011

⁷⁷ Brigitte Dormont, Pierre-Yves Geoffrard, Jean Tirole, « Refonder l'assurance-maladie », *Les notes du conseil d'analyse économique*, n°12, avril 2014

professionnels. ». Une analyse économétrique⁷⁸ (dont les résultats figurent dans le tableau en annexe 4) sur la base d'un échantillon⁷⁹ de 40000 adhérents de la MGEN observés entre 2010 et 2012, établit clairement que les adhérents de la MGEN qui l'ont quittée pour une meilleure couverture auprès d'une autre complémentaire santé augmentent leur « consommation » de dépassements d'honoraires chez des spécialistes de 32 % en moyenne⁸⁰, validant ainsi les hypothèses scientifiques mentionnées ci-dessus. Dans le détail, suivant les zones géographiques et en distinguant entre médecins de secteur 1 et de secteur 2⁸¹, les résultats sont toutefois contrastés : en forte présence de médecins de secteur 1, le choc de couverture n'a aucun effet ; en faible présence de médecins de secteur 1, une meilleure couverture induit une plus grande consommation de médecins de secteur 2 (+9%⁸²) et une consommation plus élevée de spécialistes et donc finalement de dépassements (+47 %⁸³), portant ainsi un coup d'arrêt à tout rationnement d'accès à des spécialistes pour motifs de dépassements.

2.1.3 Ces analyses économiques des dépassements d'honoraires doivent cependant être relativisées compte tenu des limites posées à la capacité de régulation des OCAM

En effet, au final, les OCAM ne remboursent qu'un tiers du total des dépassements d'honoraires⁸⁴, ce qui tend à réduire la portée des éventuels « effets d'entraînement économiques », mentionnés précédemment, des remboursements opérés par les complémentaires santé sur la dynamique des dépassements d'honoraires.

⁷⁸ Brigitte Dormont, Mathilde Péron, « *Does Health insurance encourage the rise in medical prices ? A test on balance billing in France* » ; voir aussi Annexe 4

⁷⁹ Réalisée suivant la méthode « *diff. de diff.* » : comparaison entre la variation de consommation de dépassements d'honoraires chez un échantillon dit de « de contrôle » (les adhérents de la MGEN) et la variation de consommation de dépassement dans un échantillon dit « traité » de professeurs anciennement adhérents de la MGEN et qui l'ont quitté pour une meilleure couverture

⁸⁰ Soit le coefficient de corrélation significatif $\log(\text{BB}/\text{Q}) - \text{Whole sample} / 2\text{SLS}$ dans le tableau en annexe 4

⁸¹ Cf Annexe 4

⁸² Soit $\log(\text{Q2}/\text{Q}) - \text{Whole sample}/2\text{SLS}$ dans le tableau en annexe 4

⁸³ Soit $\log(\text{BB}/\text{Q}) - \text{Low and medium SPR1}/2\text{SLS}$ dans le tableau en annexe 4

⁸⁴ Source : UNOCAM

Par ailleurs, la loi du 27 janvier 2014⁸⁵ dite « Le Roux » a interdit⁸⁶ aux complémentaires santé de négocier avec les médecins sur leurs tarifs, en d'autres termes, et donc toute « contractualisation » que Brigitte DORMONT, titulaire de la Chaire Santé de l'Université Paris-Dauphine⁸⁷, appelle de ses vœux pour enrayer la dynamique des dépassements d'honoraires. Dans ces conditions, il ne peut être fait grief, selon l'UNOCAM, aux complémentaires santé de ne pas pouvoir gérer le risque de dépassements d'honoraires.

Enfin, la prise en charge des dépassements d'honoraires par les OCAM est un enjeu de différenciation concurrentielle entre elles.

2.1.4 Des mesures récentes, notamment réglementaires, ont visé à encadrer les remboursements opérés par les complémentaires afin de limiter les dépassements d'honoraires

La récente réglementation des remboursements effectués par les complémentaires santé, à travers les contrats dits « responsables », vise à limiter les dépassements d'honoraires des médecins et garantir aux assurés un meilleur remboursement des dépenses de santé, en particulier en optique.

Négocié dans un cadre conventionnel entre l'UNCAM, l'UNOCAM et les syndicats signataires (CSMF, SML, MG France, FMF) de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011, et repris par arrêté en date du 29 novembre 2012, l'avenant n°8 prévoit ainsi de sanctionner les dépassements d'honoraires qui excéderaient 150 % du tarif opposable de la Sécurité sociale, sauf dérogations pour certaines zones géographiques limitées.

Dans le prolongement, le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales impose un plafonnement du remboursement des actes et consultations des médecins pratiquant les dépassements d'honoraires, en distinguant si ces derniers participent ou non dispositif du Contrat d'accès aux soins (CAS). Les contrats de complémentaire santé devront donc respecter un nouveau « cahier des charges » pour conserver le « label » contrat responsable et solidaire créé par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Ainsi, dans le cas des médecins non-adhérents au CAS, les remboursements des

⁸⁵ La loi n° 2014-57 du 27 janvier 2014 relative aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, établissements et services de santé

⁸⁶ Article 2 : « Pour les professionnels de santé autres que ceux appartenant à des professions mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 162-14-3 du présent code, ces conventions ne peuvent comporter de stipulations tarifaires relatives aux actes et prestations mentionnées aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 du même code. »

⁸⁷ Cf. Annexe 3 - Entretien n°9

dépassements d'honoraires sont plafonnés à 125% de la BRSS pour 2016 et 100% de la BRSS à partir du 1er janvier 2017. A l'inverse, aucun plafonnement ne s'applique au remboursement des consultations et actes réalisés par les médecins adhérents au CAS.

2.2 Les effets économiques de leurs activités restent enfin sujets à caution en termes d'offre de soins et d'accès aux soins

2.2.1 Le bilan des réseaux de soins apparaît inflationniste et contrasté sur l'accès aux soins

Les outils que sont le conventionnement et les réseaux de soins sont présentés comme des instruments utiles pour améliorer l'efficacité de système de santé : « *Si ça pousse les assureurs, si on est sûr que les réseaux de soins sont efficaces [...] c'est une bonne chose, il faut pousser les gens à adhérer à ce genre de dispositif [...] mais il faudrait quand même mettre en place un dispositif d'évaluation de cette mesure.* »⁸⁸.

Ainsi dès 2009, un avis de l'Autorité de la Concurrence reconnaît les avantages des réseaux et plaide en leur faveur : « *tant la constitution de réseaux de soins, que celle de bases de données sur les prix des médicaments, doivent a priori être favorablement accueillies au regard de la politique de concurrence et des intérêts des consommateurs* »⁸⁹. En effet, « *on peut trouver un tas de communication de la Cour des comptes, de l'Autorité de la concurrence concernant les réseaux de soins, expliquant que ça avait un fonctionnement pro-concurrentiel et, en effet utile sur les prix et l'amélioration de la qualité* »⁹⁰.

Il n'en demeure pas moins que ces outils sont contestés dans leur efficacité et peuvent engendrer des effets pervers, notamment sur l'accès aux soins au travers de la sélection des patients : « *pour le conventionnement sélectif, le risque [...] c'est que ce soit utilisé comme un outil, non pas pour sélectionner les médecins les plus efficaces, [...] mais ça peut surtout être utilisé de manière différente pour sélectionner les patients. Typiquement un réseau de soins ne recrute, ne propose, dans son réseau aucun oncologue, à ce moment-là évidemment si vous êtes à risque de cancer vous allez peut-être réfléchir à deux fois avant de rentrer dans un tel réseau. [...] Donc au final ça ne va pas être une*

⁸⁸ Cf. Annexe 3 - Entretien n°7, économiste de la santé PSE

⁸⁹ Avis n 09-A-46 du 9 septembre 2009 relatif aux effets sur la concurrence du développement de réseaux de soins agréés

⁹⁰ Cf. Annexe 3 - Entretien n°2 UNOCAM

manière d'améliorer l'efficacité mais c'est une manière simplement de sélectionner patients et donc ça ne change rien en termes d'efficacité des soins pour les patients. »⁹¹.

De même qu'ils engendreraient non pas une régulation à la baisse mais à la hausse des dépenses : « *les effets sur prix – volume et sur l'organisation du marché, ils sont sans surprise, contrairement à ce qu'on pourrait penser, les réseaux augmentent les dépenses de soins, on le voit en optique en France et notamment aux Etats-Unis*⁹² »⁹³.

Aussi pour Frédéric Bizard, ces outils, notamment les réseaux de soins, porteraient atteinte à la qualité des soins « *les réseaux sont complètement juges et parties dans l'élaboration de la qualité des soins, recherchant un prix toujours plus faible* » sans prendre en compte, ou rechercher la qualité. Cela entraîne selon lui une médecine à deux vitesses : « *la médecine low-cost des réseaux pour les plus défavorisés et la classe moyenne et la médecine hors réseaux avec un accès aux meilleurs soins pour la population plus aisée* »⁹⁴. Ces outils pourraient compromettre la liberté de choix du citoyen. Ils se focalisent sur le soin au détriment du maintien en bonne santé de la population et remettent en cause la liberté professionnelle et les fondements de solidarité des mutuelles⁹⁵.

En outre, l'effet des réseaux peut également être nuancé par la faible notoriété des réseaux en France : selon une enquête d'EUROSTAF⁹⁶, seulement un assuré sur cinq de Santéclair fait appel au réseau chaque année. Concernant Kalivia, ce chiffre ne dépasse pas 35% en optique. En outre en 2013, 60% des français n'ont jamais entendu parler des réseaux⁹⁷. Pour Frédéric Bizard, cela traduit un faible engouement des assurés pour ces réseaux et n'aurait pas d'impact lors de la souscription auprès d'un OCAM. En outre, cela vient relativiser le pouvoir de négociation des OCAM et des gestionnaires de réseaux de soins, qui s'appuient pourtant sur le nombre d'assurés affiliés au réseau pour influencer la négociation avec les professionnels de santé.

Pour certains, la mise en place de ces outils est surtout un « effet d'annonce », ils n'ont pas produit les effets escomptés en matière de régulation et d'amélioration de l'efficacité du système : « *on a pensé*

⁹¹ Cf. Annexe 3 - Entretien n°7, économiste de la santé PSE

⁹² Aux Etats-Unis, les *Health Maintenance Organizations* (HMO) sont des systèmes intégrés de maintien en bonne santé, de production de soins et d'assurance maladie.

⁹³ Cf. Annexe 3 - Entretien n°3, économiste IEP Paris

⁹⁴ F. Bizard Complémentaire santé, le scandale !, *op.cit.*

⁹⁵ *Ibid.*

⁹⁶ EUROSTAF *Le marché français de l'assurance santé complémentaire en 2011*, 2011

⁹⁷ Baromètre santé Humanis de 2013

que ça s'ouvrait un petit peu, mais finalement il y a beaucoup d'annonces [...] mais finalement il y a eu moins de trucs qui ont été lancés. ».⁹⁸ Ainsi, malgré leur développement, les réseaux semblent avoir peu d'impact sur le renoncement aux soins.⁹⁹ On constate d'ailleurs que : « vous avez un renoncement aux soins de fait [...] là où sont les réseaux depuis vingt ans, c'est là où il y a le plus de renoncement aux soins : dentaire – optique »¹⁰⁰.

2.2.2 Les établissements de santé mutualistes peuvent favoriser l'accès aux soins

Lorsqu'ils sont localisés dans des zones où sont pratiqués des tarifs élevés et des dépassements d'honoraires, les services de soins et d'accompagnement mutualistes tendent à avoir un effet favorable sur l'accès aux soins. De fait, ils peuvent influencer significativement l'accessibilité financière des prestations fournies, pour lesquelles les « restes à charge » pour les patients peuvent être élevés, telles que les soins dentaires, l'optique, les audioprothèses, les maisons de retraite médicalisées¹⁰¹. Ils offrent de plus la garantie du tiers payant et l'absence ou la limitation des dépassements d'honoraires. A cet égard, le responsable MGEN interrogé met en avant la capacité des établissements mutualistes à réguler le coût de l'offre de soins et, par là-même, à favoriser l'accessibilité financière des soins à travers la limitation des dépassements d'honoraires: "*S'il n'y avait aucune structure mutualiste aujourd'hui, la part des dépassements d'honoraires serait plus importante qu'elle ne l'est déjà*"¹⁰². Les SSAM permettent également l'accès aux soins eu égard à la présence d'un éventail très large de spécialistes, que ce soit au sein des établissements hospitaliers mutualistes ou des centres de santé mutualistes.

2.2.3 La généralisation de la complémentaire santé obligatoire au regard de l'accès aux soins : une mesure aux effets modestes et à risque inflationniste

A compter du 1er janvier 2016, en application de la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, qui reprend les termes de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013, toutes les entreprises ont l'obligation de mettre en place une couverture complémentaire santé minimale pour leurs salariés dans le but de renforcer l'accès aux soins. Les effets pourraient en revanche être modestes sur la population générale et des populations cibles telles les retraités et les

⁹⁸ Cf. Annexe 3 - Entretien n°7, économiste de la santé PSE

⁹⁹ N. Célant, S. Guillaume, T. Rocherau, *Enquête sur la santé et la protection sociale 2012*, in F.Bizard

¹⁰⁰ Cf. Annexe 3 - Entretien n°3, économiste IEP Paris

¹⁰¹ IGAS, 2014

¹⁰² Cf. Annexe °3, entretien n°11- MGEN

chômeurs. Selon l'IRDES, « on peut s'interroger sur la réelle capacité de ce dispositif à généraliser la complémentaire santé en France et à en réduire les inégalités d'accès alors même que celui-ci exclut de facto les individus absents du marché du travail »¹⁰³.

Au surplus, cette généralisation pose la question des inégalités : selon le secteur et la taille de l'entreprise, il peut y avoir un certain nombre d'inégalités dans la couverture. Les petites et moyennes entreprises, compte tenu de la charge induite par la mesure et du rapport de force moins favorable avec l'assureur, risquent de privilégier les produits basés sur le panier minimum légal avec pour incidence le développement de sur-complémentaire à la charge du salarié.

Enfin, on peut craindre des effets inflationnistes liés aux négociations entre les OCAM et les entreprises. La concurrence induira pour les assureurs, même mutualistes, la proposition de couvertures complémentaires toujours plus attirantes prenant en charge les dépassements d'honoraires par exemple plutôt que de s'engager dans une stratégie de maîtrise des coûts.

Il est donc légitime de s'interroger sur les avancées sociales et économiques de la généralisation des complémentaires santé en raison de son coût élevé, de l'accroissement des inégalités d'accès aux complémentaires santé, de leur manque d'articulation avec les dispositifs ciblés sur les catégories défavorisées et des effets inflationnistes sur les dépenses de santé. Une interrogation nuancée par le point de vue de la mutualité qui précise que les contrats de groupes permettent de mettre en avant l'existence des réseaux de soins conventionnés qui sont perçus par ces assureurs comme une alternative à l'augmentation des cotisations ou la baisse des garanties, favorisant un accès aux soins et une diminution du reste à charge pour les adhérents : « les réseaux de soins sont une manière de réguler les dépassements d'honoraires chez les médecins spécialistes, dans l'optique ou le dentaire. Ils peuvent réguler le marché. L'intérêt est qu'ils sont mis en place par des complémentaires ce qui fait de ces acteurs des leviers utiles à l'amélioration de l'accès à l'offre de soins et à la régulation des prix »¹⁰⁴.

¹⁰³ IRDES « Quels impacts attendre de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise sur la non-couverture en France ? » *Questions d'économie de la santé*, n°209, Mai 2015

¹⁰⁴ cf annexe 3 Entretien n°11, MGEN

3 Les OCAM doivent encore répondre à certains défis qui interrogent leur capacité à réguler l'offre de soins

3.1 La gestion par les OCAM du risque reste perfectible notamment au regard de l'objectif d'une meilleure régulation de l'offre de soins

Au sein des OCAM, le modèle actuel dominant de gestion du risque, définissable comme « *une situation non souhaitée ayant des conséquences négatives résultant de la survenance d'un ou plusieurs événements dont l'occurrence est incertaine* » se concentre sur un « non-risque »¹⁰⁵ pour les assurés, soit le ticket modérateur (environ 15 M€ / an)¹⁰⁶ plutôt que sur les dépassements d'honoraires (environ 8 M€ / an)¹⁰⁷, en particulier dans le cadre des contrats individuels. Par ailleurs, le risque n'est couvert par les OCAM qu'après sa survenance chez un assuré « *passif* »¹⁰⁸. Aussi, comme le souligne Frédéric Bizard, interrogé sur le sujet, « *il faut passer à un système de gestion du risque tout au long du cycle vie de l'assuré* »¹⁰⁹ et rendre ce dernier « *actif* » et « *participatif* » afin d'améliorer la contribution des OCAM à la régulation de l'offre de soins. En comparaison des partenariats conclus avec les fournisseurs de soins, les actions de prévention effectives, hors campagnes de communication, restent somme toute limitées. Aujourd'hui, un infléchissement du paradigme de gestion du risque des OCAM est donc nécessaire pour en faire de véritables gestionnaires de risques dans le sens d'une meilleure régulation de l'offre de soins.

3.2 Les relations entre OCAM et offreurs de soins gagneraient enfin à être revues dans le cadre d'une réforme plus globale dans le sens d'une clarification des responsabilités, d'une régulation partagée et d'une réduction des inégalités

Une des spécificités françaises, et peut-être une source majeure de confusion entourant la régulation de l'offre de soins, réside dans le fait que les OCAM remplissent à elles seules deux fonctions, celle d'assurance complémentaire (couverture du panier de soins¹¹⁰ de base) et celle d'assurance

¹⁰⁵ Frédéric Bizard, *Complémentaires santé. Le scandale !*, DUNOD, 2016, *op.cit*

¹⁰⁶ DREES

¹⁰⁷ DREES

¹⁰⁸ Cf. Annexe 3 - Entretien n°3, économiste IEP Paris

¹⁰⁹ Cf. Annexe 3 - Entretien n°3, économiste IEP Paris

¹¹⁰ Le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale définit par exemple le panier de soin comme « le niveau minimal des garanties d'assurance complémentaire santé que les entreprises doivent mettre en place à titre

« supplémentaire »¹¹¹ (soins de confort hospitalier, dépassements d'honoraires). En effet, le plus souvent à l'étranger¹¹², les organismes de protection facultative ne prennent en charge que l'assurance « supplémentaire », facilitant par là même la régulation de l'offre de soins : la couverture des soins de base est régie par des mécanismes de solidarité (en Suisse notamment) alors que les prestations dites « supplémentaires » donnent lieu à honoraires libres. Compte tenu de cette complexité, et en complément des conventionnements et de la contractualisation, encore imparfaits, entre OCAM et offreurs de soins, la question de l'opportunité de l'instauration d'un plafonnement généralisé des « restes à charge » par individu se pose avec acuité. Comme le préconise le CAE¹¹³, afin d'offrir une meilleure couverture à tous contre les risques « exceptionnels » ou « catastrophiques », « *les individus dont le reste à charge annuel cumulé dépasse une somme donnée seraient couverts à 100 % par la couverture publique* ».

Par ailleurs, au-delà de la question de la contribution des OCAM à la régulation de l'offre de soins, se pose également la question de la régulation par les pouvoirs publics des pratiques des OCAM elles-mêmes compte tenu des écarts croissants de niveau de primes et de garanties, et donc de couverture complémentaire entre adhérents ou assurés. En effet, le « dualisme » du marché de la complémentaire ne constitue pas seulement une entrave à l'accès aux soins pour les personnes intéressés, mais surtout une incitation à la sélection des risques (« chasse aux bons risques »), responsable d'inégalités croissantes entre contrats collectifs et contrats individuels (*cf.* développements précédents), entre salariés bien portants, « *insiders* »¹¹⁴ d'un côté et jeunes, malades, chômeurs, personnes âgées, « *outsiders* » de l'autre. En cela, cette inefficacité du point de vue collectif des mécanismes de marché

obligatoire au profit de leurs salariés au plus tard le 1er janvier 2016 » soit « l'intégralité du ticket modérateur à la charge des assurés sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'assurance maladie obligatoire, le forfait journalier hospitalier, les dépenses de frais dentaires à hauteur de 25 % en plus des tarifs de responsabilité ainsi que les dépenses de frais d'optique, de manière forfaitaire par période de deux ans, à hauteur de 100 euros minimum pour les corrections simples, 150 euros minimum pour une correction mixte simple et complexe et 200 euros minimum pour les corrections complexes (la prise en charge dans la limite de ce forfait demeure toutefois annuelle pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue) »

¹¹¹ Antonio Bozio, Brigitte Dormont, « Gouverner la protection sociale : transparence et efficacité », *Les notes du conseil d'analyse économique*, n°28, janvier 2016

¹¹² Principalement en Europe

¹¹³ Brigitte Dormont, Pierre-Yves Geoffrard et Jean Tirole, « Refonder l'assurance-maladie », *Les notes du conseil d'analyse économique*, n°12, avril 2014 ; Antonio Bozio, Brigitte Dormont, « Gouverner la protection sociale : transparence et efficacité », *Les notes du conseil d'analyse économique*, n°28, janvier 2016

¹¹⁴ *Cf.* Annexe 3 – Entretien n°8, FNMF

(une « défaillance de marché ») justifie une intervention régulatrice des pouvoirs publics pour en réduire les externalités négatives et pallier ainsi les insuffisances de la contractualisation entre OCAM et offreurs de soins.

A défaut d'une concurrence sur la sélection des risques, mieux encadrée par les pouvoirs publics, les OCAM engageraient alors, à travers leurs partenariats, une « *concurrence sur l'efficience de l'offre de soins* »¹¹⁵, fondée sur la maximisation de la qualité des soins rapportée au coût, et sur des « *services toujours plus innovants* »¹¹⁶, concourant ainsi au rétablissement vertueux du fonctionnement du marché, sans effets externes négatifs et favorable au bien-être collectif.

3.3 Certaines mesures sont envisageables à court moyen terme

Aussi, à court ou moyen terme, certaines pistes d'évolution pourraient être explorées afin de rénover les relations entre les OCAM et les offreurs de soins et d'en accroître la contribution à la régulation de l'offre de soins.

Optimiser l'effet des outils partenariaux existants entre OCAM et offreurs de soins

Objectif : Etablir un diagnostic partagé sur le bilan des réseaux de soins en matière d'offre de soins

Recommandation n°1 : Diligenter une évaluation externe des effets économiques et sociaux des réseaux de soins, par exemple en missionnant l'IGAS sur le sujet

Objectif : Mettre davantage ces outils au service de la qualité de l'offre de soins

Recommandation n°2 : Incrire dans les conventions entre OCAM et offreurs de soins des dispositifs de primes liées à la qualité des soins (prévention, réduction de iatrogénie médicamenteuse, efficience des prescriptions etc.) sur le modèle de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) pilotée par la CNAM.

Accroître la contribution des outils partenariaux à la régulation de l'offre de soin

Objectif : Renforcer l'attractivité de ces outils partenariaux

Recommandation n°3 : Renforcer les incitations, notamment fiscales, à destination des médecins pour un recours plus large au Contrat d'accès aux soins (CAS) ;

Objectif : Développer la capacité de régulation des OCAM en matière d'offre de soins à travers une contractualisation accrue

¹¹⁵ Cf. Annexe 3 – Entretien n°9

¹¹⁶ Cf. Annexe 3- Entretien n° 8, FNMF

Recommandation n°4 : Lever l'interdiction, posée par la loi du 27 janvier 2014 dite « Le Roux », de contractualisation entre OCAM et les médecins sur leurs tarifs

Rénover le cadre marchand d'exercice des OCAM afin de réduire les inégalités induites en matière d'offre de soins

Objectif : Corriger les imperfections de l'intervention publique

Recommandation n°5 : Supprimer les subventions sous forme d'exonération de cotisations sociales pour les entreprises ayant recours aux contrats collectifs.

Objectif : Corriger les imperfections du marché de l'assurance complémentaire

Recommandation n°6 : Refondre les contrats collectifs et individuels dans un « contrat unique »¹¹⁷ ou « homogène » et distinguer en son sein une part « complémentaire » (ticket modérateur et forfait hospitalier) et une part « supplémentaire » (dépassements d'honoraires de médecins spécialistes de secteur 2) afin de laisser le choix au consommateur de recourir ou non à une part « supplémentaire » et de stimuler la concurrence sur cette part.

¹¹⁷ DORMONT Brigitte, GEOFFRARD Pierre-Yves, TIROLE Jean, « Refonder l'assurance-maladie », *Les notes du CAE*, n°12, avril 2014

Conclusion

« Une bonne mutuelle, ce n'est pas une mutuelle qui rembourse beaucoup mais une mutuelle qui régule bien »¹¹⁸. Cette affirmation d'un responsable mutualiste met en lumière la nécessité pour les OCAM de réguler l'offre de soins et les dépenses de santé pour asseoir leur rôle dans le système de protection sociale.

Selon eux, cette régulation est un préalable à une meilleure gestion des risques et par conséquent à une maîtrise du niveau des primes ou cotisations. Toutefois, les rapports entre OCAM et offreurs de soins se heurtent aux réticences de certaines professions, notamment la médecine libérale qui s'est toujours opposée à sa salarisation.

Dans ce contexte, l'intervention de l'Etat en lien avec les partenaires sociaux reste pertinente pour corriger les imperfections du marché de l'assurance maladie complémentaire et inciter à une concurrence vertueuse entre OCAM, notamment dans leurs relations avec les offreurs de soins, afin de renforcer la qualité de l'offre de soins et son innovation.

Si l'accès aux données de santé et leur protection demeurent des principes intangibles, de nouveaux entrants tels que Google confrontent les OCAM au défi de la numérisation croissante, sous peine d'une « ubérisation » de certains services, notamment en matière d'orientation vers les offreurs de santé.

¹¹⁸ Cf. Annexe 3 – Entretien n°8, FNMF

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, publiée au Journal Officiel du 17 août 2004

Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014

Loi n° 2014-57 du 27 janvier 2014 relative aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, établissements et services de santé JORF n°0023 du 28 janvier 2014 page 1561 texte n° 2

Décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale

Décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales

Arrêté du 29 novembre 2012 portant approbation de l'avenant n° 8 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011 JORF n°0285 du 7 décembre 2012 page 19171 texte n° 21

Rapports

ABALLEA Pierre, BARTOLI Fabienne, ESLOUS Laurence, YENI Isabelle, « Les dépassements d'honoraires médicaux », rapport n°RM2007-054P (Avril 2007), IGAS.

BABUSIAUX Christian, BREAS Louis, ESLOUS Laurence, THOUVENIN Dominique, « L'accès des assureurs complémentaires aux données de santé des feuilles de soins électroniques », Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 26 mai 2003, p81

CARREY-CONTE Fanélie, rapport parlementaire sur la proposition de la loi relative au fonctionnement des réseaux de soins créés par les mutuelles et aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaire et les professionnels de santé

CORON Gaël, HIGELE Jean-Pascal, POINSART Laurence, « Les acteurs de la régulation de l'indemnisation conventionnelle du chômage et de la couverture maladie complémentaire : une délibération partagée ? », Rapport pour la Mire-DREES, GREE, janvier 2008

Comptes nationaux de la santé 2013, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, septembre 2014

DRESS, « Assurance complémentaire santé: les contrats collectifs gagnent du terrain », 2016, n°0952

EUROSTAF, « Le marché français de l'assurance santé complémentaire en 2011 », 2011

Rapport d'activité de l'UNOCAM, 2014

IGAS, « Mutuelles livre III », 2014

IGAS, « Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain », juillet 2013

Ouvrages

BIZARD Frédéric, *Complémentaires santé : le scandale*, 2016, Dunod

GOFFMAN Erving, *Mise en scène de la vie quotidienne, Tome 1*, 1973, Editions de Minuit

KAUFMANN JC, *L'entretien compréhensif*, 1995, Nathan

SIMMEL Georg, *Sociologie, étude sur les formes de la socialisation*, 1981, PUF

Articles

BAYLE-INIGUEZ Anne, « Les complémentaires santé reviennent à la charge pour inclure les médecins dans les réseaux de soins », *Le quotidien du médecin.fr*, 2015, n°9416

BOZIO Antonio, DORMONT Brigitte, « Gouverner la protection sociale : transparence et efficacité », *Les notes du conseil d'analyse économique*, n°28, janvier 2016

DORMONT Brigitte, « Le paiement à la performance ? : contraire à l'éthique ou au service de la santé publique », *Les tribunes de la santé*, Presses de Sciences Po, 2013/3 n°40

DORMONT Brigitte, GEOFFRARD Pierre-Yves, TIROLE Jean, « Refonder l'assurance-maladie », *Les notes du conseil d'analyse économique*, n°12, avril 2014

DORMONT Brigitte, PERON Mathilde, « Does Health insurance encourage the rise in medical prices ? A test on balance billing in France », *Cahiers de la Chaire Santé*, n°22 - Juillet 2015, Université Paris-Dauphine

GARNERO Marguerite, LE PALUD Vincent, « Médecins exerçant en secteur 2 : une progression continue des dépassements d'honoraires, la nécessité d'une réforme structurelle du système », *Point d'information - Assurance maladie*, mai 2011

GATTUSO Christophe, « Un député veut supprimer les réseaux de soins inflationnistes et inéquitables », *le quotidien du médecin.fr*, 2015, n°9438

GINON Anne Sophie, « Réseaux de soins et identité mutualiste à la lumière de la loi n°2014-57 du 27 janvier 2014 », *Revue de droit sanitaire et social*, 2015, p312

LAXALT Jean-Michel, « L'action sanitaire de la MGEN: une mutuelle acteur de santé » in *Revue de droit sanitaire et social*, 2009, N°3

LEBRUN Dominique, « L'hospitalisation mutualiste, éléments de différenciation » in *Cahiers hospitaliers*, 2009, N°262

LE GALL Catherine, « Le low cost passe à l'offensive », *La Gazette santé sociale*, 2013, n°95

MONTAUT Alexis, « Assurances complémentaire santé : les contrats collectifs gagnent du terrain », *Etudes & Résultats*, n°0952, février 2016, DREES.

POINSART Laurence, FRIOT Bernard, « La cotisation maladie aux prises avec la CSG et les mutuelles », *Savoir/Agir*, 2008/3 (n° 5), Editions du Croquant

SINEY-LANGE Charlotte, « L'épopée médico-sociale de la mutualité : Un champ de recherche ouvert » in *Vie sociale*, 2008-N°4

Guides/Etudes/Enquêtes

Principaux enseignements de l'observatoire JALMA/IFOP 2014 sur l'accès aux soins, 18 novembre 2014

Sites internet

ABADIE A., « Réseaux de soins : les mutuelles veulent pratiquer des remboursements différenciés », http://www.lesechos.fr/19/11/2012/lesechos.fr/0202395639908_reseaux-de-soins---les-mutuelles-veulent-pratiquer-des-remboursements-differencies.htm

BIZARD F., « Le poison inégalitaire et liberticide des réseaux de soins conventionnés », http://www.huffingtonpost.fr/frederic-bizard/reseaux-de-soins-conventionnes_b_2204867.html

Le blog de Santéclair, <https://www.santeclair.fr/blog/>

Marisol TOURAINE invitée de France Info, blog de Marisol Touraine, <http://www.marisoltouraine.fr/2012/10/marisol-touraine-invitee-de-france-info/>

Site internet de la Fédération nationale de la Mutualité Française, <http://www.mutualite.fr>

Site de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM), <https://www.unocam.fr>

Site du Sénat, dossier législatif de la loi « Le Roux », <http://www.senat.fr/dossier-legislatif/pp112-172.html>

Annexes

Annexe 1 Présentation de la méthodologie de travail

Le sujet des modalités de partenariats entre les Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (OCAM) et les offreurs de soins ainsi que leurs conséquences sur l'accès aux soins, est un sujet complexe du fait de la diversité des jeux d'acteurs. En effet, le fonctionnement et les priorités diffèrent selon que les OCAM sont des mutuelles, des Institutions de prévoyance ou des assurances. C'est pourquoi il était opportun, outre l'apport théorique, de recueillir les points de vue des différents représentants de ces trois familles d'OCAM.

Le temps imparti à l'équipe pour réaliser le rapport (moins de trois semaines), la composition de l'équipe (sept personnes issues des filières de directeur d'hôpital, de directeur des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, de directeur des soins et d'attachés d'administration hospitalière), ainsi que les conseils méthodologiques de l'animateur du groupe, nous ont conduits à privilégier une approche hypothético-déductive. A partir de la base documentaire proposée par l'animateur et de nos propres recherches, nous avons construit notre travail en nous appuyant sur ces apports théoriques complétés par des entretiens semi-directifs avec des professionnels travaillant sur différentes thématiques liées à notre sujet (Conventionnement hospitalier, économie de la santé, relations OCAM et offreurs de soins).

L'élaboration de notre travail s'est opérée en groupe dont la première étape a été de définir une problématique à partir de laquelle nous avons identifié, avec l'aide de l'animateur, les personnes à interroger, qu'il s'agisse d'acteurs nationaux (UNOCAM, FNMF), régionaux (Unité régionale de la Mutualité Française) ou locaux (établissements de santé).

Une fois la liste des personnes à contacter établie, nous avons élaboré des questionnaires adaptés à chaque professionnel rencontré. Ce mode opératoire correspondait à la nécessité de mettre en évidence la réalité des relations entre les différentes parties (OCAM et offreurs de soins).

La méthodologie que nous avons choisie est inspirée de « l'entretien compréhensif » de Jean-Claude Kaufmann¹¹⁹. Cette méthode permet de concilier proximité et distance, c'est-à-dire confronter les faits relatés et les éléments théoriques, confronter observations et interprétations pour finalement expliquer

¹¹⁹ KAUFMANN Jean-Claude, *L'entretien compréhensif*, Nathan, 1995

et rendre intelligible les faits qui se présentent à nous. Cette approche qui a pour base les travaux des sociologues « interactionnistes », comme Georg Simmel ou Erving Goffmann, met les individus au centre des relations sociales y compris professionnelles; c'est pourquoi la problématique élaborée en premier lieu avant la réalisation des entretiens a été remaniée une fois les personnes interrogées.

Les entretiens ont été majoritairement enregistrés et réalisés seul ou en binômes. Ils ont été ensuite intégralement retranscrits. Bien que chronophage, cette phase est indispensable pour permettre d'apporter la preuve de l'authenticité des propos cités dans le rapport et, de rester fidèle aux idées fondatrices de notre travail. A partir de la problématique, nous avons élaboré un plan détaillé, validé par le groupe et l'animateur. Le travail de rédaction s'est réparti en fonction de petits groupes pour chacune des parties du plan. Enfin, l'ensemble des parties a été fusionné et harmonisé afin de produire le rapport final.

Annexe 2 Synthèse des entretiens réalisés

N°	PERSONNE RENCONTREE (Prénom et nom)	ORGANISME ET FONCTION	DATE	VILLE	ENTRETIEN REALISE PAR
1	L.F.	Centre hospitalier des Marches de Bretagne	20/04/2016	ANTRAIN	Caroline SOUILLARD
2	E.B.	UNOCAM, secrétaire général	03/05/2016	PARIS	Alexandre CABOUCHE
3	F.B.	Economiste de la santé	04/05/2016	PARIS	Alexandre CABOUCHE
4	V.T.	Union régionale de la mutualité française	10/05/2016	RENNES	Sophie SCHUMM Benôit CORNET
5	J-P.L	Harmonie Mutuelle	10/05/2016	NANTES	Antoine VALLAURI Ludovic LESAGE
6	E.V.	Clinique mutualiste La sagesse	11/05/2016	RENNES	Antoine CRETINEAU Caroline SOUILLARD
7	P-Y.G.	Economiste de la santé à la Paris School of Economics	12/05/2016	PARIS	Antoine CRETINEAU
8	J-M.C.S.	Fédération nationale de la mutualité française	12/05/2016	PARIS	Alexandre CABOUCHE
9	B.D.	Université Paris Dauphine, laboratoire LEDA-LEGOS	13/05/2016	PARIS	Alexandre CABOUCHE
10	G.H.	CPAM, ex-directeur EHESP, enseignant- chercheur	13/05/2016	RENNES	Sophie SCHUMM Caroline SOUILLARD
11	E.C.	MGEN, Délégué national	13/05/2016	PARIS	Antoine VALLAURI
NR	C.S.	Institut de recherche économique et social	17/05/2016	NOISY	Antoine CRETINEAU
NR	J.C.	Opticien	09/05/2016	PARIS	Sophie SCHUMM

NR : non retranscrit

Annexe 3 Retranscriptions des entretiens

Entretien n°1 réalisé par mail le 20 avril 2016 par Caroline Souillard avec Madame L.F., CH des Marches de Bretagne

MIP : Le Centre Hospitalier des Marches de Bretagne est-il à l'initiative de la convention signée avec la mutualité française ?

Mme LF : Non, nous avons été sollicités en première initiative par la Mutualité française.

MIP : Pensez-vous qu'il s'agisse d'un véritable partenariat ?

Mme LF : Plus qu'un partenariat, il s'agit plutôt d'une évaluation de la qualité de la prestation hôtelière fournie pour laquelle les organismes de mutuelle ont prédéfinis une grille d'analyse.

MIP : Pensez-vous qu'il y ait une influence des réseaux mutualistes sur l'orientation des patients ?

Mme LF : Non, l'orientation des patients est principalement fonction de l'origine géographique des patients et de la connaissance qu'ont les médecins adresseurs de notre établissement (CHU Rennes, CH de Fougères, Polyclinique Cesson, etc.).

MIP : Ce dispositif facilite-t-il réellement la gestion des dossiers et le recouvrement pour le CH ?

Mme LF : Oui, cela permet d'apporter la garantie du paiement du prix des nuitées en chambres individuelles non pris en compte par la Sécurité sociale et pour lequel les usagers ne sont pas toujours en capacité de payer.

MIP : Pour l'établissement, y voyez-vous une évolution en termes d'offre de soins (accessibilité) ?

Mme LF : Non, car cela ne couvre pas tous les usagers qui ne bénéficient pas tous de la bonne mutuelle ou pas de mutuelle du tout. Et plus encore, l'offre de soins n'est pas développée en fonction de l'assurance du paiement en bout de chaîne, mais selon les besoins de la population et les orientations stratégiques du territoire.

MIP : Ce type de conventionnement est-il un levier d'attractivité pour le CH ?

Mme LF : Non, l'attractivité de l'établissement dépend plus de sa reconnaissance par la population locale et par les établissements adresseurs, de la qualité de l'offre de soins et des compétences médicales.

MIP : Cette convention a-t-elle obligé l'établissement à réduire le coût de ses prestations ? (chambre particulière par ex)

Mme LF : Malgré la réfection du service de médecine et de SSR d'Antrain, la convention n'a pas permis d'augmenter le prix des chambres individuelles en raison de l'absence de cabine de douche, au contraire du service de SSR du site de Saint-Brice.

MIP : Quelles sont Les exigences fixées dans la convention en termes de qualité ? En termes de tarifs ? D'offre de soins ?

Mme LF : Les conditions sine qua non de la Mutualité française sont : une chambre individuelle AVEC une cabine de douche privative, TV et accès au Wifi. Si ces conditions sont réunies, les tarifs accordés aux établissements publics vont rarement au-dessus de 35 € la nuitée. Les questions relatives à l'offre de soins ne sont pas mises au premier plan.

MIP : Qu est ce que ça a changé en termes de prestations offertes à l'utilisateur à votre avis ? Mme

LF : La définition des tarifs par conventionnement incite, entre autres, à maintenir une prestation hôtelière de qualité (exemple : réfection des peintures dans le service de médecine).

MIP : En cas de dépassement d'honoraires, qu' a-t-il été défini pour l'utilisateur ? y a-t-il eu négociation avec les médecins ?

Mme LF : NA.

MIP : Comment est organisée la communication sur la convention hospitalière auprès des patients ?

Mme LF : Pas de communication spécifique sur ce conventionnement, mais les tarifs sont affichés dans l'établissement et le livret d'accueil.

MIP : Cette convention a-t-elle permis d'ouvrir des prestations pour les accompagnants ?

Mme LF : Non, cette convention se focalise sur la définition des tarifs des chambres individuelles.

MIP : Pensez-vous que la convention hospitalière mutualiste puisse être une réponse à la renonciation aux soins ?

Mme LF : Non pas particulièrement, l'accessibilité aux chambres individuelles n'est pas l'un des principaux critères de renonciation aux soins, d'autant que l'établissement propose également des chambres doubles. La renonciation aux soins touche plutôt les spécialités médicales, or les services sanitaires du CHMB sont le MCO et le SSR.

MIP : Avez-vous dans vos enquêtes de satisfaction, eu un retour des usagers par rapport à la prise en charges des frais occasionnés par une hospitalisation ? En sont-ils plutôt satisfaits ?

Mme LF : Non, pas de retour des usagers à ce sujet dans les enquêtes de satisfaction. Les patients portent plutôt attention à la bienveillance et la présence du personnel, et à la qualité de la prestation hôtelière (bruit, repas, etc).

MIP : Quel rôle joue l'UNOCAM en matière de développement de partenariats conventionnels ou conventionnés entre organismes de complémentaire santé et offreurs de soins ?

E.B. : Vous avez choisi un sujet polémique et d'actualité, un bon sujet, sans doute un sujet un peu décentré par rapport aux sujets qu'étudient plus traditionnellement vos collègues, c'est un sujet qui pourrait anticiper sur des évolutions du système de protection sociale de santé. Sous ces points de vue là, c'est un sujet intéressant. Un partenariat, c'est un mot qui n'est pas neutre et je vais présenter les choses plus à plat pour faire une typologie plus complète en parlant des relations entre les organismes complémentaires d'assurance maladie et les offreurs de soins.

Je dirige l'UNOCAM, vous avez la brochure de présentation avec notre dernier rapport d'activité. Sur certains aspects que je vais évoquer, des points juridiques plus détaillés sont sur notre site dans les rapports d'activité précédents. Ils pourront vous être utiles pour rédiger votre mémoire. Si vous avez des difficultés à cerner un certain nombre de données, vous me contacterez, on facilitera les choses, n'hésitez pas.

L'UNOCAM regroupe les fédérations d'organismes complémentaires d'assurance maladie : la fédération nationale de la mutualité française qui font des mutuelles santé, la fédération française des sociétés d'assurance qui regroupe des entreprises d'assurance cotées ou pas, et puis le centre technique des institutions de prévoyance qui regroupe les institutions de prévoyance ou des groupes de protection sociale.

A coté de ces trois grandes familles, il y a trois types d'adhérents aujourd'hui à l'UNOCAM : le régime local d'assurance maladie d'Alsace/Moselle, le groupement des entreprises mutuelles d'assurances et puis, une petite fédération de mutuelles santé qui n'est pas membre de la fédération nationale de la mutualité française qui s'appelle la fédération nationale indépendante des mutuelles. On peut concentrer mes propos sur les trois groupements qui sont les plus importants.

Ces trois groupements : mutuelle, assurance, assurance-prévoyance sont évidemment concurrents et d'ailleurs les mutuelles sont concurrentes entre elles, les assurances entre elles, et relèvent à chaque fois de codes différents : code de la mutualité, des assurances, de la sécurité sociale. En terme de lobbying il peut y avoir des priorités différentes d'une fédération à l'autre pour faire modifier tel ou tel texte. Ils ont des gouvernances et des modèles économiques différents : les mutuelles sont des sociétés de personnes à but non lucratif, les sociétés d'assurances sont souvent des sociétés de personnes à but lucratif, les institutions de prévoyance sont des sociétés de personnes à but non lucratif

co-gérées par des partenaires sociaux. Enfin, l'application dans la santé de ces différents intervenants est très différente : les mutuelles santé font essentiellement de la santé, les sociétés d'assurance font très marginalement de la santé et les institutions de prévoyance font minoritairement de la santé.

Il s'agit au sein de l'UNOCAM de créer des éléments de consensus et de langage commun entre donc des fédérations qui regroupent des organismes qui, du point de vue de leur gouvernance, de leur modèle économique, des règles juridiques, de leur implication dans la santé sont très différents.

Les pouvoirs publics ont voulu la création de l'UNOCAM, lors l'adoption de la loi de 2004, pour pouvoir commencer à créer un discours commun entre ces opérateurs privés et pour pouvoir gérer les interactions entre ces acteurs privés et les autres acteurs du système de santé, notamment l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie et l'Union Nationale des Professionnels de Santé. Les choses ne se sont pas passées exactement comme il avait été prévu, l'UNPS n'a pas trouvé les moyens de vraiment exister et, quant aux relations entre l'UNCAM et de l'UNOCAM, elles ont été très différentes et en-deça de ce que les auteurs de la loi avaient sans doute imaginé. Dans un premier temps, sans doute, l'objectif était-il d'organiser un transfert de charges de l'assurance maladie vers l'assurance complémentaire. Et puis très vite les pouvoirs publics se sont rendus compte que c'était une opération un peu compliquée parce que cela faisait du bruit, c'était pas discret, ça provoquait beaucoup d'émotion et politiquement c'était potentiellement très coûteux. Et du coup, ils sont passé insidieusement à un autre type de système où les ressources de l'assurance maladie complémentaire n'était plus sollicitées pour financer la prise en charge d'une partie du panier de soins, ce qu'on appelle le transfert de charges, mais pour refinancer l'assurance maladie obligatoire à travers le fonds CMU directement ou à travers des taxes parafiscales, ce qui permettait en fin d'exercice législatif de ne pas faire apparaître une augmentation de la part de marché dans la consommation de soins et de biens médicaux pris en charge par l'assurance maladie complémentaire.

Voilà ce qu'est l'UNOCAM, pourquoi elle a été créée. S'agissant des interactions, entre l'UNPS d'un côté et l'UNOCAM de l'autre, les choses ont été un peu différentes de ce qu'il était prévu initialement. Dans les relations avec les professionnels de santé, ce qui avait été envisagé par le législateur de 2004 et ce qui se passe au sein de l'UNOCAM, c'est ce qu'on appelle les négociations conventionnelles tripartites c'est-à-dire la négociation des textes de forme contractuelle et de valeur réglementaire qui régissent les conditions d'exercice et de rémunérations des professions libérales de santé, qu'on appelle les conventions nationales. L'UNOCAM a longtemps hésité à participer à ces négociations parce que le premier sujet sur lequel son association aux négociations conventionnelles a été envisagée était celui des secteurs optionnels pour les spécialités des plateaux techniques lourds, en gros la prise en charge des dépassements d'honoraires, des chirurgiens, anesthésistes réanimateurs, et gynécologues

obstétriciens. Les conditions dans lesquelles les choses étaient envisagées, avec des obligations de prise en charge pour les complémentaires par voie réglementaire étaient très mal perçues par les organismes de complémentaires assurance maladie qui étaient très attachés à la liberté d'assurer et à la liberté contractuelle et donc ces négociations, après bien des attermolements, ont échouées.

La fin de cet échec a été constatée début 2012. A partir de ce moment là, se posait la question de savoir s'il y avait une place possible pour d'autres négociations conventionnelles. Moi j'ai été nommé ici, en septembre 2011, avec pour mandat d'assumer une fin de non recevoir sur le secteur optionnel et le fait de relancer la machine et donc, nous avons fait le choix stratégique à ce moment là de commencer à devenir partenaire conventionnel, c'est-à-dire de signer des avenants à des conventions nationales. Cela aurait pu peut être se faire plus tôt notamment sur les négociations avec les chirurgiens dentistes en 2006, mais à l'époque le code de la sécurité sociale permettait, aux partenaires conventionnels, notamment aux syndicats potentiellement signataires, de s'opposer à la participation de l'UNOCAM aux négociations, ces dispositions ont été supprimées par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. Il n'y a plus de veto possible des professionnels de santé.

Nous sommes nécessairement invités aux négociations conventionnelles et pour les professions, pour lesquelles nous sommes le premier financeur (chirurgiens dentistes, opticien lunetier, audio prothésiste), si nous décidions de ne pas signer un texte conventionnel, le ou la ministre en charge de la santé, serait obligé de respecter un délai de 6 mois avant d'approuver le texte conventionnel, une sorte de veto suspensif de 6 mois. Vous avez toutes les références juridiques sur notre site.

Au cours de 2012, nous décidons de participer aux négociations conventionnelles et nous signons finalement des accords avec trois professions, on va signer un certain nombre d'accords entre 2012 et 2013 : les pharmaciens d'officine, les chirurgiens dentistes, et les médecins libéraux, notamment l'avenant n° 8 qui vise à réguler les dépassements d'honoraires et signé le 25 Octobre 2012. Dans l'avenant 8, on a mis 150 Millions d'euros pour financer des éléments forfaitaires de rémunération notamment le forfait médecin traitant.

C'est une nouvelle donne, c'est un moment important, on devient partenaire conventionnel. A ce titre, on participe aux commissions qui font vivre les textes français, qu'on appelle les commissions paritaires nationales qui rassemblent les différentes parties signataires : l'assurance maladie, nous aussi du coup maintenant, et les syndicats signataires des conventions nationales. Pour les chirurgiens dentistes, nous sommes même membres avec voix délibératives au sein de la section sociale ; il y a deux sections : la section professionnelle et la section sociale, c'est les caisses, généralement pour les médecins et pour les pharmaciens, on est là avec une voix consultative, on est membre avec voix

délibérative pour les chirurgiens dentistes. Ce qui fait que, si nous n'étions pas d'accord avec les caisses, les syndicats seraient majoritaires, il y a deux syndicats maintenant.

Voilà, en gros la donne, donc à partir de 2012, on commence à signer des textes et évidemment c'est là que les choses commencent à se complexifier dans nos relations avec l'assurance maladie obligatoire. Mais j'y reviendrai plus tard. Il y a après, un autre aspect dans les relations contractuelles entre l'assurance maladie complémentaire et les offres de soins, c'est ce qu'on appelle nous les « conventionnements ». Dans le langage courant, ce qu'on appelle le conventionnement, c'est celui que j'ai évoqué précédemment mais il y a un autre type de conventionnement, ce sont les relations contractuelles entre des organismes complémentaires d'assurance maladie, des offreurs de soins et avec parfois des intermédiaires, on peut appeler cela des plateformes de service, des plateformes de conditionnement, des réseaux de soins. C'est un sujet qui hérisse le poil de beaucoup d'offeurs de soins parce que l'assurance maladie complémentaire n'est pas soumise aux mêmes règles que l'assurance maladie obligatoire. L'assurance maladie obligatoire est obligée de négocier : elle n'a pas le choix des interlocuteurs avec lesquels elle veut négocier et elle n'a pas, non plus, tout à fait le choix du contenu de l'objet de la négociation. Nous, nous ne sommes pas dans cette situation là : nous devons respecter un certain nombre de règles notamment les règles du droit de la concurrence mais pour le reste, on n'est pas obligés de négocier sur toute chose, on peut choisir de négocier avec les syndicats ou pas et, on peut choisir les sujets sur lesquels on entend négocier ou pas. Par exemple, avant d'arriver ici, j'étais conseiller du président de la Mutualité Française et j'ai été chargé de remettre à plat les politiques contractuelles conventionnelles de l'ensemble des groupements mutualistes avec l'ensemble des établissements de santé publics et privés, et ça a donné naissance à ce qu'on a appelé le « conventionnement hospitalier mutualiste » et le schéma que j'ai développé est très différent de ce qui précédait et il avait un caractère innovant dans la mesure où j'ai établi un certain nombre de critères sur lesquels j'estimais que nous n'avions pas intérêt à négocier et un certain nombre de situations dans lesquelles je pensais qu'il était nécessaire de négocier : les premiers, j'en ai fait un critère de référencement des établissements de santé vers lesquels on acceptait ou pas d'aller, les seconds j'en ai fait l'objet même des négociations avec les établissements de santé que nous avons référencés. Les critères de référencement, c'étaient des critères de qualité avec les référentiels de la HAS qui n'allaient pas très loin à l'époque mais c'était déjà ça, un critère de maillage territorial suffisant et puis, enfin un niveau de pratique de dépassement d'honoraires pas trop excessif. Les établissements qui remplissaient ces conditions, on allait les voir pour négocier sur le tarif juste attaché au niveau de qualité de la prestation hôtelière proposée dans le cadre de la chambre particulière. Ces distinctions entre ce sur quoi on a intérêt à négocier, ce sur quoi on n'a pas intérêt à le faire, et ce sur quoi on est obligé de le

faire, permettait finalement de développer une politique conventionnelle où l'objet même de la négociation n'était pas le sujet le plus important, le sujet le plus important c'était évidemment le dépassement d'honoraires.

Voilà, la question des réseaux de soins défraie la chronique parce que les syndicats de professionnels de santé se rendent compte que, dans les secteurs où l'assurance maladie obligatoire est en perte de vitesse, ou quasi absente désormais, des opérateurs privés peuvent avoir un vrai pouvoir de marché sur eux, et sur leur profession, sans nécessairement passer par les syndicats et donc, ils ont essayé de s'opposer à ce qu'on appelait les réseaux de soins.

Cela concerne en gros, les opticiens, les audioprothésistes, un peu moins les dentistes, un peu moins les établissements de santé. Il y a eu à un moment donné un contentieux concernant la MGEN, mais il faut d'abord que j'explique comment fonctionne un réseau de soins. Un réseau de soins c'est une négociation plus ou moins dans le rapport de force, mais c'est une négociation entre un financeur et un offreur de soins, l'offreur de soins accepte de baisser le tarif unitaire d'une prestation en contrepartie de quoi, le financeur est censé lui adresser un nombre de patients supplémentaires et donc, ce que le professionnel de santé perd dans ses tarifs unitaires, il est censé les récupérer et bien au-delà, en volume, le modèle économique c'est ça, pour inciter certains adhérents ou assurés, on dit adhérents pour mutuelle et assurés pour les autres organismes, à aller voir des professionnels de santé ainsi sélectionnés, membres des réseaux de soins. Certains organismes, pas tous, prévoient de mieux rembourser les patients qui se rendent vers les professionnels de santé avec lesquels par ailleurs des tarifs moindres ont été négociés, ce qu'on appelle la « bonification des garanties ».

A un moment donné, les chirurgiens-dentistes ont fait un recours contre la MGEN concernant sa bonification de garanties parce que dans l'Article I du code de la mutualité, il n'était pas prévu que deux adhérents puissent avoir des niveaux de remboursement différents et c'est vrai.

Et donc il y a eu plusieurs contentieux qui sont pas aller jusqu'en cassation ou en appel, donc c'est pas vraiment une jurisprudence mais enfin, il fallait faire quelque chose. Et donc la Mutualité Française s'est mobilisée pour faire modifier l'Article I du code de la Mutualité et bon, on sait comment commence le travail législatif mais on ne sait jamais comment il finit et donc, dans le processus législatif, la proposition de loi dite « Le Roux » donc s'est traduite par une loi qui permettait de répondre à cette demande des mutualistes, il n'y avait aucune raison que seules les assurances ou les institutions de prévoyance puissent juridiquement bonifier leurs garanties mais, en contrepartie de quoi, il était décidé de davantage réglementer l'activité des réseaux de soins pour les différents opérateurs. En gros, il n'y avait pas de difficulté pour faire des réseaux de soins avec toutes les professions, la seule difficulté c'était des réseaux de soins sur les tarifs des médecins. Le dispositif que

j'évoquais toute à l'heure de conventionnements hospitaliers mutualistes, antérieur à ces péripéties, était ainsi conçu qu'il pouvait y avoir un effet sur les tarifs des médecins, mais comme on ne négociait pas sur les tarifs des médecins, ils n'étaient pas concernés par cette disposition législative. Mais donc ça a donné lieu à beaucoup de controverses et un début de mobilisation des professionnels de santé ou certaines catégories d'entre eux contre les réseaux de soins. C'est un débat qui reste récurrent. On peut trouver un tas de communication de la Cour des comptes, de l'Autorité de la concurrence concernant les réseaux de soins, expliquant que ça avait un fonctionnement pro-concurrentiel et, en effet utile sur les prix et l'amélioration de la qualité.

MIP : Et vous-même, UNOCAM, indépendamment de la Cour des comptes et de l'autorité de la concurrence, avez vous tiré un bilan effet volume – effet prix de ces réseaux de soins ?

E.B. : Non, notre positionnement par rapport aux fédérations, par rapport à leurs membres etc.. ne nous met pas en situation de nous placer, comme un régulateur, observateur, évaluateur de l'action des organismes complémentaires de l'assurance maladie. Institutionnellement, on ne peut pas avoir ce rôle là mais les organismes de contrôle ont conclu à cet effet positif de toute façon. J'ai cru comprendre par ailleurs, je ne suis pas censé le savoir, que la Cour des comptes s'intéressait beaucoup en ce moment à l'Ordre des chirurgiens-dentistes au niveau national et dans certains niveaux départementaux, notamment sur les actions engagées par ces ordres contre les réseaux de soins. Il y aura une actualité chaude dans quelques temps là-dessus qui pourra vous arranger.

Voilà, des réseaux de soins, il y en a de deux types. Si vous voulez faire des typologies : des réseaux dits ouverts et des réseaux dits fermés. Là, je vais vous donner une méthode toute simple pour expliquer ça à n'importe qui. Du point de vue de l'adhérent ou assuré, tout réseau est ouvert, c'est-à-dire un adhérent assuré peut aller voir un professionnel sélectionné ou pas et il est remboursé. S'il a une bonification de garantie, il est moins remboursé mais il est remboursé. Il ne bénéficie pas d'un moindre tarif c'est tout quoi.

Alors, voilà : la différence entre réseau ouvert et réseau fermé, c'est la différence, en gros, entre un examen et un concours. Un réseau ouvert, c'est tous les professionnels de santé qui remplissent les conditions du cahier des charges qui peuvent rentrer dans le réseau. Le réseau fermé, c'est seuls les X premiers qui remplissent les conditions qui peuvent adhérer au réseau. La comparaison est, en partie, impropre parce qu'en principe, dans un concours, les X premiers sont les meilleurs, là il n'y a pas cette notion là, c'est souvent les X premiers.

C'est une comparaison qui permet d'expliquer clairement à tout le monde la différence entre réseaux fermés et réseaux ouverts. Les réseaux fermés, il y en a très peu.

MIP : Vous n'avez pas cité les contrats responsables. On a vu l'hospitalier, les réseaux de soins ouverts et fermés, mais les contrats responsables et solidaires. Est-ce que c'est une forme de partenariat ?

E.B. : Non, non c'est une autre notion, mais c'est important que je vous explique ça. D'abord parce que ce n'est pas pour tout le monde. En économie, il y a un mécanisme qu'on appelle « l'effet de levier ». L'effet de levier c'est la capacité d'utiliser un outil pour décupler une force qu'on n'a pas, et bien dans le monde de l'assurance maladie, l'effet de levier, c'est le contrat « responsable » c'est l'outil à la disposition des pouvoirs publics qui permet à l'assurance maladie obligatoire d'avoir plus d'effet en mobilisant les ressources de l'assurance maladie complémentaire.

Les contrats d'assurance qui respectent un certain cahier des charges, notamment on va dire des suggestions de service public bénéficient d'une fiscalité plus attractive que les autres : c'est ça les contrats responsables. Et donc, il y a un cahier des charges type qui permet de voir quelles sont les prestations prises en charge ou pas etc...

Voilà en gros, quasiment tous les contrats sont responsables mais le cahier des charges a été revu l'année dernière, mais bon, tous les contrats s'adaptent nécessairement, même si la différence de fiscalité est devenue moins attractive. Vous aurez tous les chiffres dans notre rapport aussi, mais quasiment tous les contrats sont responsables. Et les contrats qui ne seraient pas responsables, contrairement à l'idée préconçue qu'on pourrait avoir, sont rarement des contrats haut de gamme à destination d'une clientèle qui serait privilégiée, c'est plutôt des garanties dites partielles pour des gens qui sont plutôt démunis, c'est-à-dire pour des gens qui se garantiraient seulement contre le risque d'être hospitalisé.

MIP : Cela a un impact quand même sur l'offre de soins ?

E.B. : Non, cela a un impact sur le niveau remboursement. Par exemple, le nouveau cahier des charges porte pas sur les tarifs dentaires, en revanche sur l'optique, il a sans doute prévu des tarifs un peu élevés par rapport au standard du marché, voyez donc et sur les dépassements d'honoraires, il prévoit un niveau de prise en charge différent entre les médecins adhérents au contrat d'accès aux soins et ceux qui ne le seraient pas.

MIP : Avec ça on couvre donc tout le paysage partenarial ?

E.B. : En gros, il y a deux niveaux : le niveau conventionnel tripartite qui s'est fait dans un esprit de transfert de charges et on est passé à autre chose, et puis par ailleurs les politiques de relations bilatérales qui se font dans le cadre de réseau de soins. Il y a une articulation qu'on doit trouver entre les deux et notamment dans le cadre de l'avenant n° 3 à la convention nationale des chirurgiens-

dentistes qu'on a signé à l'été 2013. On avait prévu de développer nos relations bilatérales avec les chirurgiens-dentistes, on a signé trois accords en même temps à l'été 2013 : l'avenant qui était tripartite, à côté de ça un accord UNCAM-UNOCAM sur la transmission de cotes de groupement d'actes, en gros l'idée c'est de dire, on change la nomenclature pour avoir une nomenclature exhaustive et actualisée, dans le cadre des flux Noémi, c'est-à-dire des transferts d'informations automatisés entre les caisses et les organismes complémentaires d'assurance maladie. Et la troisième chose, c'était une charte de bonne pratique entre les chirurgiens-dentistes et nous avec l'engagement de travailler sur un certain nombre de dossiers, c'est qu'on a fait d'ailleurs depuis et donc des relations bilatérales. Il était prévu que ne pouvait être signataire de la charte qu'un syndicat qui serait par ailleurs signataire de l'avenant donc c'était bien l'affichage d'une volonté politique qui était de développer des relations bilatérales dans le respect des politiques conventionnelles tripartites. On était à ce moment là, dans cette situation là. Où en serions-nous aujourd'hui ? Je ne sais pas.

MIP : D'accord et en comparant les différents modèles de conventionnement et en regardant éventuellement les exemples étrangers, type HMO aux Etats-Unis, est-ce qu'il y a aujourd'hui, pour vous en tant que représentant de l'UNOCAM, un modèle plus pertinent qu'un autre, un modèle à améliorer, un modèle vers lequel il faudrait tendre, compte tenu des exemples étrangers, ou quelque chose à améliorer, quel serait l'avenir de ces modèles pour vous ?

E.B. : Comme beaucoup de responsables du monde de l'assurance maladie complémentaire, j'ai fait mon stage à la Kaiser Permanente à San Francisco pour savoir ce que c'est un HMO etc, c'était pas déplaisant, c'était très intéressant, mais c'est quand même très différent de ce qui se passe chez nous. C'est différent, il y a plusieurs types de HMO, le plus intéressant à étudier c'est celui de la finance unique, un modèle non lucratif.

MIP : Est-ce qu'on peut s'en inspirer ?

E.B. : Oui, il y a des leçons à en tirer, mais le système juridique est quand même très différent chez nous. Ne serait-ce parce qu'il n'y a qu'un seul financeur chez eux.

Une des grosses difficultés de la gestion du risque en France, c'est que l'assurance maladie n'est pas supplémentaire comme dans la plupart des autres pays de l'OCDE mais qu'elle est en grande partie complémentaire, c'est-à-dire qu'il y a un co-paiement de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire sur tous les types de prestations et ça c'est un premier obstacle à une gestion du risque efficace, d'ailleurs le rapport que la Cour des comptes va consacrer au secteur dentaire et qui sera inséré au rapport annuel en septembre en parlera et plaidera en faveur d'une partition plus claire des responsabilités entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire avec éventuellement, je ne suis pas sûr que ça soit suivi des faits dans le calendrier

politique dans lequel on est placé et, le fait que l'assurance maladie obligatoire cesse de rembourser le peu qu'elle rembourse aujourd'hui sur les soins prothétiques pour réaffecter cet argent là à la revalorisation des actes de préventions, des soins conservateurs et chirurgicaux : cela signifie un transfert de 900 millions d'euros. C'est important, donc voilà. Le premier sujet, c'est la grosse différence avec le HMO, c'est un financeur unique qui n'est pas le cas chez nous et donc une diminution des responsabilités dans la gestion du risque qui place en position de force les syndicats des professionnels de santé.

Nos différences, c'est qu'aux Etats-Unis, le financeur est vraiment l'employeur d'une grande partie des professionnels de santé, il possède ses cliniques, ce n'est pas le cas de tous les HMO, de ses auxiliaires médicaux et de ses équipes de médecins. La HMO ne les salarie pas parce qu'on se rend compte qu'un médecin qu'on salarie cesse de travailler, mais elle a des contrats de quelques années sur objectifs avec des équipes de médecins, quelle résilie en fonction de l'atteinte des résultats.

Ca c'est une autre différence, les relations entre les HMO, les financeurs et les offreurs de soins sont beaucoup plus intégrées qu'elles ne le sont dans le cadre de notre réseau de soins.

Et puis la troisième chose, et qui est très très importante, c'est qu'il y a une moindre sensibilité dans les HMO sur la question du respect de la vie privée et du secret médical.

Vous avez des politiques de prévention qui sont très efficaces et très impressionnantes et des évaluations qui sont vraiment bluffantes dans le cadre de ces HMO sur le sevrage tabagique, la reprise des activités sportives avec notamment des primes d'assurance qui sont, tout de suite, réduites en fonction des pratiques vertueuses, des compliments vertueux des assurés. Et avec le soutien des médecins et notamment un suivi très précis par le financeur de la baisse des prescriptions de médicaments par les médecins des assurés. Il me semble qu'il est difficile de pouvoir s'inspirer très clairement de ce qui se passe aux Etats-Unis. Il y aura une voie moyenne à trouver.

MIP : D'accord. Vous, vous soulignez que le modèle HMO est finalement beaucoup plus intrusif.

E.B. : Evidemment.

MIP : C'est une position intéressante parce que effectivement, Frédéric BIZARD, que vous connaissez, souligne dans son livre une position un peu inverse et dit : les assureurs santé américains ont largement négligé le maintien en bonne santé des personnes et focalisé leur action sur la réduction des remboursements de soins. Lui à l'inverse souligne, que le modèle américain tend à se désengager du suivi sur le long terme de ses patients.

E.B. : C'est toujours le même problème, lorsqu'on parle des Etats-Unis. Moi, j'ai limité mon propos au HMO que j'ai visité parce que, en fait, vous trouvez aux Etats-Unis tous les systèmes, y compris des systèmes qui sont beaucoup plus solidaires que les nôtres.

Par exemple le système de sécurité sociale des vétérans, tous les français rêveraient d'avoir le droit à un système de protection sociale de ce type là. Vous voyez. Moi, je pense que une des questions qui se pose tout de même, c'est très politiquement incorrect parce que ça oblige à bouger des lignes et on a un peu du mal en France mais, une des questions qui se pose c'est : « Est-ce qu'une clarification des responsabilités entre les différents type de financeurs n'est pas à rechercher pour avoir une action plus efficace en matière de gestion du risque ? ». De ce point de vue là, je suis plutôt d'accord, il y a des divergences.

Vous trouverez d'ailleurs sur le site de la CNSD, syndicat dentaire, une réaction au futur rapport de la Cour de comptes de septembre. Vous pouvez vous inspirer de ça pour dire qu'il y a des trucs en cours. C'est compliqué, vous imaginez bien qu'un gouvernement ne va pas donner l'impression que la Sécu se désengage des couronnes à six mois d'une élection présidentielle, pour donner par ailleurs 900 Millions d'euros à une profession privilégiée aux yeux des français, les chirurgiens-dentistes, c'est invendable un truc comme ça.

MIP : On peut peut-être évoquer les effets de ces partenariats bilatéraux, et éventuellement des conventions tripartites, en matière de qualité de l'offre de soins par exemple ?

E.B. : Oui, je vous parlais des tripartites, car on est en plein dans la négociation consommée avec les médecins là, elles aboutiront fin août et à partir de septembre puis fin décembre ce sera avec les chirurgiens-dentistes. Ca va être deux enjeux importants.

Alors dans les règles qui sont contrôlées par l'autorité de la concurrence, il y a le respect de la qualité qui est un référentiel émanant des agences sanitaires, type HAS. Donc, très souvent les syndicats de professionnels mettent en avant la question de la qualité pour tenter de résister au réseau de soins, en tout cas rhétoriquement, mais ça fait partie des sujets sur lesquels les organismes sont contrôlés. L'UNOCAM est représentée au comité économique des produits santé qui fixe les prix des médicaments et des dispositifs médicaux, on ne prononce pas nous sur le travail scientifique de détermination du niveau de qualité des prestations et des produits.

MIP : D'accord. Et s'agissant des effets financiers et budgétaires?

E.B. : Non, chaque organisme gère son truc.

MIP : Et vous ne faites pas de synthèse ?

E.B. : On ne peut pas avoir de bases de données agrégées, on n'est pas une caisse nationale.

C'est compliqué, même chaque fédération pour ses membres n'y arrive pas, parce que agréger ses données là c'est comparer des concurrents, c'est très compliqué.

Quand on est issu de ce monde là, c'est pas possible. Il faut être extérieur pour pouvoir le faire. C'est pour ça que souvent les données statistiques intéressantes sur le monde de l'assurance maladie complémentaire émanent soit de la DRESS, soit du fonds CMU.

MIP : Les relations avec les professionnels de santé, et lesquels, se sont-elles dégradées, s'améliorent-elles, pourquoi parfois il y a eu opposition de certains offreurs de soins, notamment libéraux au rattachement ou à l'adhésion à un réseau ? Est-ce que ces types de partenariats ont eu un impact, une incidence sur la nature même de la relation entre les organismes d'AMC et les offreurs de soins ?

E.B. : Alors premier élément de réponse provocateur de ma part, on en a rien à faire.

Nous sommes des acteurs économiques, on n'est pas des responsables politiques.

Deuxième élément de réponse, parce que celui-ci n'est pas suffisant (Rires). S'il y a des éléments de contestation de la part de professionnels de santé, d'organisations syndicales, c'est sans doute que cela a un effet donc c'est plutôt un indice à priori, qu'il y aurait un service rendu aux adhérents et assurés à travers un début de lutte contre une partie de l'économie de la rente dans le système de santé.

Troisième élément de réponse, les professionnels de santé qui sont dans un réseau, ils en sortent rarement.

MIP : Et la généralisation du tiers payant, est-ce qu'elle a un impact quelconque ou pas sur la nature de cette relation ?

E.B. : Non, je pense que c'est déconnecté.

Vu les tarifs pratiqués par les opticiens ou les audio-prothésistes, s'ils veulent vendre leurs équipements, ils ont intérêt à pratiquer le tiers payant vis-à-vis de leurs patients. La question se pose très peu pour eux et concernant les chirurgiens-dentistes, je ne suis pas sûr que le tiers payant ne se développe pas malgré tout. C'est quand même un service, ils sont aussi confrontés, pour le coup, beaucoup plus que le médecin, au problème du coût des prestations proposé au remboursement pour la plupart de leurs patients.

A titre personnel, je trouve que c'est une réponse apportée à un problème qui ne se pose pas nécessairement. Je trouve que c'est envoyer un message à tout le monde qui est de penser que la médecine est gratuite or, je pense qu'on est plutôt dans un moment, en matière de politique publique,

où il faut redonner un peu de sens de l'effort à chacun, qu'on soit de droite ou de gauche. Je pense que le tiers payant aurait dû ne porter que sur le tarif opposable, ce qui aurait permis d'objectiver cette partie d'économie de la rente qu'on appelle les dépassements d'honoraires lors des consultations médicales. Vous allez voir votre ophtamo et vous payez 40 € de la main à la main comme ça, vous comprenez vraiment que vous vous êtes fait avoir de 40 €.

MIP : Sur un autre type d'incidence qu'on a pas encore évoqué, l'incidence sur le marché même de l'assurance complémentaire ? Est-ce que pour vous aujourd'hui apparaissent de nouveaux rapprochements, de nouveaux enjeux de concurrence ?

E.B. : Alors le marché de l'assurance maladie complémentaire se concentre très vite pour différentes raisons : les règles de solvabilité, il faut avoir plus d'argent de côté, il faut par ailleurs j'y reviens dans quelques instants, on n'est mieux traité si l'on court plusieurs risques qu'un seul risque, cela conduit aussi à des regroupements entre différents organismes.

MIP : Liés à Solvency II ou pas ?

E.B. : Oui, c'est le principe, on ne met pas tous ses œufs dans le même panier, voilà.

Il y a l'ANI qui fragilise la généralisation de la complémentaire santé pour les salariés, ce qui fragilise les organismes qui faisaient beaucoup de contrats individuels par ailleurs. Il y a la mesure sur les contrats de complémentaire santé pour les 65 ans et plus qui fragilise également l'aide économique des mutuelles santé qui faisaient beaucoup d'adhérents âgés. Tout cela oblige les organismes à se concentrer.

Ca se traduit dans un premier temps, par leurs frais de gestion qui augmentent parce qu'il faut absorber tout cela mais après cela se réduira. Il y aura un coût social dans tout cela et on voit bien, que cette marche en avant va aller plus vite aussi parce que les différentes mesures réglementaires qui visent à définir des paniers de soins réduisent la capacité des organismes à mutualiser le risque et ce qui va aussi se traduire par un modèle économique beaucoup moins profitable. Les résultats techniques des organismes complémentaires sur le dernier exercice connu sont excédentaires seulement de 0,7 %, c'est pas beaucoup et donc, on est dans un modèle qui est en train de se fragiliser, ça pousse à grandir.

Les politiques conventionnelles sont effectivement un outil de différenciation des organismes, c'est un outil aussi, qui permet au plus gros organisme de marquer de la distance d'un point de vue concurrentiel par rapport au plus petit donc. Les plus petits sont alors obligés d'intégrer les ensembles du plus grand, de ce point de vue là c'est stratégique pour les organismes complémentaires pour être attractif dans les fusions d'avoir développer ce type d'outil. Par ailleurs, souvent dans les fusions, on a des sujets qui posent problèmes aux organismes, c'est celui de comment on fait coexister des réseaux

de conventionnements différents. La MGEM et HARMONIE qui se sont rapprochés avec chacune leur politique conventionnelle différente, avec des conventionnements qui passait plutôt par des syndicats

Notamment avec des dentistes côté MGE et par ailleurs, HARMONIE, qui avec KALIVIA était dans une approche marché plus agressive. Voilà, il faut après choisir quel est l'outil que l'on retient, quelle conséquence que ça a en tout cas de rapprochement etc.

MIP : Et pour vous c'est une solution à la perte de profitabilité actuelle des organismes de petites et de moyennes tailles ?

E.B. : Pour moi, l'activité d'assurance est tendanciellement de moins en moins profitable compte tenu des évolutions réglementaires. Si on veut recréer de la valeur, il faut proposer des services et les services ça passent totalement par le conventionnement. Ces services en terme de conventionnement permettent également de constituer des bases de données intéressantes qui peuvent être après la source d'autres innovations.

MIP : Vous avez prononcé le mot qui effectivement importe, c'est l'innovation. Oui, l'offre de soins en sortira plus grande et non pas affaiblie parce qu'on connaît les conséquences économiques : les monopoles, les oligopoles, les duopoles ne favorisent pas forcément l'innovation et la diversification de l'offre. Là sur le marché de l'assurance complémentaire pour vous la constitution de gros ensembles favorisera l'innovation ?

E.B. : Et si c'est pas l'assurance qui le fait ce sera d'autres acteurs qui le feront, en faveur de plus gros big data. Si ce n'est pas fait par les assureurs, ça peut être fait par des réseaux type GOOGLE demain.

MIP : Mais après le numérique ne peut pas remplacer les réseaux professionnels. Il faut à un moment donné quelqu'un qui fasse les soins ?

E.B. : Non, mais pour l'adressage, il n'y a pas besoin d'organisme assureur finalement.

MIP : Je vois ce que vous voulez dire. Ca pourra être une surface, une plateforme numérique, d'aiguillage à partir des data ? C'est très intrusif pour le coup ?

E.B. : A mon avis, tout est dans la façon dont on gère les problématiques d'accès aux données de santé. L'essentiel ça ne sera plus l'accès aux données au remboursement de la sécu, il y aura plein d'autres données de santé qui auront un impact sur la santé et qui seront mobilisables par ailleurs, et dont le cadre n'est pas du tout régulé aujourd'hui.

MIP : Quel bilan tirez vous des réseaux de soins conventionnés, notamment du point de vue de leurs effets sur l'offre et la demande de soins ?

F.B. : Les réseaux de soins conventionnés sont en France depuis une vingtaine d'année, on a un certain recul. Juste rappeler ce qu'est un réseau de soins, c'est une contractualisation entre une plateforme en France, puisque ce ne sont pas les assureurs en direct qui organisent ces réseaux mais elles passent par des prestataires de service, et les professionnels de santé, qui tourne autour de trois critères : la qualité, le prix et le volume. En contrepartie, en théorie, d'une hausse des volumes, les professionnels de santé doivent baisser leurs prix et maintenir la qualité. Et là, on commence à voir un petit peu les limites du modèle parce qu'en santé, ce modèle là, ne peut pas fonctionner sur le moyen long terme, vous ne pouvez pas parce que lorsqu'on est, en particulier, en économie d'innovation, comme on l'est aujourd'hui, on a des plaques d'innovation qui vont améliorer la prise en charge. Mais l'innovation a un prix et se paye et l'innovation a comme conséquence de baisser les volumes avec une meilleure prise en charge de soins. Vous êtes sur un modèle qui est complètement à contre-nature, à contre courant par rapport aux tendances actuelles et pas aux tendances de ces quelques mois mais aux tendances longues. Et on va voir que c'est à contre-courant complet de la gestion du risque.

Il faut savoir, le deuxième point important pour les réseaux, le modèle du réseau est un modèle d'acheteur de soins, c'est-à-dire vous avez le prestataire de services, l'assureur qui a pour objectif de devenir acheteur de soins, donc de devenir centrale d'achats et à partir du moment où vous avez commencé à baisser les honoraires, vous ne pouvez pas aller éternellement, il faut prendre en charge l'achat de la matière première des dispositifs médicaux, c'est ce qui se passe aujourd'hui dans l'optique, vous avez les réseaux qui commencent à être centrales d'achat, pour les lunettes, d'où les cris d'orfraie des opticiens à qui on avait pas dit ça, ils pensaient que c'était du « gagnant-gagnant », qu'on allait avoir plus de volume sans prise de contrôle de leur activité. Il y a une prise de contrôle de l'activité et cela fait partie de toutes les limites du système puisque évidemment, quelle est la compétence et la légitimité de ces réseaux qui sont des plateformes internet et téléphonique sans aucune compétence médicale la-dedans, KALIVIA par exemple, Carte blanche, Itélis ? Quelle est leur légitimité leur compétence médicale pour se substituer aux professionnels de santé dans les décisions thérapeutiques ou dans le choix des lunettes, ou les prothèses pour les dentistes ou même pour les médecins ?

Les effets sur prix – volume et sur l’organisation du marché, ils sont sans surprise, contrairement à ce qu’on pourrait penser, les réseaux augmentent les dépenses de soins, on le voit en optique en France et notamment aux Etats-Unis. Pourquoi ? Cette promesse de hausse des volumes est beaucoup plus importante et se traduit par un effet volume beaucoup plus fort que l’effet prix, en particulier si vous avez des médecins qui ne sont pas des salariés. Cela conduirait en France, si on laisse ce système, à la fin de l’exercice libéral. Dans un modèle d’exercice libéral, vous avez toujours un effet prix qui est toujours limité par contre, l’effet volume est bien là, même si vous avez un effet prix, il est encore un fois, plus que compensé par l’effet volume. On l’a vu précisément là où cela est censé le moins mal marcher, sur l’optique. La CNAM a sorti une étude sur les dépenses de santé, que vous pouvez consulter sur internet, un rapport de 2006 à 2014, une étude sur 8 ans qui a montré une hausse sur le marché des réseaux.

Vous avez une hausse des dépenses de santé de 58 % avec un effet de prix de 8 % parmi les 58 % donc modeste en deçà de l’inflation qui est de 1 %. Pour une l’inflation qui est à 1,6 %/ an et, vous avez un effet volume pour le reste, avec un effet de structure par rapport à l’évolution de la structure de la population qui est modeste de 3 à 4 % et le reste c’est uniquement un effet recours, c’est-à-dire une hausse du taux de renouvellement qui est normalement au lieu d’être de 4 ans est passé à 2 ans.

L’assuré patient, assuré client, lui a une tendance à optimiser, ce qui considère comme un droit, à utiliser le budget dont il a droit, on reviendra plus tard sur la structuration du marché, mais donc il a une tendance à renouveler plus fréquemment ses lunettes et le professionnel de santé a évidemment une forte incitation à le faire mais, contrairement à ce que disent les OCAM, c’est pas les professionnels de santé qu’il faut blâmer, eux ils profitent d’un effet d’aubaine ou tout du moins ils sont dans un modèle où ils doivent compenser leur baisse de marge, ce qu’ils font, en augmentant le volume, je vous rappelle que la promesse du réseau c’est d’augmenter le volume. Cette logique là de volume contre prix c’est une fiction.

MIP : Une fiction ... sauf pour les usagers qui du coup renoncent moins aux soins, non ?

F.B. : Non, on va y arriver, ça se saurait, on ne peut pas nous dire toute la journée, à la fois qu’il y a un renoncement de soins dans ce pays, en particulier en optique, là où il y a des réseaux et nous dire que les réseaux sont déficients.

Pourquoi c’est déficient pour le renoncement aux soins parce que d’une part ça augmente les dépenses et, puisque que, ça augmente les dépenses, ça augmente les primes, vous savez que c’est lié à la fréquence fois le coût de la cotation d’un contrat, fréquence fois coût, vous avez donc une hausse des primes, ce qu’on voit d’ailleurs à 5 % par an depuis 2000. Il y a des Français qui sont moins protégés à savoir, que dans les contrats individuels, vous avez 50 % des contrats individuels à ticket modérateur

qui ne servent à rien, ceux qui ont des contrats individuels, ce sont ceux qui ont plus besoin de protection, ce sont des Français qui sont mal protégés : flics, retraités, chômeurs. C'est clair. Vous avez un renoncement aux soins de fait. Contrairement, encore une fois je prends les faits, je ne porte pas de jugement de valeur, je vois bien dans les faits, là où sont les réseaux depuis vingt ans, c'est là où qu'il y a le plus de renoncement aux soins : dentaire – optique, alors que vous avez pas de renoncement aux soins dans les consultations médicales ou très peu. La soit disante baisse des prix et baisse des dépenses ne sont donc pas là, c'est un moyen totalement inefficace, contre-productif pour gérer la question du renoncement aux soins ou c'est la stratégie du pompier pyromane, parce que le renoncement aux soins vient du fait que les français ne sont pas bien protégés là où ils devraient l'être c'est-à-dire le reste à charge. Ce reste à charge, il est composé de quoi ? Le ticket modérateur pour 21 Milliards, la partie libre des honoraires, quand vous prenez un certain nombre de valeur d'actes vous parlez de dépassements d'honoraires c'est un double langage, vous avez des actes pour lesquels la partie libre est partie intégrante du dépassement du tarif, celui qui parle de dépassements d'honoraires, ça fait celui qui dépasse, celui qui abuse, or on ne peut pas raisonner comme ça ou on est extrêmement démagogique sur la chose mais il y a une partie libre dans les tarifs et une partie libre dans les honoraires.

MIP : Et dans les réseaux, les OCAM ont un pouvoir vis-à-vis des professionnels pour encadrer les dépassements d'honoraires, ou pas ?

F.B. : Attendez, non, on va revenir là-dessus. Et la troisième partie, ce sont les dépenses qui ne sont pas présentées au remboursement, c'est 8 Milliards. Pourquoi c'est important ce que je vous dis c'est parce que dans ces trois composantes, quelle est la composante à risque pour l'assuré ? La partie libre des honoraires. On est bien d'accord. C'est là, que vous pouvez avoir un renoncement aux soins. C'est bien ce qui est au-delà du tarif Sécu qui est à risque, or que font les complémentaires santé, en premier, elles remboursent 27 Milliards de soins, et avant tout les tickets modérateurs parce que c'est plus rentable pour elles de rembourser quelque chose qui ne correspond à aucun risque et qui est parfaitement prévisible. Elles remboursent 27 milliards d'euros alors que vous avez 21 Milliards de tickets modérateurs. Elles remboursent 15 Milliards uniquement pour les tickets modérateurs de ville, qui correspondent à des remboursements qui ne peuvent pas correspondre à un risque. Je pense qu'il faut revoir la part du ticket modérateur qui a été mis en place en 1945 dans un monde qui n'existe plus et on voit qu'il y a un vrai problème, il est bien dans la partie couverture du risque par les OCAM qui n'est pas en adéquation avec la hiérarchie de la partie du risque des assurés.

On a fait croire aux français que les problèmes viennent des problèmes de santé, or le problème vient de la gestion du risque. Bien sûr qu'il y a des abus, vous connaissez une profession dans laquelle il n'y

a pas d'abus vous ? Essayer de penser que les problèmes sont dans les abus c'est la meilleure façon de ne jamais résoudre aucun problème : les abus ils faut les identifier, les sanctionner, il faut qu'il y est un système dissuasif : s'ils ne sont pas suffisamment surveillés, pénalisés, il faut d'avantage de fermeté.

MIP : Vous iriez jusqu' à la suppression plutôt que la réforme des réseaux ?

F.B. : Le remboursement différencié, il faut les supprimer, pas les complémentaires santé. Les réseaux différenciés, il est évidemment qu'il faut les supprimer. Mais je suis favorable aux plate-formes en France. D'où viennent ces réseaux en France, ces Cartes blanches, etc. c'était historiquement des plates-formes de service des assureurs à destination de leurs assurés et aujourd'hui on les a transformé en régulateur de soins orientés vers des professionnels de santé et, moi je les ai ramenés à leur rôle premier, qui est un rôle de prestataire de service

pour les assurés. Il y a tellement de choses à faire.

MIP : Vous, vous ne pensez pas, qu'ils pourront d'une manière ou d'une autre participer à la régulation des dépenses de santé ?

F.B. : C'est à eux de le faire ? Ils n'ont aucune légitimité pour ça, attention, bien sûr, ils peuvent participer à la régulation et là j'arrive sur un plan, vous qui êtes dans le secteur, ça va tout de suite vous parler, il y a une raison majeure pour lequel il faut supprimer le remboursement différencié et, donc le rôle de régulateur des professionnels de santé que l'on donne à ces réseaux, c'est encore une fois , comme je disais tout à l'heure, c'est contre-nature à la gestion du risque du 21^e siècle. On était dans un modèle du 20^e siècle qui était un modèle appelé curativo-centré avec des assurés passifs, qui intervenait en post-risque, une fois que la maladie était déclarée. La priorité c'était de médicaliser le territoire et que les gens aient accès à un personnel de santé. Cela fait 40 ans qu'on a réussi à faire cela, on est resté là-dessus, si vous lisez les principaux discours de Marisol Touraine et de sa prédécesseur.

C'est tellement important, qu'il faut l'inclure aujourd'hui dans un autre objectif qui est l'accès à la santé, vous allez voir pourquoi donc, avec une politique avec deux bras, une politique de maintien en bonne santé et une politique de meilleurs soins aux meilleurs prix. Donc il faut passer à un système de gestion du risque tout au long du cycle vie de l'assuré et pas seulement et surtout pas au moment où le risque est déclaré. Pourquoi ? C'est pas simplement une discussion intellectuelle, c'est que de toute façon, le système est condamné à un crash sanitaire et financier si vous ne le faites pas, parce que vous avez une hausse très forte du coût de l'intervention, du coût unitaire de soins, voir les molécules contre le cancer. Les nouvelles thérapies, c'est beaucoup plus efficace mais avec un coût unitaire de soins très important. Le vieillissement de la population, qui n'a pas un effet indirect sur les dépenses mais

un effet direct en matière de demande potentielle, plus on vieillit, plus on a potentiellement une polyopathie, si vous prenez ce cocktail là d'une demande potentielle en forte hausse et d'une économie d'innovation forte qui arrive, vous voyez bien que si on ne fait rien pour repousser la pathologie et bien maîtriser cette demande potentielle, cela explose. Donc il faut changer son logiciel et agir en amont du risque où on a une connaissance qui a considérablement évolué. Repousser la pathologie, c'est pas que la prévention médicale, c'est pas que le dépistage, c'est les modes de vie, l'obésité c'est pas un virus, une bactérie, c'est bien les modes de vie qui impactent le plus.

MIP : Vous pensez que les OCAM peuvent intervenir à ce niveau là, au delà de la prévention ?

F.B. : Donc, qui fait quoi ? C'est pourquoi je ne suis pas défavorable du tout à la présence des OCAM dans le système après il faut qu'elle soit bien régulée comme tout acteur privé. Je suis favorable à l'exercice libéral en ville mais, sous réserve qu'il soit régulé, or là on est dans un système où c'est pas régulé. On y reviendra. Les OCAM ont leur place en amont du risque, là où il y a une nouvelle stratégie, un nouvel axe de stratégie à avoir. Pourquoi ? Parce qu'elles sont extrêmement présentes dans la production des produits, elles sont dans les retraites, les entreprises. Il y a tellement de choses à faire. Vous savez combien dépense un OCAM aujourd'hui en matière de prévention par assuré ? 40 centimes pour 130 € de frais de gestion par assuré. Je pense que là, il y a un peu de marge, comme le grand plan de prévention de Malakoff Médéric ... Ca se voit tellement, qu'ils sont obligés de dépenser des millions d'euros pour le faire savoir. Voyez, quand un système n'est pas régulé, il ne peut pas être au profit de l'assuré.

Donc, il faut les repositionner là où elles peuvent créer de la valeur pour cela, c'est le système de financement qu'il faut faire évoluer. Voilà, les réseaux n'apportent aucune valeur tels que sont organisés là avec un remboursement différencié.

C'est un affaiblissement de la liberté de choix. Je ne parle pas de suppression. Est-ce que c'est une bonne évolution d'affaiblir une liberté de choix ?

Sur le plan des principes, je ne pense pas, mais au-delà des principes, c'est que simplement cette liberté de choix, c'est une clé de voûte de l'efficacité de notre système, parce que dans un système comme la France, ce n'est pas le cas du système anglais, on a mis les offreurs de soins en concurrence, que se soit à l'hôpital ou en ville, c'est évident que cette liberté de choix est ce qui permet d'avoir une qualité intéressante. A partir du moment où vous rendez les gens captifs comme le font les réseaux, évidemment vous ne pouvez que baisser la qualité des prestations. Notre professionnel de santé, il n'a plus d'incitation à avoir des prestations de qualité.

Deuxièmement, c'est un affaiblissement de l'indépendance professionnelle de notre personnel de santé, qui à partir du moment où il contracte avec les réseaux doit en contrepartie de quoi s'engager sur la vente de certains dispositifs. C'est fondamentalement gênant, d'abord c'est contre l'éthique médicale de base, l'article 4, l'article 5 et l'article 8 du code déontologique.

Pourquoi ? parce que si vous voulez un système égalitaire, où quelque soit votre revenu, vous avez autant de chances d'être bien soigné que quelqu'un qui a plus de revenu que vous, il faut que le professionnel de santé que vous avez en face de vous soit totalement libre et indépendant dans sa prescription, donc c'est absolument fondamental.

Troisième chose, c'est un système qui est contre nature sur l'évolution de la gestion du risque puisque un réseau de soins, par définition, ça agit après au moment de la maladie pour baisser le coût du soin. C'est un système qui est anti-mutualiste, c'est un système purement assurantiel. Je rappelle que le système mutualiste c'est l'inverse, c'est le système solidaire, on considère chaque assuré de façon totalement égalitaire et solidaire quelque soit le Français. Toutes ces raisons là font qu'il n'y a aucune valeur ajoutée.

Donc, il faut supprimer le remboursement différencié qui supprimera le rôle de régulateur. Après la régulation du personnel de santé, il faut la repenser. Un certain nombre de suggestions figurent dans mon nouveau livre, d'ailleurs, qui, en partie, a inspiré le Conseil National de l'Ordre puisqu'il a parlé de recertification tous les cinq ans. Recertifier les médecins me paraît une bonne chose. Je vous rappelle que la régulation se fait aussi là. L'exercice libéral, il y a trois piliers : la liberté patient, la liberté du professionnel de santé, et la responsabilité. Le professionnel de santé, le médecin, il a trois tribunaux au-dessus de sa tête : le pénal, le civil, le disciplinaire de son ordre et puis la régulation.

MIP : Et les OCAM dans cette régulation ?

F.B. : Les OCAM ont à gérer le risque en amont sur les assurés. Ils n'ont aucune compétence pour le faire, ils sont là pour solvabiliser des assurés dans le modèle français, on peut changer le modèle, ce que je vous dis là c'est la refondation d'un modèle à la française, c'est quoi un modèle à la française ? C'est un modèle qui a trois piliers de valeurs : la liberté, l'égalité et la solidarité. On est les seuls à avoir ce trépied de valeurs.

Vous allez en Angleterre, on s'en fout de la liberté des gens, vous n'avez pas votre liberté de choix du médecin et si vous allez à l'hôpital, le système est totalement verrouillé. Les Anglais ont un modèle militariste et qui considère qu'un système de santé doit garantir à tous un accès minimal de soins et à ceux qui ont un peu plus d'argent la qualité d'une prestation de service au-delà de ce filet de sécurité. Même chose du côté américain, on considère que c'est le modèle du citoyen auto-suffisant.

On est les seuls à avoir ce trépied là, ce que je dis c'est qu'il n'y a pas de bon et de mauvais dans ce débat là. Il n'y a pas de débat, on ne veut pas qu'il y est de débat, c'est ce que je dénonce. Ce que je veux, c'est un débat démocratique. On ne peut pas dire que le modèle avec réseau nous permet d'avoir le bon modèle que chaque français aimerait avoir. Ça c'est faux.

Si on veut le développer, c'est aux français de décider, parce que ça a de vraies conséquences, ça a des conséquences dans l'accès et le modèle, dans l'acte professionnel de santé et dans la vie des professionnels de santé.

MIP : Et en matière d'innovation ? Est-ce que les nouveaux grands réseaux favorisent l'innovation technologique et industrielle ?

F.B. : L'innovation dans le marché des assureurs, elle est quasiment nulle. Non, c'est un système qui est totalement un frein à l'innovation. Pourquoi ? Parce qu'encore une fois, dans la logique du système, c'est de maintenir les prix les plus bas possible, c'est bien pour ça qu'on fait des réseaux, c'est pour faire baisser les prix. Or, quand vous êtes un industriel, aller faire de l'innovation avec des prix les plus bas avec en contrepartie de volume est un modèle économique qui est contre l'innovation, ça me paraît totalement indiscutable. Regarder les faits, les réseaux deviennent acheteurs de soins, de lunettes : ils achètent des lunettes haute gamme ou bas de gamme ? Bas de gamme.

C'est normal, c'est leur métier, une fois que vous avez étranglé les professionnels de santé, vous les faites survivre en leur redonnant un peu de marge avec des produits bas de gamme, ça oriente vers la concentration des acteurs. Pourquoi cela entraîne une concentration du marché ? Parce qu'il faut comprendre le fonctionnement du réseau, le modèle économique pour faire fonctionner le réseau de soins, c'est qu'il faut un nombre, un seuil critique d'assurés, il faut qu'il augmente en permanence pour agir sur la négociation tarifaire et sur les protocoles thérapeutiques des professionnels de santé pour réduire, améliorer en principe l'accès aux soins, c'est-à-dire réduire le reste à charge et les primes pour augmenter les parts de marché pour les assureurs, les parts de marché qui permettent d'augmenter le seuil critique des assurés. Donc c'est une course au gigantisme, qui ne s'arrête jamais, le marché américain par exemple est ultra concentré, vous prenez les cinq premiers acteurs, vous en aurez plus que trois dans un an, ils n'arrêtent pas. En France, il y en a encore 550, il y a de la marge ; vous prenez Harmonie mutuelle plus MGEN qui va devenir le premier acteur qui fait 4,6 Milliard d'euros et vous prenez le deuxième, Malakof Médéric plus l'assureur de la Poste, qui va faire autour de 4 ou 3 Milliards.

On voit si vous prenez les communiqués de presse, autour de l'annonce de ces fusions là, je vous invite à le faire, ce sont des fusions totalement contre nature : la mutuelle publique de l'éducation nationale et puis là, une mutuelle qui assure tout le monde, ça n'a rien à voir, ce sont deux mondes qui n'ont rien à voir, donc la logique industrielle, là dedans, est donc juste rien. Il y a une raison pour cela : augmenter le pouvoir de négociation vis à vis des professionnels de santé et quand vous enlevez le bla bla du communiqué de presse, c'est ce qui est dit, ce qui est sûr, moi j'évite de porter des jugements de valeurs.

Pour que le modèle fonctionne, il faut être le plus gros possible, est-ce que ce modèle est vertueux ou pas, j'essaie de vous expliquer à mon sens qu'il ne peut pas l'être. Ce n'est que le début, on n'a rien vu, parce qu'il va y avoir des mouvements de concentration dans les prestataires de service, il y a actuellement huit prestataires de services qui pèsent quasiment que dalle, qui désorganisent les plateformes, elles-mêmes. Le problème c'est qu'il y a trois familles différentes, de nombreux acteurs qui ont essayé chacun d'organiser leur propre réseau, c'est quand même un marché totalement désorganisé sans aucune logique industrielle et qui participe quand même à l'inefficacité du système.

On ne fusionne pas pour augmenter l'innovation. Les OCAM sont des financeurs, pas des industriels. Est-ce ces groupes là, ils vont être plus innovants que les autres. De ce qu'on peut voir aujourd'hui, vous avez des groupes qui sont particulièrement peu innovants, d'ailleurs ça va conduire à la numérisation du secteur à un moment ou un à autre parce qu'en termes de services, c'est une catastrophe, c'est un enfer pour les assurés, le service proposé par ces gens-là. Choisir sa complémentaire santé, c'est le parcours du combattant. Gérer l'innovation parlons-en, à l'heure du numérique en 2016. Ce secteur là ne mérite qu'une seule chose, un acteur type Oscar ou *Health* aux Etats-Unis qui a pris 10 % de la part du marché, en quelques mois, autour de la région de New York, qui arrive avec un système qui rend la souscription d'une complémentaire santé comme un produit sympathique et agréable.

MIP : Vous avez parlé d'ubérisation si on ne réussit pas la numérisation ?

F.B. : Si Google se met à faire de l'assurance santé, ils tous morts. L'ubérisation c'est quoi ? Vous passez sur un marché de service à la demande, c'est moi le consommateur d'assuré qui choisit, qui décide vers quelle offre je vais, alors que là c'est l'offre qui choisit les produits que vous avez. Vous donnez un service par le numérique où vous donnez la force de négociation à l'assuré : je suis là si j'appelle un taxi il vient là, je ne sors plus, c'est moi qui décide, c'est se qui se passe avec Airbnb, je n'ai plus besoin de savoir où sont les hôtels, je choisis, où je vais où je veux.

Quand j'entends innovation ! Ils ont de la marge pour innover, ils peuvent y aller. Sauf que innover, cela veut dire être assez transparent et donner du pouvoir à l'assuré, surtout que l'assuré reste dans une

opacité la plus totale pour pouvoir lui vendre ce qu'il souhaite lui vendre. Si l'assuré pouvait vraiment décider davantage d'une meilleure utilisation de son argent, je peux vous dire qu'il serait un peu mieux protégé, il y a un véritable scandale sous-jacent.

Ce que je vois, en tout cas, c'est un fait, ce marché se développe tout le temps avec en parallèle, une hausse des renoncements de soins. 30 % des français qui renoncent à des soins dentaires et sauf que derrière cela, on entend dire qu'il y a des voyous qui soignent les français et qui s'en mettent plein les poches donc il faut que vous nous donniez un peu plus de pouvoir, il faut qu'on les contrôle ces voyous. Evidemment, il y a une meilleure régulation possible, il faut donc regarder la source du problème et non pas seulement les symptômes.

Entretien n°4 réalisé le 10 mai 2016 par Benoit Cornet et Sophie Schumm avec Madame V.T., responsable à l'Unité Régionale (UR) de la Mutualité Française

MIP : on s'est positionné, on a choisi le sujet qui traite des complémentaires, la relation entre... les liens qu'il y a entre les complémentaires et l'offre de soins, les offreurs de soins ; c'est dans ce cadre-là que différentes personnes sont interrogées, nous essayons d'avoir l'éventail le plus large possible et euh on voudrait avoir l'opinion, la position des organismes qui interviennent euh dans les complémentaires santé à savoir les Assurances, les Instituts de Prévoyance et les Mutuelles ; c'est dans ce cadre-là, le calendrier est assez serré, on doit rendre la semaine prochaine, j'ai contacté d'autres personnes dont madame L. qui n'a pas pu, et Mr P. Voilà c'est dans ce cadre-là que je vous ai contactée et je vous remercie d'avoir accepté.

VT : Sachant que moi je ne travaille pas du tout pour la même structure que Mme L. et Mr P. C'est toute la complexité de la Mutualité Française.

MIP : Alors justement vous voulez bien nous expliquer

VT : Alors nous on dépend de la Fédération Nationale de la Mutualité Française d'ailleurs j'ai fait un petit dossier que je vous ai préparé.

MIP : Merci beaucoup

VT : La FNMF représente 500 Mutuelles à peu près. Donc de Santé qui dépendent du Code de la Mutualité, vous connaissez ?

MIP : Oui

VT : Et dans ces composantes y a les mutuelles en tant qu'assureurs, il y a les unions gestionnaires d'établissements, les UT qui gèrent les SSAM (des établissements mutualistes, des EHPAD, des établissements pour personnes handicapées tout ça, qui sont des offreurs de soins, des audioprothésistes, dentistes, cliniques dont La Sagesse, des opticiens mutualistes, beaucoup de foyers d'hébergements (FH) pour personnes âgées et handicapées dont le Centre de Kerpap par exemple, y a tout un panel d'établissements, y en a 178 en Bretagne, sachant que la plaquette est en cours de mise à jour (dossier transmis)

MIP : D'accord. Donc 500 mutuelles c'est une grosse partie de toutes les mutuelles

VT : Oui c'est une grosse partie de toutes les complémentaires santé

MIP : ça représente combien en % ?

VT : C'est un breton sur 2 : 53% de la population bretonne exactement couverts par des mutuelles qui ressortent de la Mutualité française. Donc à côté des UT nous avons les UR pour laquelle je travaille.

Nous on est vraiment les représentants de la Fédération en région et en missions principales on a tout ce qui est formation des élus, parce qu'on a des élus sur le terrain qui défendent les valeurs mutuelles. Donc formation des élus, Communication, beaucoup de prévention et promotion de la santé

MIP : Communication c'est pour faire adhérer ?

VT : Non, nous on gère pas du tout les adhésions. Après les adhésions sont faites par la mutuelle elle-même. Ça peut être de la communication sur les activités que nous on déploie, communication Institutionnelle aussi, relation presse etc. L'activité principale et la plus visible c'est la prévention et promotion de la santé avec 3 personnes par département, on répond aux priorités nationales de santé (conférences, ateliers d'accompagnement, formation professionnelles notamment sur la prévention et le suicide). Et donc la dernière activité est le Conventionnement dont je suis responsable euh on signe des Conventions de tiers payant avec les Etablissements de santé et les professionnels de santé libéraux.

MIP : Tous les professionnels de santé libéraux ou que quelques uns ?

VT : Au départ tous après on signe avec des professionnels de santé définis par les mutuelles sachant que tout ce qu'on fait est décidé par les mutuelles au niveau national. Essentiellement radiologues et les auxiliaires médicaux

MIP : Les auxiliaires médicaux, les opticiens en font partie

VT : Non, ce sont les kinés les infirmiers orthophonistes orthoptistes

MIP : Orthophonistes aussi ?... Je me permets de poser la question car hier j'ai rencontré un opticien qui me dit qu'il est un auxiliaire médical

VT : Ce sont des prestataires

MIP : Mais comme il a un diplôme spécifique en optométrie alors que peut-être ça lui donne ce titre

VT : Oui... parce que quand on regarde le classement des opticiens ils sont dans la catégorie 2 des prestataires de services. Comme les audioprothésistes.

MIP : Oui et dans les ARS où on finance les soins ils en font pas partie

VT : On avait aussi les généralistes (Conventions avec les professionnels de santé libéraux) mais vu le contexte de généralisation du tiers payant etc, les généralistes on répond à leur demande mais on ne fait pas d'action spécifique vers eux..... sachant que ce type de conventionnement sont deux conventions différentes avec les professionnels de santé on n'a pas de convention tarifaire. C'est juste des conventions techniques sur les échanges de flux

MIP : C'est-à-dire ?

VT : Les professionnels de santé envoient directement à la mutuelle les feuilles de soins pour le remboursement. Donc on ne négocie pas de tarifs. Contrairement aux Etablissements de santé

MIP : La seule contrainte, entre guillemets, c'est le tiers payant

VT : Oui. Alors, on offre la possibilité aux professionnels de santé de faire du tiers payant ou pas. Ils peuvent très bien envoyer du flux à la mutuelle hors tiers payant. Et en général quand ils veulent une convention c'est pour faire du tiers payant

MIP : Oui ; c'est le fondement du conventionnement ?

VT : Oui. Et avec les établissements de santé euh là au départ c'est une convention de tiers payant mais en plus on négocie le tarif de la chambre particulière pour les adhérents.

MIP : Et comment ça se passe les négociations des tarifs ?

VT : On visite. Alors moi je vais visiter les établissements avec les représentants des mutuelles. Euh vu que maintenant on a une connaissance des établissements au niveau du confort euh voilà...

MIP : Il a des critères ?

VT : Il y a des critères de confort, on tient compte du Foncier aussi et puis de l'environnement

MIP : Mais vous êtes pas régulé par le ministère ?

VT : Non parce que les tarifs de la chambre particulière engagent les usagers c'est une somme qui est intégralement remboursée ou seulement en partie mais y a que les complémentaires qui rentrent en jeu. L'établissement est totalement libre de pratiquer ses tarifs. Donc nous on essaye d'aller les voir, si y a une douche ou pas, si la SDB est accessible ou pas quand on est en fauteuil ou en déambulateur des choses comme ça et on regarde si c'est cohérent par rapport aux autres établissements de la même catégorie (environnement).

MIP : D'accord. Donc c'est vraiment une négociation entre vous et les établissements de santé et qui aboutit à un prix d'équilibre. On peut dire ça comme ça

VT : Oui on essaye d'avoir un prix cohérent où tout le monde s'y retrouve c'est à dire que les patients bénéficient du tiers payant euh l'établissement a moins de difficulté de recouvrement puisque c'est couvert intégralement par la mutuelle et en plus on veille à limiter le reste à charge c'est-à-dire que les garanties des mutuelles dans le dispositif euh s'engagent à améliorer un peu le regard quand l'établissement est conventionné.

MIP : Et vous êtes amenée à voir comment il calcule ses prix des chambres particulières ou vous n'êtes pas là-dedans vous êtes simplement sur la valeur en disant c'est tant d'euros euh ou alors comment...

VT : Là oui on voit ils nous expliquent mais en général nous on a des Conventions depuis très longtemps avec les établissements donc après y a une augmentation

MIP : Il a un historique

VT : Voilà. La hausse de l'indice du coût de la vie ou quand y a des forts travaux, importants qui ont été engagés pour l'amélioration du confort, là on va accepter qu'il y ait une hausse un peu plus importante et on va jouer sur l'engagement

MIP : Et quand vous parlez de hausse il y a des fourchettes ou ils peuvent augmenter leurs tarifs de 50 voire 100% par exemple ?

VT : Non c'est pas euh c'est 1% voire 1.5% par an.

MIP : C'est fonction de l'indice du coût de la vie

MIP : Vous considérez que... que ça peut faire partie d'une régulation le fait de dire voilà ...

VT : Sur les dépenses de l'assurance maladie oui. Les complémentaires non. Alors on a eu ce dispositif là en région depuis 20 ans et depuis 2011 c'est une politique nationale donc toutes les régions déploient le Conventionnement santé sur une liste et on a 130 mutuelles dans ce dispositif. Y a eu une évaluation l'année dernière, on voit que là où il n'y a pas de Convention les tarifs publics ont énormément augmenté.

MIP : D'accord donc c'est une modération des tarifs. Je pense que y a jamais de baisse

VT : On arrive quelques fois. Oui un établissement qui est dans le ... on a eu un établissement y a pas très longtemps euh qui facturait à 45 euros et on lui a dit que ce n'était pas possible.

MIP : Par rapport à l'environnement ...

VT : Par rapport à l'environnement, la chambre, par rapport aux critères et de la connaissance du milieu. On a fait descendre à 30. Les DH, D3S et les DAF sont conscients hein de l'abus quelques fois qu'ils pratiquent

MIP : Et le tarif maximal se situe autour de 45 euros ?

VT : Non beaucoup plus : 70 euros non conventionnés en MCO et en SSR on bat des records parce que ça va jusqu'à 140.

MIP : Ah je pense que ça doit être qu'une partie.

VT : Non tous les SSR privés. Ouais sourire. C'est beaucoup

MIP : Oui mais quand vous avez des chambres à 140 euros les mutuelles elles couvrent pas tout ?

VT : Non. Même à 70 euros les mutuelles ne couvrent pas tout. Les mutuelles de fonctionnaires par exemple couvrent 45 euros. Là c'est justement qu'on essaye de ne pas dépasser 45 euros pour qu'il n'y ait pas de reste à charge. Mais il y a des mutuelles qui vont prendre intégralement à leur charge s'il y a une Convention. C'est la garantie

MIP : D'accord. De fait la convention fait plafonner le tarif

VT : Oui. C'est souvent dans les négociations ce qu'on arrive à appuyer c'est le... le, en signant une Convention en se mettant d'accord sur un tarif qui n'induit pas de reste à charge à régler ce qui est appréciable car les gens ils râlent hein quand on leur réclame de l'argent même 2 euros.

MIP : Est-ce que vous envisager d'étendre le Conventionnement à d'autres thèmes, sujets, que la chambre particulière ?

VT : Alors nous on fait sur les frais d'accompagnants. En fait tout ce qui est prestations annexes aux soins. Mais pour le moment on est les seules régions à le faire puisque le dispositif national aujourd'hui ne prévoit que la chambre particulière en nuitée et sans nuitée en MCO et SSR.

MIP : Ca relève des orientations nationales

VT : Oui sachant que le dispositif au départ en 2011 c'était juste sur la chambre particulière avec la nuitée en MCO. En 2014 on est passé dans l'aigu et en 2015 on est passé sur le SSR.

MIP : Visiblement vous avez dit que ça a eu un impact puisque ...

VT : Alors ça a un impact oui enfin oui on voit bien que les établissements régulent l'augmentation du prix de la chambre particulière mais les mutuelles ont vu leurs augmentations dépasser puisque... leurs dépenses augmenter, puisqu'elles sont rentrées dans un dispositif qui les obligeait à prendre cette euh cette prestation en charge. Mais elles dépensent plus d'argent mais elles en dépensent moins que si y avait pas de Convention.

MIP : Ca limite les augmentations ?

VT : Oui

MIP : Dû au Conventionnement ?

VT : Oui

MIP : Et les orientations nationales c'est arbitré tous les ...

VT : Tout les 4 mois y a un comité de pilotage qui se réunit tous les 3-4 mois après les orientations les points éventuels sont votés en assemblée générale

MIP : Les propositions ? ... sont validées tous les 3-4 mois

VT : Pour le moment tout a été validé. Y a une évolution car on sent bien, y a des attentes des mutuelles : dépassements d'honoraires des choses comme ça

MIP : Et là les plafonnements évoluent ou ...

VT : Les dépassements d'honoraires ?

MIP : Oui

VT : En Bretagne pas trop. On est très euh on est très très bas en Bretagne. Les établissements sont basés sur un référentiel Conventionnement. Ils sont référencés sur des critères qualité et aussi tarifaires. Un établissement qui fait beaucoup de dépassement d'honoraires ou qui est au-delà de notre moyenne régionale, il ne peut pas rentrer dans le dispositif. Et en Bretagne aujourd'hui on a deux établissements qui ne rentrent pas dans le dispositif à cause du dépassement d'honoraires. Mais parce que dès qu'il y a un dépassement quelque part il ressort car on n'en a pas ailleurs.

MIP : Il y a une vraie différence entre établissements conventionnés et non conventionnés ?

VT : Non, non parce que les dépassements d'honoraires euh... y en a que deux sur le nombre d'établissements en Bretagne... ça reste très euh...

MIP : Ca veut dire que y a pas de dépassements d'honoraires dans les établissements ?

VT : Il y en a très peu. Par rapport à la moyenne nationale on est bien en-dessous en Bretagne. On est la région où y a le moins de dépassements d'honoraires. Y a des régions qui sont plus rurales que nous dans lesquelles y a beaucoup de dépassements d'honoraires

MIP : Comment agissez-vous à ce niveau-là ?

VT : On les prévient et s'ils ne sont pas référencés on leur dit que beaucoup de praticiens font des dépassements d'honoraires mais en général on sait qui les pratique car dans le public on ne nous donne pas les chiffres à l'inverse du privé. Dans ce secteur on a la liste des praticiens en secteur II, combien et quel pourcentage. Là on essaye un petit peu de voir...

MIP : Comment vous expliquez que le privé est aussi transparent

VT : Le financement. Le Trésor public facture pour le secteur public et le praticien facture directement au patient dans le privé

MIP : Concernant les Contrats responsables ça s'intercale comment

VT : Alors ça joue aussi sur la négociation parce que euh ... sur la prise en charge du forfait journalier. Donc là aussi ça compte les dépenses des complémentaires. Parce que la plupart des contrats auparavant c'était limité à 30 jours par an ou 90 jours et aujourd'hui c'est limité par un contrat

responsable. Donc si quelqu'un est hospitalisé 120 jours l'établissement facturera 120 forfaits journaliers.

MIP : Donc ça a abouti à une augmentation des dépenses des mutuelles ?

VT : Oui parce que avant beaucoup de contrats limitaient le forfait journalier notamment en psychiatrie

MIP : Quelle est l'évolution de ces contrats en terme de prise en charge ? Est-ce que les mutuelles prennent en charge les aidants ? Vous développez des politiques dans ce sens ?

VT : En termes de prévention pour les aidants au niveau de l'UR on va avoir des groupes de parole pour les aider à mieux gérer les situations au quotidien. C'est à peu près tout ce qu'on peut faire. On n'a pas vocation à distribuer des aides financières. On n'a pas de service d'aide à domicile nous en tant que UR. Après ces actions d'accompagnements là se font avec les cotisations des adhérents aux mutuelles. C'est vraiment du service par nous que les mutuelles rendent à leurs adhérents. Parce qu'on a quand même des actions ciblées adhérents des mutuelles.

MIP : En fait y a deux points qui me posent questions, c'est que les Conventions et les contrats responsables ça augmente les dépenses ? C'est peut-être pas tout à fait ça ?

VT : Pour les dépenses des mutuelles, le contrat responsable ça augmente forcément puisque ... ça augmente sur le poste hospitalisation à cause du forfait journalier. Le dépassement d'honoraires est aussi impacté par le contrat responsable. Mais le forfait journalier ça va augmenter car le nombre de jours est limité et pour les dépassements d'honoraires les dépenses vont diminuer puisque le contrat responsable les encadre. Le forfait journalier est de 18 euros en MCO et SSR et 13.5 en psychiatrie. Mais potentiellement il y a plus de reste à charge.

MIP : Négociez-vous cela ? Allez-vous convaincre qu'il ne faut pas pratiquer de dépassement ?

VT : Non ne conventionne pas aujourd'hui sur les dépassements d'honoraires. Mais aujourd'hui des mutuelles des fonctionnaires sont allées sur du dépassement d'honoraires mais elles ont défini un seuil. Elles signent avec les praticiens qui sont en-dessous de ce seuil. Y a pas de négociations pour faire baisser le seuil. Aujourd'hui les contrats responsables prennent en charge 125% de dépassement et l'année prochaine ça baisse à 100% et donc mécaniquement le reste à charge va augmenter.

MIP : Est-ce que ça vous paraît être les bons outils côté mutuelles ?

VT : Je ne suis pas une mutuelle (rire). Je sais pas. Je pense que tout dépend de ce que les médecins choisissent de faire aussi. Après si le tarif de la consultation augmente y aura peut-être moins de dépassement d'honoraires.

MIP : Alors y a deux volets à la question : bons outils pour l'économie et pour les mutuelles

VT : Pour les mutuelles oui car elles ont souhaité aussi avoir un encadrement des dépassements d'honoraires (optique). Après faut voir si ça entraîne pas plus de dépenses pour les adhérents en termes de reste à charge. Les cotisations non. Sauf s'il y a une réelle augmentation des dépenses de santé ou quand la loi change sur les taxes sur les assurances, ils demandent plus. Parce que pour les mutuelles ils demandent d'avoir toujours des réserves de sécurité notamment pour les ratios de solvabilité. Plus elles ont d'effectifs en couverture plus elles auront des réserves. Et puis quand l'assurance maladie se désengage c'est un poste supplémentaire pour les complémentaires. Mais la mutuelle ce qu'elle veut c'est un juste prix et que ça profite à tout le monde. C'est tout ce que fait la mutualité française, c'est vraiment l'accès aux soins pour tous.

MIP : Comment participez-vous aux négociations concernant notre système de santé ?

VT : On subit de temps en temps notamment avec le tiers payant généralisé. Avec les opticiens en ce moment aussi qui lancent des frondes contre les mutuelles... sur les réseaux de soins. Ils veulent pas les réseaux de soins car ils pensent que ce qui a été négocié est forcément de la mauvaise qualité. Mais ils sont commerçants. Or dans les réseaux de soins ce qui a été négocié c'est un tarif et une qualité minimum et donc ils disent que l'adhérent est forcé d'aller chez tel opticien plutôt que chez tel autre. Y a pas vraiment le choix.

MIP : Concernant les négociations avec les offreurs de soins

VT : C'est le reste à charge qui reste négociable. Nous on va faire en sorte qu'il soit le moins élevé possible et si possible nul. Par exemple pour les opticiens on essaye de jouer, indirectement, sur leur marge en leur disant qu'on va se mettre d'accord pour signer une Convention sur une paire de lunettes à un tarif plus modéré et d'arrêter d'en offrir 3. Car s'ils en offrent 3 ça veut peut-être dire que la première est trop chère. ça a commencé comme ça. Les réseaux de soins ont été créés pour réguler le secteur marchand. Alors toute la question aujourd'hui est de savoir si la mutualité reprend pour le compte de toutes les mutuelles parce que les grosses mutuelles sont en capacités de faire seules mais y a aussi plein de petites mutuelles qui ne sont pas en capacité de faire seules (hors réseaux)

MIP : Donc l'effet de masse est important pour avoir un pouvoir de négociation auprès du représentant.

VT : Oui

MIP : Est ce que vous pesez avoir assez d'outils pour réguler les offreurs ? Est-ce que ceux qui existent sont assez utilisés ? Reste-t-il beaucoup à faire ou le but est-il atteint ?

VT : Au nom de la mutualité oui nous les outils on les a. Notamment simplifier la mise en place du tiers payant. Après les mutuelles qui signent avec les opticiens et le dentaire oui mais tout le monde

n'a pas les mêmes outils. Nous la mutualité on ne gère pas les remboursements, on ne gère pas la relation à l'adhérent. Les mutuelles oui. La mutuelle gère directement la relation au professionnel de santé. Donc au niveau tarif pratiqué elle a beaucoup plus de connaissance que nous. Le souci c'est que la fédération elle gère des mutuelles en concurrence avec des modes de gestion différents. Donc la relation est gestionnaire-dépendant et individuelle avec chaque mutuelle.

MIP : Est-ce que si c'était différent est-ce que ça fonctionnerait mieux ?

VT : Non parce que je vais chaque fois négocier avec un représentant d'une mutuelle interpro bien connu. Ce que nous on va négocier c'est pour toutes les mutuelles et généralement on a l'accord de tous. Après le professionnel de santé et les établissements de santé signent qu'une seule Convention au lieu de 200 par exemple, c'est à dire avec chaque mutuelle. La mutualité négocie aussi le reste à charge qui était de 0 euros et aujourd'hui il est de 0 à 2 euros. La mutualité pèse sur la négociation du tarif de la chambre particulière en hôpital et sur le reste à charge. Avec les établissements mutualistes on se met d'accord sur un tarif et quand on fait ça on voit que les établissements non mutualistes s'alignent sur ce tarif car les mutualistes communiquent beaucoup sur l'absence de dépassements d'honoraires par exemple.

MIP : Pour vous le tiers payant, l'absence de dépassement d'honoraires et de reste à charge, sont un levier d'accessibilité aux soins ?

VT : Oui. Oui mais c'est pas les adhérents qu'on entend. Ce sont les professionnels de santé qui nous appellent pour signer une Convention car la patientèle qu'ils avaient ne vient plus. C'est vraiment pour l'aspect économique.

MIP : Et les Contrats d'Accès aux Soins qui peuvent être signés avec n'importe quel professionnel, pour vous c'est un plus ou c'est un moins

VT : Nous on en parle pas y a pas d'impact sur notre activité et euh personne n'en parle. Pour l'instant les médecins s'engagent dans ce contrat mais sans le mettre en œuvre... Parce qu'ils n'ont pas d'obligation. Et puis en Bretagne on est dans une région où on est protégé de ce côté-là on n'a pas tellement de secteur II. Les généralistes sont beaucoup en secteur I. C'est historique.

MIP : Comment les Contrats d'Accès aux Soins s'articulent avec les réseaux ?

VT : C'est hors réseaux car aujourd'hui la loi Leroux ne permet pas de créer des réseaux de médecins. Aujourd'hui les réseaux ne se font qu'avec les professionnels de santé et les OCAM qui ont la plus grande partie de prise en charge. Pour les contrats responsables la fédération nationale de la mutualité française intervient en allant voir le législateur. Les dépenses pour lesquelles elle n'est pas d'accord elle va négocier avec l'ensemble des complémentaires. Avant seule la fédération allait négocier.

Aujourd'hui toutes les complémentaires y vont ensemble (les 3 familles). On leur demande de plus en plus au vu des dépenses de plus en plus importantes en termes d'optique et de dentaire face au désengagement de l'assurance maladie. Donc on demande aux mutuelles de payer et donc elles demandent à participer aux prises de décisions.

MIP : C'est quoi l'impact du plafonnement des remboursements sur l'offre de soins ? Est-ce que le transfert de charges de l'AMO sur les OCAM a-t-il modifié l'offre de soins ?

VT : Les réseaux ont modifié l'offre de soins. Ça a modifié le pur aspect consommation des patients.

MIP : En moins donc, en quantité ou les deux

VT : Les deux. En quantité surtout

MIP : Les soins de confort notamment ?

VT : Même sur les lunettes. Avant c'était une paire de lunettes par an même si on n'avait pas besoin. Aujourd'hui c'est tout les deux ans. On se rend compte maintenant que les lunettes sont un bien médical et pas un bien de confort. Les comportements ont changé en optique mais le dentaire pas encore, y a des blocages avec les syndicats, l'encadrement des prix n'est pas encore actif

MIP : Par rapport à la loi de modernisation de notre système de santé, est-ce que les tarifs « sociaux » sur l'optique, le dentaire et l'audioprothèse, sont déjà appliqués ?

VT : Non la Mutualité Française n'est pas concernée. Les seules mutuelles qui vont sur l'optique et commence avec le dentaire c'est la Mutualité de la Fonction Publique donc des fonctionnaires et Harmonie Mutuelles, pour encadrer les actes, les dépenses pour que ça soit le juste prix par rapport à ce que souhaitent réellement les mutuelles qui ont-elles-mêmes des centres mutualistes, donc elles connaissent le juste prix donc y a moyen d'aller voir le voisin... mais pour le dentaire ça freîne encore, les syndicats sont très forts dans ces professions. Les logiques médecins et dentistes diffèrent par le fait que les médecins veulent être payés directement par le patient donc résistent au tiers payant tandis que les dentistes résistent contre l'encadrement des tarifs

MIP : Voudriez-vous rajouter des éléments par rapport à la problématique de la régulation et les relations entre les OCAM et les offreurs de soins

VT : Le plus important pour la Mutualité c'est la multi-activité. Il peut y avoir un mélange des genres mais une activité permet de peser sur l'autre. Le fait d'être gestionnaire de services permet de peser sur les Conventions, sur les réseaux de soins, sur les accords tarifaires

MIP : Donc c'est un levier qui commence à être utilisé le groupement mutualiste... mais pas dans toutes les professions

VT : Oui et effectivement pas dans toutes les professions. Ben nous la Mutualité on s'en sert beaucoup sur les Conventions hospitalières euh les mutuelles s'en servent aussi pour créer leurs réseaux de soins

MIP : C'est donc vraiment un point fort, s'il y avait une seule chose à retenir ce serait ça alors, le groupement mutualiste

VT : Oui et c'est ce qu'on met en avant tout le temps. Le groupement mutualiste permet de contrer le privé non lucratif, notamment les 3 cliniques privées de Brest. Or le groupement mutualiste permet de donner l'exemple par rapport à des Etablissements plus coûteux, dû justement à l'encadrement tarifaire et parce qu'il est à l'équilibre financier aussi. Nous on s'en sert pour les négociations des tarifs des chambres particulières

MIP : Et dans l'idéal qu'est-ce qu'il faudrait pour que ça fonctionne parfaitement d'après vous pour pouvoir réguler comme il faut, baisser les dépenses...

VT : Arrêter le lucratif (rire). Les cliniques lucratives... je trouve dommage que... les cliniques lucratives oublient souvent qu'elles sont là d'abord pour apporter du soin. Tout le monde n'est pas accepté en clinique car les tarifs sont élevés et on demande de plus en plus une caution, la carte bleue à l'entrée

MIP : Comment agissez-vous ?

VT : Nous on n'a plus de Convention avec Saint-Grégoire (la clinique). On a communiqué envers leurs adhérents et on prépare des argumentaires pour les agences Mutuelles

MIP : Est-ce que ça a un impact sur l'accès aux soins, notamment à travers les délais d'attentes dans le public puisque les clients qui n'iraient plus dans le privé iraient dans le public

VT : Non je pense que c'est un autre problème. Un praticien salarié qui aurait un délai d'attente important n'en aurait pas dans le cadre de son activité libérale à l'hôpital

MIP : Mais l'idéal ne serait-ce pas de supprimer l'activité libérale des praticiens à l'hôpital

VT : Ah oui. D'ailleurs dans le groupement mutualiste les médecins sont salariés dans le secteur privé non lucratif et on commence à avoir euh... à Lorient on a un chirurgien du privé qui a lâché son activité libérale, il est parti dans le groupement mutualiste pour devenir salarié pour ne plus à avoir de pression de l'établissement en plus pour ne pas à avoir à reverser à la clinique... il est parti avec toute son équipe et l'ARS a accepté ce transfert d'activité dans l'ESPIC.

Entretien n°5 réalisé le 10 mai 2016 par Antoine Vallauri et Ludovic Lesage avec Monsieur J-P.L., Harmonie Mutuelle (Loire Atlantique)

JPL : les mutuelles de Loire Atlantique....C'est en quelle année ? C'est pas très vieux en 2003, qu'il y a eu des contacts avec Harmonie. Harmonie était plutôt le regroupement de la Vendée, Maine-et-Loire et euh Indre-et-Loire. Et donc c'était un regroupement et la Loire Atlantique est rentrée dans Harmonie avec l'idée de faire... euh... des mutuelles fusionnées. Il y a eu une fusion.

MIP : Et là on est à peu près à quelle époque ?

JPL : Là on est en 2005 – 2006. C'est pas très vieux Harmonie. Et après il y a eu une jonction entre Harmonie et puis Previa. Et Previa, c'était le regroupement entre les mutuelles de Bretagne qui étaient MutOuest et Previad qui était une mutuelle du côté de Nancy. Et le « ies » ça vient des mutuelles de Basse Normandie. Il y a eu ce regroupement-là et il y a eu aussi toute une partie avec les mutuelles de PACA... Qui ont créé Harmonie Mutuelle.

MIP : Donc ça représente la fusion de beaucoup d'anciens petits groupes et cette logique est suivie depuis 10 ans un peu près.

JPL : oui

MIP : Comment explique-t-on cette volonté de regroupement ? C'est une question de viabilité...

JPL : Ouais, Ouais viabilité, répondre aux appels d'offre Répondre aux appels d'offre, en entreprise on était de plus en plus confronté. Ici en Loire Atlantique, on était les cadors et beaucoup d'entreprises disaient « vous êtes bien gentils, oui mais la mutuelle... nous on a une entreprise en Bretagne, une à Lyon, et une ici » Vous comprenez il était nécessaire de se regrouper. Il y avait besoin de collaboration entre les mutuelles. Et puis après il y avait et vous connaissez bien le truc la diminution des coûts de gestion (rires) et c'est des choses aussi. Et c'est aussi pour répondre...aurépondre aux appels d'offre.

MIP : c'est donc une logique de réponse au niveau national et un poids de négociation ?

JPL : oui, de négociations et y compris pour être un acteur de santé en France. Parce que sur une première question mais attendez, avant de continuer vous, vous êtes qui exactement ?

MIP : Moi je suis élève directeur d'hôpital. J'ai réussi le concours. En janvier 2018, je serai directeur adjoint dans un hôpital en charge d'une direction fonctionnelle.

JPL : et quand on dit hôpital, c'est centre hospitalier public ou c'est clinique ou autre ?

MIP : non, non c'est public

JPL : ah oui c'est très bien ... après vous postulerez... enfin je vous raconterai

MIP : il y a des directeurs d'hôpitaux dans les mutuelles !

JPL : oui (rires). Le directeur de la clinique mutualiste de Saint-Nazaire est de la fonction hospitalière. L'ancien directeur des cliniques des pays de la Loire est maintenant retourné dans la fonction publique. Il a postulé au poste de l'hôpital du Mans.

Jacqueline Hubert qui est la directrice du CH de Grenoble car c'est elle qui a la mission entre autres de travailler sur les GHT là. C'est l'ancienne directrice de la clinique Jules Verne. On l'a faite venir. Elle est très pointue sur la T2A et nous, on en avait besoin. Elle est venue bosser pour nous en tant que salariée. Mais ils restent rattachés à la fonction publique

MIP : Moi, je suis dans le prolongement de ma carrière pour devenir directeur des soins. Je suis infirmier de formation. Je serai adjoint à la direction générale pour être en charge de la filière soignante.

JPL : directeur des soins, c'est une fonction opérationnelle importante. Ok d'accord !!

MIP : et donc on travaille en interfilière DS, DH, D3S, AAH, IAS sur des thématiques et notamment celle des complémentaires d'assurance maladie et le lien avec l'offre de soins.

JPL : Et moi je suis président de Harmonie cliniques Pays de la Loire qui est une structure dépendante d'harmonie. Harmonie cliniques c'est la clinique Jules Verne à Nantes, la clinique de l'estuaire à Saint-Nazaire et les soins de suite de réadaptation Notre Dame à Saint Gilles Croix de vie. Il y a aussi une clinique à La Roche-sur-Yon mais c'est une clinique qui dépend directement d'Hospi Grand Ouest (HGO). Alors, HGO c'est une SA (société anonyme) qui regroupe les cliniques mutualistes Bretagne – Pays de la Loire

MIP : Nous avons vu à l'entrée du bâtiment qu'ils ont des bureaux ici ?

JPL : oui en effet, car si vous voulez, demain, la marque au fond de l'hospitalisation sera HGO. On va communiquer... si vous voulez HCPL, les cliniques du pays de la Loire, cette structure-là qui est une structure qui possède les autorisations. Nos budgets sont consolidés et c'est pas à vous que j'apprendrai les difficultés d'équilibrer les budgets. Et on a décidé que demain, toutes nos cliniques seraient regroupées au sein d'HGO mais chaque structure, chaque clinique sera autonome dans ses autorisations, autonome dans sa gestion et autonome dans la gestion de son personnel. Elle doit être économiquement équilibrée et elle gère son personnel. Il y a une structure de tête, légère, qui sera HGO. Ce sera des fonctions supports.

MIP : HGO regroupera toutes les cliniques mutualistes d'harmonie ou pas que d'harmonie?

JPL : Toutes les cliniques uniquement d'Harmonie, enfin qui sont d'Hospi Grand Ouest car HGO c'est une société anonyme dont l'actionnaire majoritaire est Harmonie et vous avez aussi d'autres structures

mutualistes, en clair il y a la CARAC qui est une mutuelle de retraités des militaires je crois. Et puis vous avez Malakoff Médéric et la Matmut qui mettent du fric. Je vous dis ça car Malakoff Médéric a mis du fric mais sur le projet santé, intervient peu dans la gestion. Mais il suit.

Demain c'est HGO qui conduira la politique de la mutuelle. Je ne veux pas vous embrouiller de trop mais pour comprendre notre système, c'est qu'Harmonie Mutuelle et ça répond à une de vos premières questions... Harmonie Mutuelle, sa base, c'est une complémentaire santé. En clair c'est l'assurance complémentaire mais c'est une mutuelle Santé. En clair, c'est pas simplement offrir une garantie financière en cas de pépin. C'est aussi une approche globale, c'est la santé de nos adhérents qui l'intéresse. D'où, oui on lui assure une garantie mais oui on veut lui offrir un service ça va donc de la prévention et on a monté, on a adossé à la mutuelle des structures de soins et de services.

MIP : Plutôt dans le domaine curatif ?

JPL : Vous avez des grandes fonctions métiers. On est présent dans le soin. Historiquement, c'est dans l'ouest. On a un peu en Bourgogne mais autrement il y a peu de clinique. C'est vraiment une histoire dans l'ouest que les mutuelles ont créé ou racheté des cliniques. Dans les autres régions de France, cette culture-là... éventuellement la mutualité française avec Montsouris. En Loire Atlantique et en Bretagne, il y a cette volonté d'être au service de ses adhérents. C'est pourquoi vous avez une grande structure Harmonie Mutuelle mais Harmonie Mutuelle a créé une structure qui s'appelle Harmonie Service Mutualiste (HSM) et qui regroupe le soin, la personne âgée, la petite enfance et puis tout ce qui est service de soins avec audio, dentaire, optique et maintenant qui s'implante dans des domaines tels que les ambulances, transport sanitaire, tout ce qui est service et matériels pour handicapés et il y a une volonté maintenant de s'implanter dans le funéraire. C'est une volonté de couvrir un ensemble... et il y a une volonté aussi de se placer demain dans des nouveaux services liés aux soins ou à la prévention à travers ce que l'on appelle le e-santé. Un partenariat vient de s'établir avec Orange.

Mais pour comprendre ça, la mutuelle se réserve plus une partie de prévention, un secteur fort directement rattaché à la mutuelle assurance. Prévention et puis solidarité, avec un service social, d'aide aux adhérents en difficultés. La prévention et le curatif, mais l'idée, en clair, pour comprendre la démarche c'est une mutuelle qui s'intéresse à la santé dans sa globalité, qui veut peser en tant qu'acteur dans l'organisation du soin et un acteur reconnu par les pouvoirs publics, donc par les ARS et le ministère. Un acteur qui prend en charge l'adhérent dans sa globalité et pas simplement dans la couverture du risque. On couvre le risque et on est aussi en amont et donc cela nous amène à notre grande réflexion : comment on est un acteur global. Ce qui nous intéresse, c'est le dénominateur commun. L'élément central, c'est le parcours de soins. Et donc tout ce qui est en aval au fond après c'est par rapport aux soins de premier recours. Là pour l'instant on a peu.. on est peu structuré.

MIP : Maison de santé ? Regrouper les libéraux ? Ça fait parti d'un projet ou c'est pas encore à l'ordre du jour ?

JPL : C'est à l'ordre du jour..(réflexion)... c'est à l'ordre du jour. Mais je vais y revenir. On essaie de travailler ça mais on tente de le faire dans nos cliniques avec les libéraux. En Bretagne, il y a des maisons de santé, mais là on a investi dans l'immobilier mais pas dans le projet de santé. La médecine de premier recours est une médecine libérale avec des acteurs indépendants des uns et des autres. C'est une affaire un peu compliquée. Moi j'ai travaillé là-dessus, car je suis un délégué. Moi je suis un délégué on fonctionne comme ça, on est élu par nos adhérents. Avant j'ai bossé sept ans ici et j'étais responsable d'un service animation politique. C'est à dire aider les délégués dans leurs missions, il y a un service à la vie mutualiste et c'est là que j'ai travaillé avec quelqu'un que vous avez peut-être connu, Danièle Coutant. C'est un médecin de Saint-Nazaire qui a eu un parcours atypique. Il a monté dans les années 70 80 un centre de santé expérimental où les médecins étaient tous salariés. Ensuite les aides ont été coupées et puis ça s'est arrêté. Les médecins ont continué à travailler mais sont redevenus libéraux et lui est rentré à ce moment-là et a collaboré avec la mutuelle. Et puis après il est devenu médecin dans la prévention et les soins de suite. Il a beaucoup bossé en ingénierie avec les médecins qui ont commencé à réfléchir sur le regroupement en maison de santé. Il venait en aide.

MIP : De par son expérience

JPL : Oui mais il ne venait pas engager la mutuelle. Il apportait son aide mais n'engageait pas la mutuelle car aujourd'hui, les médecins, on ne sait pas trop comment une mutuelle peut être présente dans une maison de santé. C'est pas si évident que ça. La mutuelle peut acheter le bâtiment, mais après dans l'organisation des soins ?

Dans une clinique, il y a le patron, on organise les soins avec des libéraux ou des salariés, mais il y a un contrat. Dans une maison de santé ? Il y a un problème dans notre organisation des soins, dans le parcours des soins de demain. Il y a à un instant t dans les cliniques des patients qui viennent et qui sont pris en charge. Quand ils ont leur autorisation de sortie, qui les prend en charge ? C'est à eux de travailler avec le médecin traitant. Le médecin traitant qui devrait être le pivot de l'organisation de soins... oui mais la question est toute bête : qui organise ça et comment on le finance et qui a autorité pour organiser le soin avec l'infirmière, l'aide médicale,...

il peut proposer, mais il a pas l'autorité, il n'est pas le patron des soins.

Or, dans le cadre du développement de l'ambulatoire, les gens sortent oui mais dans un état de fragilité. Et là que ce soit en tant qu'organisateur des soins ou en tant que directeur d'hôpital, il y a des enjeux face aux délais courts des passages à l'hôpital.

Dans le cadre des PRADO, nous on a commencés à travailler ça à Jules Verne avec la maternité. On a une maternité reconnue et assez pointue. Historiquement, c'est la maison de la naissance avec des pratiques un peu innovantes, des gens motivés et un projet. Et là on est en ESPIC, car Jules Verne est aussi un ESPIC. Il y a deux structures avec le libéral et là maintenant il y a une volonté auprès des femmes qui sortent de les accompagner. Elles sont accompagnées par des sages-femmes de la structure.

MIP : Du personnel de la clinique ?

JPL : Oui de la clinique

Aujourd'hui, on travaille avec les chirurgiens sur le projet de l'institut loco-moteur. Vous venez vous faire opérer d'une hanche. Aujourd'hui le geste est maîtrisé et les progrès de l'anesthésie permettent une sortie rapide. Quand on intervient, déjà en amont il faut le programmer. On n'est pas dans l'urgence. Comment on le prépare à l'opération, on gère le passage à la clinique et après comment on gère la rééducation. Il faut donc intégrer dans l'équipe et le parcours des kinés. Ainsi quand le patient vient à l'institut, il y a un temps de préparation, de l'opération, et il y a le temps de prise en charge.

MIP : le passage par l'hôpital est donc un temps plus ou moins court qui s'intègre dans un parcours et non plus une gestion hospitalo-centrée de gestion complète de la prise en charge.

JPL : oui c'est ça. Et donc ça veut dire que dans les structures comme les nôtres où le propriétaire qui est la mutuelle ait des projets, une vision du parcours qui nécessite des investissements. Très concrètement, à l'institut loco-moteur, les kinés ont besoin d'espace, de matériels. On pense extension des bâtiments. Des investissements au service d'un projet. Le chirurgien s'inscrit dans une démarche et travaille avec d'autres professionnels. Et le patient qui vient est rassuré dans son parcours. Et le personnel s'inscrit dans le projet, cette évolution.

Je vous dis ça parce que c'est facile à penser mais pour mettre en œuvre !!! ?

MIP : Votre investissement vous permet de contractualiser avec les libéraux qui viennent travailler dans l'institut ?

JPL : Mais si vous voulez, ça c'est propre à la Loire Atlantique. Généralement, nos cliniques sont soit sous statut ESPIC soit sous statut libéral. C'est ce que l'on appelle des structures chimiquement saines. En Loire Atlantique, on a deux établissements qui méritent d'être connus pour vous mais c'est pas forcément à généraliser. La clinique Jules Verne, c'est sur un même lieu deux statuts différents parce que c'est le regroupement il y a dix ans voulu par l'ARH de deux cliniques mutualistes et de deux cliniques privées. Les libéraux ont dit, « on va pas devenir des salariés. Il y a une clinique ESPIC Jules Verne et il y a une SA Jules Verne. Tout ça sous l'autorité d'une directrice qui gère l'organisation du

soin et donc il y a des soins qui sont dans le cadre des autorisations et après il y a un partage des soins. Et les libéraux qui interviennent demandent à avoir un cabinet de consultations sur place.

MIP : La directrice commune est détachée ?

JPL : Non, elle c'est un profil financier de KPMG. Elle a un parcours privé.

Après par rapport aux questions : Les cliniques sur l'offre de soins, nous ce qu'on veut, c'est maîtriser l'offre, être un acteur en MCO. Mais c'est spécifique aux Pays de la Loire et Bretagne. Au sein de la mutuelle, il n'y a pas de critique que le fait d'investir mais jusqu'à dire de généraliser ça, on ne s'y oriente plus. Ça veut dire racheter des cliniques (silence) il faut mobiliser des fonds. C'est vraiment pour être offreur de soins car au niveau rentabilité... car quand même, on est dans un univers contraint où les actes sans avoir les chiffres exacts tous les ans diminuent. Ce qui nécessite que les médecins développent l'activité pour maintenir un chiffre d'affaire. Donc c'est plus d'activités pour retrouver un taux de rentabilité. Ce qui nous différencie par exemple sur la Loire Atlantique, on a le centre hospitalier universitaire et puis vous 3 pôles de grosses cliniques. Il y a Jules Verne, mutualiste, on ne rémunère pas les actionnaires. Des médecins aimeraient rentrer dans le capital. Mais c'est vraiment le système mutualiste qui gère. Puis vous avez deux autres systèmes privés. Les cliniques Nantaises où c'est encore des médecins investissent et puis la polyclinique où là c'est des groupes d'investisseurs. Les actionnaires veulent un retour sur investissement.

On est engagé avec le centre de cancérologie qui possède des autorisations. Harmonie a investi car il y avait un besoin pour le parcours cancéro. Dans l'intérêt du patient, on a investi pour permettre aux patients d'être pris en charge sur place à Jules Verne. Il fallait s'associer avec une structure qui possède les autorisations. Ce groupe, c'est 51% de médecins et 49% du capital mutualiste. Les oncologues interviennent sur le site de Jules Verne. Et on développe de la même manière pour aussi offrir dans le parcours de soins tout ce qui est cardio hors chirurgie détenue par le CHU.

Il y a donc de plus en plus de médecins libéraux qui font des consultations mais qui peuvent intervenir directement dans la clinique.

MIP : Et sur un autre versant, est-ce que vous avez des liens particuliers avec le CHU ?

JPL : on développe un partenariat avec le CHU sur de la médecine. C'est un peu nouveau, mais on est en train de développer de l'urgence adressée. En clair, les urgences ici c'est le CHU et les Nouvelles Cliniques Nantaises. Mais il y a quand même des fois des patients qui viennent au CHU mais dont les urgentistes disent : « oui mais là attendez.... » et il y a un accord pour les prendre directement en médecine. Une personne qui se pointe à Jules Verne, on ne peut pas la prendre en charge, mais on peut nous l'adresser. C'est des collaborations.

MIP : IL y a des spécialités en pénurie. Ce genre de partenariat et de convention peut aider à améliorer l'accès aux soins.

JPL : Oui c'est dans des délais raisonnables et par rapport à votre première question sur le premier recours et c'est en cours de discussion. C'est de passer un partenariat avec les médecins de ville qui le souhaitent de structurer une collaboration. Ça veut dire le médecin généraliste constate qu'un patient doit être vu par un chirurgien ou un médecin... et bien il y a comme un accord avec une certaine disponibilité pour prendre le patient dans la journée ou le lendemain matin, dans un délai raisonnable. Il y a une demande là-dessus de plus en plus.

MIP : plutôt que de passer par les urgences ?

JPL : en clair il y a besoin de le développer car vous avez quand même sur Jules Verne où ce qui est maîtrisé totalement d'un point de vue mutualiste, c'est l'ESPIC. Puis il y a la partie libérale. Et nous on a des accords qui disent que dans chaque spécialité, on souhaite au moins un médecin de secteur 1 dans la chirurgie et ceux qui sont en secteur 2 dans le cadre d'un dépassement d'honoraire annoncé, maîtrisé, accepté par la mutuelle.

MIP : c'est donc validé par la mutuelle ?

JPL : Oui c'est connu. Il n'y a pas de dessous de table et pas de paiement à la tête du client. Il y a des dépassements d'honoraire reconnus. Nous ce que l'on a veillé, c'est que dans chaque spécialité, la personne qui veut être en secteur 1 le peut. On doit lui offrir cette possibilité-là. Il y a un domaine que l'on n'a pas.

Donc des dépassements encadrés, et on souhaite être alerté par les représentants des usagers s'il y avait des infos que certains disent Oh Oh !

MIP : Quels sont les canaux de communication avec les représentants des usagers ?

JPL : La CRUQ et en plus on a avec les délégués mutualistes des réunions spécifiques où le délégué peut poser des questions sur ce qu'il a entendu.

MIP : Quel est votre avis par rapport à cette polémique autour des dépassements d'honoraire. Est-ce que selon vous c'est une réelle difficulté d'accès aux soins ?

JPL : Oui, c'est quelque chose à laquelle on tient. Il faut qu'on ait la possibilité d'offrir à nos adhérents ou non adhérents d'ailleurs dans le cadre de ce qui est conventionné. Ça nous paraît logique et cohérent pour une mutuelle. Après le dépassement d'honoraire existe car le problème après c'est un problème... appelons un chat un chat, offrir du soin : oui mais offrir du soin avec des praticiens et des praticiens compétents et reconnus.

MIP : On sait que la comparaison des moyennes des revenus des médecins en Europe n'est pas favorable aux médecins français...

JPL : Après, c'est le problème. La médecine est un marché, oui. Mais c'est quand même un marché...euh...enfin, ça fonctionne notre système d'organisation des soins parce que il y a une couverture en clair, comment vous dire cela, c'est socialement organisé notre affaire avec des prélèvements obligatoires et des prélèvements complémentaires obligatoires. Dans ce cadre-là, c'est facilitateur pour un exercice libéral. Et bien je trouve normal, qu'il y ait du conventionnement entre celui qui finance et celui qui offre le soin.

Dans nos cliniques, on ne veut pas de médecin qui gère à la tête du client mais après on est contraint quand on veut avoir de bons praticiens.

MIP : Et vos adhérents bénéficient d'une couverture complémentaire pour le DH ?

JPL : ça fait partie des contrats propres après la politique de la mutuelle c'est de ne pas forcément... car vous savez après vous avez au sein de notre mutuelle entre la mutuelle, la complémentaire qui gère l'assurance et la clinique, on a des intérêts économiques qui peuvent parfois ... en clair la mutuelle, elle, elle n'a pas intérêt offrir des garanties qui offrent trop de DH ou partout et c'est le problème des contrats nationaux. Concrètement, sur notre région, il y a peu de DH mais sur Paris il n'y a que ça. Et donc les médecins disaient donc vous... en clair c'est un appel à faire de DH là où il n'y en avait pas. Et c'est le même problème avec votre dentiste. « Est-ce que votre mutuelle vous rembourse ? » bon là il y a des choses où il faut arbitrer et après vous avez les demandes des usagers qui réclament une garantie. L'équilibre entre les cotisations car c'est un rapport P/C et puis les praticiens c'est là aussi un conflit des logiques. Il faut trouver un équilibre dans ce domaine.

Je vous dis, on rembourse les chambres particulières. Aujourd'hui, de plus en plus, on reconstruit avec plus d'offre de chambres particulières. Qui dit chambre particulière, dit plus de remboursement pour la mutuelle.

MIP : le remboursement des chambres particulières n'est plus un signe distinctif. Ce ne sera peut-être plus un niveau de différenciation de remboursement des mutuelles.

JPL : après vous trierez, car vous abordez un autre sujet : la différenciation. C'est un sujet que sur HGO, nous on travaille actuellement. Objectivement, je ne peux pas dire de ne pas aller aux nouvelles cliniques Nantaises. Car mise à part le DH, la prise en charge est excellente. Alors la question est de savoir qu'est ce qu'on a nous de spécifique ? En quoi, à Jules Verne, il y aurait une différenciation ? Et bien ça aujourd'hui, il faut l'inventer.

MIP : Une question d'attractivité. Les mutuelles sont reconnues dans leur capacité d'innovation dans l'offre de soins. Vous citez en début d'entretien le secteur de la naissance qui est à la pointe.

JPL : oui mais après très concrètement, entre l'innovation, l'intérêt et le gestionnaire. C'est des trucs tout bêtes, on est passé à 3000 3300. A un moment donné on était à moins de 3000. Et on se dit 300 de plus, économiquement ? Nous avons des médecins motivés, avec un projet. Et il faut dire qu'à Jules Verne, le petit n'est pas conçu, qu'il faut s'inscrire. C'est connu à Jules Verne, dès qu'on vous a dit que ça y est, il faut s'inscrire sinon pas de place. Mais ça plus on augmente, plus il y a une tension avec les personnels. Aujourd'hui, dans l'organisation de la santé, les directeurs que vous serez (rires)

MIP : il va falloir serrer la vis

JPL : Dit-il en souriant...(rires)

MIP : Et en gérer les conséquences

JPL : Très concrètement, c'est un problème. Sur Jules Verne et sur Saint Nazaire, nos cliniques vont très bien mais économiquement...euh...on est en déséquilibre. Et la mutuelle, la mutuelle dit « on ne peut pas éternellement trouver des systèmes d'aides pour combler. Car à un moment, c'est l'adhérent qui paye car dans les mutuelles, on est remboursé par l'assurance maladie dans le cadre et puis après c'est notre fonctionnement.

MIP : Mais c'est là qu'on voit les limites du système et le peu de marge de développement dans cette filière là du soin MCO, rachat de clinique ect...

JPL : si vous voulez, on a fait ses choix, on a des structures qui donnent satisfaction et qui sont reconnues. Maintenant, au niveau d'Harmonie service mutualiste, c'est à dire la mutuelle nationale, se dit faut-il aller partout où il y a des cliniques avec l'opportunité de racheter ces cliniques, et bien aujourd'hui, c'est pas le choix qui est fait. Parce que les... euh... le risque est grand. Ça nécessite de mobiliser des capitaux dans un univers qui est quand même très contraint et où la rentabilité n'est pas... enfin rentrer là dedans, vous... enfin là entre l'ambition politique et l'ambition gestionnaire, il y a là de vraies réflexions.

MIP : il y a un peu un conflit de valeurs. Car il y a des valeurs mutualistes que vous allez souhaiter maintenir et en même temps un aspect gestion contraignant. Alors est ce que vous allez pouvoir vous inscrire différemment tout en préservant vos valeurs mutualistes sur le réseau de soins et l'offre de soins

JPL : Voilà, c'est là -dessus que l'on est. En sachant qu'en face la concurrence se développe. Alors, ils ont d'autres contraintes les gestionnaires. Mais ceci dit et c'est plus le responsable politique mutualiste, le délégué qui parle. Je pense que l'on en fait la démonstration. Ouest France a titré en décembre, ils

ont regardé la question des DH et ils valorisaient le fait que dans l'ouest, on était dans un dépassement d'honoraire (DH) maîtrisé. On ne retrouve pas des écarts que l'on peut retrouver dans la région parisienne ou en PACA. Nous faisons l'analyse sans tirer toute la couverture à nous que là où quand même il y a une présence mutualiste forte MCO, on contribue à une certaine régulation du marché. Il y a quand même un intérêt car il y a des gens qui regardent avant de se faire opérer. Nous, on le constate et donc on dit que dans l'organisation économique, il est bon qu'il y ait une sorte de 3ème voie mutualiste où finalement la différence... on parlait de la différenciation, c'est que tous les excédents sont réinvestis pour l'innovation, le matériel. En clair, il n'y a pas d'actionnaire. Et c'est un élément qui nous différencie et au quel on tient. Et donc face à la concurrence... autrement c'est des centres hospitaliers et des... des ... cliniques purement libérales avec des groupes privés car les chirurgiens, les cliniques possédées par les chirurgiens nécessitaient des investissements et les jeunes ne veulent pas obligatoirement s'endetter fortement pour rentrer dans le capital. Mais pour revenir à votre question de base, on travaille sur la différenciation. C'est un des points... euh... c'est une vraie question.

MIP : une vraie question pour l'avenir et la capacité à implanter et faire vivre les valeurs mutualistes.

Le renoncement aux soins de manière générale, dans l'optique, le dentaire... on sait qu'il y a un reste à charge très important pour le patient. Comment vous pouvez agir. C'est à dire, en gros, comment les établissements de santé mutualistes comme les vôtres, participent-elles à l'accessibilité des soins, la diminution des coûts de l'offre de soins et l'amélioration de l'offre de soins ?

JPL : ça rejoint un peu la question que vous avez posée sur les réseaux de soins conventionnés. Là aussi c'est pareil, les centres dentaires en termes économiques, ça le fait. Les centres optiques, alors là !!! la concurrence est farouche. Et vous savez, les pharmacies mutualistes... on a abandonné ... ce domaine là. Il en reste encore quelques unes mais on ferme. Pourquoi ? Parce que les pharmacies mutualistes à l'origine typiquement, c'était innovant. Car c'est là qu'on a commencé à mettre en place le tiers payant. Et ça quand ça était instauré, réservé à nos adhérents, c'était bingo. Là il y avait une différenciation. Après la concurrence est venue sur le marché. Après la réglementation faisait que l'on n'accédait pas au paramédical. Dans les pharmacies mutualistes, on ne pouvait pas vendre du parapharmacie. Si bien que la rentabilité de la pharmacie... je suis adhérent mutualiste, je ne vais pas faire 10 km alors que celle du coin fait aussi le tiers payant. Si bien que maintenant...

Dans les centre dentaires, c'est très compliqué de se différencier on peut faciliter l'accès avec le tiers payant mais... bon là vous pouvez avoir des dentistes mutualistes, salariés

Dans l'optique, si vous voulez, c'est le réseau Kalivia. Le réseau Kalivia est un réseau où ;.. euh... c'est un contrat. Le réseau Kalivia regroupe à la fois harmonie, mais il y a Malakoff Médéric mais c'est un réseau où il y a un cahier des charges et qui nécessite de peser et maîtriser les coûts entre le praticien, l'offreur et puis le client.

MIP : Y a-t-il des risques selon vous de pousser à une trop forte rentabilité sur ces secteurs-là? Il y a des événements récents, on a vu des logiques de rentabilité telle que. Il y avait une non qualité dans les prestations. Est ce que pour vous c'est un risque ?

JPL : (long silence) Je ne vous répondrai pas car je connais moins le domaine. Là je ne vais pas vous donner...euh... non je connais moins ce système là. Mais on a une vraie question sur l'organisation... de ...euh...En clair on est présent là dedans. Dans l'optique, l'offre est immense. Oui je vais chez un opticien mutualiste par conviction politique mais autour de chez moi mon pauvre... les lunettes sont pas trois fois plus chères parce que...et donc il faut se différencier. Il y a quand même là, car dans un centre mutualiste, j'ai quelques avantages particuliers par le réseau Kalivia. C'est plus intéressant, sauf si je veux certaines marques. On a négocié avec quatre fournisseurs de verre. Il y a un peu de contraintes. Là on est dans l'utilitaire, le confort, l'esthétique.

MIP : Et le fait de contractualiser, ça permet de garantir un niveau de qualité ?

JPL : Ah oui, mais vous avez lu aussi des trucs là-dessus. C'est l'absence de liberté.. il y a une bataille...non, non, là dessus on y tient mais là... je continue là-dessus. Sur l'audio, on est dans le coût. Là on est dans la maîtrise des coûts et après vous avez des Afflelou qui sont à l'attaque.

MIP : Et en même temps on sait que la technologie et son évolution vont coûter plus cher?

JPL : Oui

MIP : Donc, comment prépare-t-on les populations de demain à un coût, un reste à charge qui va augmenter ?

JPL : Après, vous abordez une autre discussion qui est... c'est qu'est ce que vous mettez dans le panier de soins, qu'est ce qu'on veut couvrir.. et ça ... vous voyez bien, si vous êtes en individuel ou si votre employeur vous couvre à 50%. Et là il y a un côté éducatif et c'est là-dessus en tant que mutualiste qu'on est en train de réorganiser pour dire les choses très concrètement, on est en train dans le cadre de l'ANI. On est de plus en plus présent dans les entreprises. On a un réseau de mutualistes qui est issu de l'individuel. Et bien on est en train de tisser des liens avec des représentants mutualistes, quoi ! C'est pas seulement un contrat qu'on passe, mais aussi un contrat éthique. On essaie de rencontrer, avec des référents... euh... en clair le commercial rencontre le patron ou le DRH ou un représentant du CE. Et après que le contrat est passé, il y a aussi besoin de se rencontrer et donc avec un réseau pas seulement

de représentants syndicaux mais aussi des RH. Il y a des DRH qui sont intéressés pour avoir le meilleur prix mais quand on commence à les approcher sur des questions de prévention et bien là-dessus, en renforçant le volet de prévention, pendant un moment donné, on peut se distinguer d'un autre réseau. Mais ça veut dire qu'il faut entretenir et payer un service prévention.

MIP : Mais ça pourrait être un doute de maintenir ou pas ce secteur prévention aujourd'hui dans un secteur mutualiste quant on sait que les maladies chroniques qui nécessitent aujourd'hui des soins aigus sont demain pour les générations futures une question d'éducation et dès la petite enfance pour qu'on puisse palier aux maladies chroniques. Est ce que c'est pas là où il pourrait y avoir une différenciation ?

JPL : Non là-dessus, sur l'importance de la prévention, il y a un élément qui est de base dans l'ADN des mutuelles. C'est ancré. Il y a pas la dessus...

La proposition, comment vous offrez de la prévention... en clair on est encore une culture mutualiste collective, du Nous, avec des réunions, on invite nos adhérents à 18h... et là-dessus on travaille actuellement avec HSM sur demain, comment on structure cette offre-là et qu'on l'organise en fonction de la population que l'on veut toucher. En clair, on a travaillé avec un cabinet et il nous a dit par exemple la mutuelle dans son offre globale, c'est un atout d'être présent sur l'assurance mais sur la prévention, sur la vieillesse, sur petit enfance, sur les soins, C'est un atout. Mais dans chaque domaine, vous êtes un petit parmi les grands. En optique, vous ne valez pas Afflelou, que voulez vous. En clinique, c'est bien ce que vous faites, mais vous êtes un petit peu...euh..., et aujourd'hui par rapport aux EHPAD, il y a une offre aussi énorme. Et donc là où vous êtes, vous pouvez avoir une proposition globale si vous l'organisez et là vous avez un atout et donc pour clôturer, ils vous disent après, l'offre qu'on le veuille ou non, les jeunes n'iront pas forcément à vos réunions de prévention mais vous devez dans le cadre des techniques modernes, être capable d'avoir une offre de prévention mutualiste. A vous d'être innovant... d'où le contrat avec Orange. Culturellement, les délégués qui ont plutôt la soixantaine, on n'a pas l'image de délégués jeunes.

MIP : Vous êtes tous retraités ?

JPL : Oui pas tous mais oui, oui. Et donc il y a tout un travail pour rajeunir et féminiser. Mais c'est un vrai problème mais là vous abordez un nouveau sujet car on se réclame de l'économie sociale et dans l'économie sociale il y a beaucoup de petites structures. Et on est regardé, Ouai mais vous êtes une grosse structure, ce n'est pas de l'économie sociale. De l'économie social, ce n'est pas seulement ce qui est petit et mignon. C'est aussi des structures organisées. Donc dans l'économie sociale, comment on fait pour rajeunir les représentants. Le mec de 40 – 45 ans, il nous dit qu'on est bien gentil dans nos cliniques. Mais le CA à 10h00, comment tu veux que je fasse pour venir.

MIP : il y a des incompatibilités.

JPL : oui , il y a un vrai problème de l'engagement mutualiste. Aujourd'hui, être un délégué mutualiste, qu'est ce que c'est dans l'économie sociale

MIP : vous avez fait le choix de la proximité avec des délégués qui pourront faire de l'éducation, de la prévention, de la promotion de santé.

JPL: oh mon bon monsieur, vous mettez le doigt sur un sujet qui par rapport à nos délégués... enfin on boucle la boucle et on revient... on a des délégués qui ont été élevés vraiment dans l'esprit mutualiste. C'était des gens qui se regroupaient localement. En 2003, ici en Loire Atlantique, il y avait 30 mutuelles qui avaient un service commun mais qui se sont regroupées pour créer les mutuelles de Loire Atlantique. A cette époque, le directeur était là, le président était là, les cliniques étaient là... le lieu de décision était là ! Maintenant, c'est où ? Comment est ce que le délégué se sent propriétaire de sa mutuelle, quoi ! Se sent acteur. C'est extrêmement compliqué de conjuguer cette dimension nationale indispensable et celle de proximité. Il y a des gens très investis dans la personne âgée, très investis dans les cliniques, dans le dentaire. En Loire Atlantique, il y avait des réunions où tout ce monde là se parlait. Aujourd'hui ?

Le directeur de l'optique est au Mans. Là on vient d'embaucher au niveau d'HGO une directrice générale d'HGO qui vient des hôpitaux de Paris (rires). Elle est patronne de tous les directeurs des cliniques alors qu'avant le directeur local dépendait de son président local. Les réunions de directeurs sont maintenant régionales. Parce qu'on veut développer, enfin chaque clinique vit sa vie et se développe mais on s'aperçoit qu'on n'arrive pas à capitaliser le plus de nos différentes cliniques. Très concrètement par exemple, ils appellent ça en Bretagne des centres hospitaliers privés. Celui de Saint Brieux, ils viennent de refaire un bâtiment magnifique. Et bien dans le cadre du lien avec la population, ils ont créé une e-association, en clair ils fédèrent un travail avec 47 associations de personnes âgées, de prévention... Et ils ont institué et c'est dans l'entrée. Le patient qui vient se faire opérer et qui habite localement et qui a besoin de soins à domicile. Et bien Tac !! il est pris en charge.

MIP : il y a un maillage

JPL : oui un maillage. Et bien ça peut être transférable.

Et ils ont poussé loin. Quand on rentre dans le hall, je dirai pas qu'en entre dans un Novotel mais on ne rentre pas dans un hôpital.

Mais ça veut dire que là on finance des fonctions supports, un directeur, responsable com. En clair, on dit qu'il faut travailler avec des médecins de ville. Mais si vous les invitez le soir à 18h, ils sont encore en visite. Ils ne sont pas hostiles mais comment vous rentrez en communication avec eux d'une manière

efficace. Il y a des techniques, si ça rentre dans le cadre des formations. Mais ça veut dire qu'il y a quelqu'un en com qui connaît bien la profession, le métier. Ça s'organise et ça se finance sur les excédents qu'on doit faire.

Il y a aussi des collaborations avec les autres secteurs. Il y a des gens de NCN qui viennent à HGO. Les gens disent moi je viens à Jules Verne, c'est mutuel. C'est des gens de NCN qui viennent. Et eux leur intérêt, c'est que NCN, ils sont plus loin, côté ouest. Ils vont avoir le nouvel hôpital, là juste auprès. Et Jules Verne est seul sur l'est en captant une grande population. Hors, nous les autorisations, on les a pas donc on a intérêt qu'ils viennent pratiquer et consulter et faire de l'activité pour la clinique. On vient de développer notre activité d'ophtalmologie suite à l'éclatement de la clinique sourdine. Une partie va à la polyclinique de l'Atlantique et une autre partie sur Jules Verne. Ils nous louent des mètres carrés. Ils sont chez eux mais ils utilisent notre plateau. Et après, on est près du tram et on a des parkings assez importants.

Vous voyez tous les éléments qui contribuent à l'offre de soins dans un secteur. Mais le pivot de notre mutuelle, c'est dans le parcours de soins. Et c'est vrai que là on est une mutuelle, c'est une mutuelle santé. Là-dessus on tient à ne pas être des mutuelles seulement assureur.

Et là, parce qu'on en a pas parlé, dans le domaine des personnes âgées, il y a tout un travail dans le maintien à domicile. Là on sait faire des maisons de retraite. Mais quant on sait que la moyenne d'âge d'entrée en maison de retraite c'est 84 ans. Avant 84 ans, qu'est ce que la population attend, qu'est ce qu'on peut faire. Comment on peut modifier notre offre. En Loire Atlantique, on a un secteur qui est propre à la Loire Atlantique, on est présent aussi dans l'habitat. Il y a Harmonie Habitat. On est bailleur social. A un moment donné, ça correspond à l'attente des gens d'avoir de logements ou d'adapter l'habitat. Il y a des innovations avec des tablettes modulables et pourquoi pas des cuisines modulaires qui s'adaptent au vieillissement. Adapter son milieu de vie. Ça contribue au confort pour maintenir.

Le problème après c'est le parcours avec les professionnels de santé qui interviennent au domicile. Le premier recours !! Demain directeur de soins, vous saurez bien faire et toujours mieux faire dans votre établissement. Cultivez des liens et organisez avec les autres professionnels de santé, il y a un enjeu. Car au final, les gens se demandent : « est ce que j'ai bien été pris en charge ? » Celui qui sera bien répondre à ça, trouvera sa place, gardera sa place, sera reconnu. Celui qui ne saura pas s'adapter...

Dans un financement du soin, il faudra se demander ce que l'on accepte de financer parce qu'on veut plein de service mais on ne veut pas payer un bout. Et on demande à nos directeurs des choses difficiles, on leur demande d'équilibrer. L'autre jour la directrice d'HGO me dit moi on m'a demandé d'équilibrer. Les délégués disent ouai... et les médecins demandent des investissements. Là on veut améliorer la dialyse et son offre et sur des côtés très matériel.

MIP : le diable se cache dans les détails et parfois, un détail sur les locaux bloque un projet

JPL : Exactement, oui.

MIP : comment voyez-vous l'évolution, l'avenir des établissements de santé mutualistes ?

JPL : (silence)

Tout ce qui est petite enfance, personne âgée, structure d'offre de prévention, on peut. Et c'est économiquement viable. Il y a des choses possibles. Sur l'offre en hospitalisation, c'est noble, c'est ambitieux, mais économiquement risqué est compliqué. Moi je suis un partisan mais on ne peut pas être présent. Et je dis, si c'est bon pour l'adhérent, c'est bon pour l'offre de soins et c'est bon pour le grand ouest, alors pourquoi c'est pas bon pour les autres régions. Aujourd'hui, je vais vous dire franchement, il faut qu'on fasse bien et mieux sur l'ouest et à partir de cette expérience, on verra. Mais aujourd'hui, on n'ira pas racheter des cliniques. C'est un univers contraint concurrentiel et qui nécessite de conjuguer différents acteurs avec des logiques différentes. Et donc c'est risqué même si c'est ambitieux et là dessus la direction d'Harmonie soutient ses cliniques. Mais de là à étendre, il faudra structurer les formes. Il n'est pas question de les abandonner.

MIP : HGO est une expérimentation ?

JPL : Oui, on est là. Et il y a eu des investissements et il y a encore de l'argent à mettre. Notre directrice est confiante, toutes nos structures peuvent être équilibrées.

Des autorisations, il n'y a en plus de donner. Les tarifs diminuent et les remboursements sur les molécules rares, ça devient

MIP : comme vous reparlez de la logique des autorisations, quelles sont vos liens avec les ARS ?

JPL : C'est surtout les directeurs qui sont en lien. Politiquement, il y aurait besoin de liens entre les représentants politiques et l'ARS. Bon, L'ARS, c'est le patron.

Bon parfois on estime que l'hôpital a plus d'aides. Avec le COPERMO, c'est eux qui viennent. Et puis avec le MIGAC, si j'ai bien compris et il y a aussi les... comment c'est ?

MIP : Les FIR

JPL : oui mais aussi ce qui est mis de côté

MIP : ah oui le gel prudentiel.

JPL : Ah oui prudentiel. Les directeurs attendent la fin de l'année pour savoir ce qu'ils vont avoir. On me dit que finalement, les tarifs favorisent plus l'activité de médecin hospitalière que l'activité libérale des cliniques. Les ARS nous demandent les EPRD et ils sont sur notre dos. On a de bonnes relations mais ils sont exigeants. C'est eux qui détiennent les aides qu'on veut avoir.

Et après, il y a tout un travail. Les certifications, là aussi, c'est vachement rigide. Si vous avez un B ou quelque chose, ça efface tout le reste. Il y a des exigences qui nécessitent pour le directeur une implication, des moyens humains. Des fois on se penche là-dessus les délégués sans immiscer.

Interruption de l'entretien pendant 10 minutes suite à la venue d'un collègue de JPL.

MIP : une logique donc de se recentrer sur un cœur de métier et ne pas avoir les aspects de gestion des locaux et autres services logistiques ?

JPL : oui. Et du côté de la prévention, c'est important. On est en train de travailler. Les métiers sont bien organisés mais difficile de les faire travailler ensemble. On tente de trouver des logiques gagnant – gagnant. A Saint Nazaire, on monte un partenariat entre mutuelle retraite et la clinique. Quel est le problème ? On a des gens qui sont opérés. Ils sortent en soins de suite mais il ne faut pas qu'ils restent trop longtemps. Mais ils ne sont pas capables de rentrer chez eux et si on est respectueux de leur parcours il faut les garder. Hors on négocie avec les EHPAD pour nous réserver des places d'hébergement temporaire pour 2, 3 mois. Et c'est la famille qui est rassurée. En contrepartie, on veut que la clinique accueille rapidement pour certains résidents des bilans sur une journée ou deux jours de manière facilitée. Sur la clinique ou l'hôpital, on a tout et ça s'organise. Les gens sont rassurés. Mais entre le souhait et la mise en œuvre, les directeurs disent ok mais c'est pas si simple. Très concrètement, ils sont confrontés aux cas lourds. C'est là qu'avec différents établissements on doit être capable de l'organiser. Dans nos EHPAD, ils font de la prévention dentaire.

Et l'autre question c'est comment on l'identifie, qu'on fait savoir et que c'est connu.

Et là, il y a une déperdition. Faire et faire savoir. La directrice dit qu'il faut consolider notre structure comme des fonctions supports mais il faut qu'on les finance sur des excédents. Là, on est dans le financement d'HGO. Parce que les directeurs regardent combien on va payer en frais de siège qui est un bouffe pognon. Et il faut démontrer au directeur qu'entre ce que le siège lui offre et le coût il y a plus. La directrice nous a montré tout ce qu'on subventionne auprès de différents groupes mutualistes et elle dit « mais vous me demandez d'équilibrer ».

On paye à beaucoup de fédération. Elle regarde.

MIP : une dernière question, comment vos établissements santé harmonie se sont adaptés aux évolutions normatives, la loi Le Roux avec les réseaux de soins conventionnés ou la généralisation de la complémentaire santé...

JPL : la loi Le Roux, je ne vous parlerez que de Kalivia. Sur la généralisation de la complémentaire santé, ça c'est pour nous la mise en place d'une structure ACS, accès à la complémentaire santé.

Alors après, ça se manifeste... là on est mutuelle. La partie solidarité, le social dans le développement de l'ACS, il faut le faire savoir et faire connaître aux gens leurs droits. Mais c'est des services que l'on finance. C'est l'éternel problème. Pour tout vous dire on est en discussion avec Harmonie habitat car on est sollicité en tant que bailleur social pour favoriser l'accès au logement des réfugiés. Le logo d'harmonie, c'est « plus qu'un toit ». Mais qu'est ce que ça veut dire. ça peut être des consultations de médecine, aide et prévention, faciliter l'accès comme dans le dentaire. On tente de structurer. C'est la dimension proximité avec d'autres acteurs.

On ne peut pas tous faire mais travailler en partenariat avec d'autres associations. Pour l'obésité et le palliatifs on développe le partenariat et offrons un local dédié dans la clinique. Et c'est ça que la clinique de Saint-Brieuc a mis en place pour permettre au patient d'être mis en relation. On ne finance pas mais on met en lien.

C'est ce que les gens écrivent : « Ça été simple ».

Et c'est notre service mutualiste qui est contacté par les associations. On facilite le contact avec la directrice. La mutuelle met un budget pour nouer les partenariats avec les associations mais il faut démontrer la relation avec la santé.

Retenez l'idée : favoriser le parcours. C'est la colonne vertébrale. Ce n'est pas le cas de toutes les mutuelles. C'est un facteur de différenciation. Certains modèleraient mes propos car ils n'ont pas la culture de la santé.

Nous notre culture c'est assurer, prévenir, accompagner. Notre ADN.

On ne peut pas ne pas être dans la prévention. On est un offreur de soins donc y compris sur la prévention, des services aux personnes.

On avait investi dans le loisir... mais on a abandonné. C'était la cohérence de la démarche, La mutuelle qui prenait la personne dans sa globalité.

A cette époque, c'était les délégués qui vendaient la mutuelle et percevaient les cotisations. Alors quand vous leur parlez du groupe national, ils sont un peu perdus. Et on est exigeant avec nos directeurs qui font leur job mais à qui on rappelle qu'ils font partie d'une mutuelle. Directeur dans une mutuelle il faut savoir où on met les pieds.

Bon voilà, ça vous donne une vue globale et vous êtes là en Pays de la Loire et en Bretagne où c'est particulièrement développé. Sur Rennes, vous avez la clinique de la sagesse.

Ah oui, vous aviez aussi demandé si nous étions satisfaits de la manière dont les UT dirigent les SSAM.

MIP : On n'a pas posé la question, car c'est dirigé directement par Harmonie

JPL : oui mais quand même. Là je vous ai expliqué le fonctionnement harmonie culture Loire Atlantique. On a fusionné. En Bretagne ils ont des UT, des unions techniques de département, très organisées avec des moyens de financement. Il y a eu des fusions mais pas avec une mutuelle dominante. Et donc vous avez l'UT 2956. En clair dans nos unions de gestion, on crée ce qu'on appelle pour les EPICS trois collèges : Harmonie, l'UT 2956 et l'UT22 et l'UT35. Lorsque la clinique de la sagesse a eu des difficultés, c'est l'UT 2956 qui a remis du fric dans la boutique. Ici il n'y a pas d'UT 44. En Bretagne, le délégué va vous dire qu'il est lié au national mais qu'il est aussi très UT. Vous arrivez directeur à Lorient ou à Jules Verne, il faut comprendre comment ça se passe. La directrice d'HGO parlerait bien des subtilités pour diriger.

Harmonie c'est principalement, une mutuelle assurance du livre II qui maîtrise sa filiale. Et HSM, du livre III organisée par métier et dans lequel on fait rentrer les UT qui le veulent bien. Donc Quid de HGO qui est une SA. Harmonie est majoritaire mais c'est une SA. Mais une SA ne peut être une structure de livre III. Sauf que l'article 53 de la loi sur l'économie social est en train de bouger. HGO n'est pas une structure mutualiste, c'est une SA.

Bon ça fonctionne pas mal mais il faudrait dégager des marges pour investir, conserver les chirurgiens et en faire venir. Avoir un beaux plateau technique et faire de la recherche. Car de l'expérimentation peut nous amener de la différenciation. Là on s'est réuni un samedi et dimanche pour définir nos axes stratégiques, sur quelles conventions, quelle relation avec l'hôpital public et puis en fonction de la spécificité quelle relation là où il y a de la concurrence.

C'est dur, parce qu'on a monté ici en Loire Atlantique des structures qui politiquement étaient nobles mais structurellement déficitaires. Mettre dans un même lieu un établissement avec 2 statuts... A Saint-Nazaire avec notre bail emphytéotique ; c'est un casse-tête.

Entretien n°6 réalisé le 11 mai 2016 par Caroline Souillard et Antoine Créteineau avec Madame V., responsable Accueil-facturation d'une clinique mutualiste

Mme V : Activité centrée sur la prise en charge de la femme enceinte, un centre d'Aide Médicale à la Procréation, des services de chirurgie (orthopédie, digestif, ORL, gynécologie, bucco-dentaire...), une unité d'évaluation et de traitement de la douleur, un service de soins urgents et un plateau technique d'imagerie médicale (radio, scanner et IRM). Exercice 2015 : 20 000 entrées, 100 000 externes.

Mme V. : l'échange sera très opérationnel, facturation et mutuelles ; comme je vous l'ai indiqué par téléphone, sur le plan stratégique et politique je vous renvoie vers la mutualité Française, je n'ai pas de chiffres à vous fournir sur l'attractivité du bassin.

MIP : J'ai pu lire sur votre site que l'excellence de la clinique est conjuguée à la garantie d'un accès aux soins égal pour tous, sans dépassement d'honoraires. Pensez-vous que c'est grâce à l'adhésion de la clinique au Groupement Hospitalier Mutualiste Français (GHFM)?

Mme V. : Nos médecins sont salariés donc ça règle le problème. Ça fait partie du contrat de travail et pour ceux qui sont payés à l'acte c'est prévu dans leur contrat d'exercice libéral. Pas de dépassement d'honoraires, on applique les tarifs conventionnés.

MIP : Quelles sont les exigences du GHMF en terme de qualité dans votre établissement ? Qualité hôtelières par exemple avec la chambre particulière.

Mme V. : Je ne suis pas le bon interlocuteur. Nous on reçoit des patients, on les prend en charge, ils ont une mutuelle, pas de mutuelle, on applique les conventions mais dans ce bureau on n'est pas dans les négociations stratégiques. La convention groupe est négociée et on l'applique.

MIP : D'accord, donc vous ne pouvez pas nous dire si l'offre faite aux usagers en termes de chambres particulière relève du fait que vous soyez clinique mutualiste ?

Mme V. : Moi ce que je peux vous dire c'est qu'aujourd'hui on applique 2 niveaux de tarifs pour les chambres particulières : il y en a un qui est réservé aux adhérents mutualistes qui est en deçà de celui appliqués pour ceux qui ne sont pas adhérents à une mutuelle faisant partie du groupe.

Alors en termes d'attractivité, je ne suis pas persuadée que les gens qui viennent ici aient vraiment connaissance de cela. Le fait est qu'effectivement pour les adhérents à une mutuelle du groupe le cout est moindre.

Pour le patient c'est transparent, il a souscrit son contrat, il ne fera pas l'avance des frais. Il va plus venir dans notre établissement par rapport à une prise en charge, une orientation, que par les tarifs de chambres particulières.

Après ça nous arrive d'avoir des coups de fil de gens qui n'ont pas de couverture sociale et qui demandent à faire un devis sur une prestation, une prise en charge particulière où on va lui indiquer nos tarifs de chambres et là effectivement, ça va peut-être influencer sur son choix.

On se substitue au patient à la partie caisse et à la partie mutuelle pour certaines mutuelles, celles avec qui on a un conventionnement, aussi bien pour une hospitalisation que pour une venue externe, ce qui ne sera pas le cas dans une clinique privée. Pas de dépassement d'honoraires et pas d'avance de frais dans la plupart des cas.

MIP : Quand vous dites dans la plupart des cas pas d'avance de frais, vous entendez quoi ?

Mme V. : parce qu'on n'a pas signé de convention avec toutes les mutuelles qui existent ; les patients qui ont des mutuelles privées feront l'avance des frais et se feront rembourser après.

MIP : En termes plus général, pensez-vous que le fait de passer des conventions avec les mutuelles puisse être une réponse à la renonciation aux soins de certains usagers ?

Mme V. : [long blanc] ... Je ne sais pas ... là vous me demandez mon avis ... c'est très personnel et euh ... [blanc à nouveau] ... je ne saurais pas vous donner franchement une réponse ... faut souscrire son contrat mutuelle alors de plus en plus on ... [interruption car on frappe à la porte...] alors c'était quoi la question ?

MIP : La loi de santé nous parle du renoncement aux soins, donc d'un terme général, est-ce pour vous un moyen de renoncer aux soins ?

Mme V. Pour moi c'est difficile à dire, à mesurer ... peut-être les ARS auraient des réponses à fournir ? Comment le mesurent les autres établissements, les contacts que vous avez eu ?

MIP : Effectivement, l'autre centre hospitalier que j'ai interrogé n'a pas non plus de statistiques pour y répondre et le dépassement d'honoraires reste pour certains usagers un renoncement aux soins.

Mme V. : Effectivement, ça peut être un objectif à atteindre, mais comment ça se décline ... comment ça se mesure au niveau d'un établissement ... je ne sais pas ? C'est difficile pour moi d'y répondre.

MIP : Vous avez des enquêtes de satisfaction à la sortie du patient, y faites-vous mention de la prise en charge totale des frais grâce à votre statut de clinique mutualiste, et avez-vous des retours des usagers ?

Mme V. : Je ne sais pas ... je n'ai pas de questionnaires de satisfaction ... en tout cas c'est affiché ; moi ce que je peux vous dire de mon point de vue, c'est que c'est une mention qui est affichée à tous les points d'accueil, on affiche les tarifs, on mentionne qu'il n'y a pas de dépassements d'honoraires ;

quand on est amené à faire des devis, c'est de la même manière, une information qui est largement diffusée, et sur le site et voilà. Je suis un peu gênée de vous recevoir car je n'ai pas l'impression de pouvoir répondre à l'ensemble de vos questions ...

MIP : Non, non ... ce n'est pas grave, on a déjà des réponses à certaines questions ...

Mme V. [va chercher un questionnaire de satisfaction et revient] : Donc non ... y a pas mention de dépassements d'honoraires ... euh

MIP : En fait le but de la question est de savoir si le fait d'être conventionné avec les mutuelles est, pour les patients, un confort financier ? (de venir dans votre structure plutôt que dans une autre ?)

Mme V. : Alors effectivement, j'allais y venir ... notre mode de facturation est apparent à celui de l'hôpital, c'est un GHS tout compris, y compris celui des médecins ; il n'y a pas de surprise, on applique le GHS et point. Il n'y a donc pas de mauvaises surprises et pas de dépassements d'honoraires, c'est donc probablement un élément attractif oui, par rapport à d'autres établissements. C'est connu et on a pu se rendre compte que depuis qu'on est passé à la facturation au fil de l'eau, sur le champ externe, où l'exigence de la sécurité sociale est plus forte, en termes de transmissions d'informations, qu'on demande plus d'informations aux patients et on leur demande de se prendre en charge. L'établissement se substitue à lui, charge aux patients de nous amener les justificatifs à jour afin de pouvoir, nous, nous substituer. C'est vrai qu'on est plus exigeant sur la transmission des documents et c'est quelque fois mal compris par les patients car ils doivent nous transmettre les documents pour pouvoir refacturer à des tiers. Certains nous disent qu'en venant dans notre établissement, ils n'ont rien à payer pensant que les soins sont gratuits. Donc notre discours a évolué dans ce sens : c'est un service qu'on vous rend, on se substitue à vous pour la dispense d'avance de frais et c'est clairement un service rendu par rapport peut être à d'autres structures avec d'autres statuts.

MIP : Oui et de rappeler que c'est une dispense d'avance de frais et non une gratuité

Mme V. : Oui il y a un rôle éducatif du patient à faire la dessus car on a régulièrement ce genre de réflexion : « mais ici c'est gratuit »

MIP : Et pour vous ce n'est pas compliqué d'avoir à gérer avance de frais et mutuelles ?

Mme V. : Bien sûr

MIP : Parce que vous avez à gérer votre trésorerie

Mme V. : Ah ben clairement ! Et à plusieurs titres car sur la prise en charge administrative des patients directs, depuis qu'on est passé à la facturation au fil de l'eau l'année dernière, c'est une charge de travail conséquente pour les établissements, et particulièrement toute la partie traitement des rejets. Y

a un rythme à trouver entre facturer et être payé sans trop de délai pour la partie. Il faut trouver le bon taux de rejet en fait. Il faut trouver le bon équilibre entre les factures impayées et le temps de moyens humains à contrôler.

MIP : Ça vous est déjà arrivé d'avoir à faire à des mutuelles qui ne vous ont pas payé dans les temps ?

Mme V : Sur la partie complémentaire, euh oui ... Mme N (sa collaboratrice), on a des mutuelles plus ou moins bonnes payeuses ?

Mme N : La comptabilité pourrait nous dire mais oui on en a qui payent moins bien. C'est un peu compliqué toutes ces plateformes qui gèrent différentes mutuelles, c'est parfois difficile de savoir à qui on a à faire oui.

MIP : Il y a un suivi à posteriori très important finalement ?

Mme V : Oui, oui

MIP : Avant la facturation au fil de l'eau quelle était votre cadence d'envoi des factures ?

Mme V : C'était mensuel mais qu'aux caisses car pour la partie mutuelle, il n'y a pas ce type de facturation.

MIP : D'accord. Donc c'est également une facturation mensuelle ?

Mme V : Oui on va travailler sur cette partie-là, mais on a pas d'outils, on est pas en phase pour télétransmettre en fait ; c'est un projet, ça fait longtemps qu'on en parle ...

MIP : Oui car en termes de trésorerie vous y gagneriez ...

Mme V : Oui ... après ce qu'on vit sur la partie caisse on le vivrait sur la partie mutuelle ... je ne sais pas ... mais effectivement l'établissement serait aussi gagnant.

MIP : Si vous êtes encore sur du mensuel pour la partie mutuelle, est ce que c'est lié à une complexité technique ou est-ce lié à des réticences de certaines mutuelles ?

Mme V : Pourquoi on n'envoie pas plus régulièrement nos factures ? bien aujourd'hui c'est technique.

MIP : Il n'y a pas d'interface ?

Mme V : Notre outil n'est pas prêt à le faire oui. En fait c'est Mme N qui rencontre les difficultés qu'on peut avoir ... sur l'identification des mutuelles par exemple, pour les agents d'accueil c'est de savoir à qui ai-je à faire ? Ça devient très compliqué avec le regroupement des mutuelles ... quel tarif j'applique ? Est-ce un adhérent de la mutualité française ? Voir quel est le contrat qui va bien ... ça devient vraiment très compliqué. Et quand on forme des agents d'accueil sur le domaine hospitalier,

la difficulté elle est là ; que ce soit dans le cadre d'une hospitalisation ou d'un externe, est ce qu'on fait le tiers payant ou pas ?

MIP : C'est vrai que tout cela retarde les procédures de paiement.

Mme V : Oui ... dans le sens où il y a un retard d'identification, oui on peut dire que ça retarde ...

MIP : Ou des droits qui ne sont plus ouverts lors de l'hospitalisation ?

Mme V : Oui mais ça a toujours été ça ... ça fait partie des erreurs acceptables hein ... enfin je ne veux pas me substituer à Mme N hein mais ...

Mme N : Oui c'est ça hein, on a par exemple un groupe AMERIS qui gère mais on va avoir un interlocuteur pour le professionnel de santé, un pour l'adhérent, faut bien lire les cartes ... c'est depuis les regroupements et les mutuelles qu'ils gèrent que ... après il y a des mutuelles avec qui on fait le tiers payant externe d'autres non ... faut faire la part des choses.

MIP : L'outil informatique à terme, vous permettrait en fait de vous faciliter ces tâches ?

Mme V : Oui c'est sur car là il y a le côté humain dans est ce que j'identifie bien ? Que là on verra nos erreurs et nos flux seront plus rapides pour pouvoir les traiter. Il y a une volonté au niveau du groupe pour qu'on travaille la dessus donc oui ça va venir et on sera site pilote ! Mais ça fait très longtemps ... Déjà lorsqu'on a changé l'outil il y a longtemps, on nous avait déjà fait miroiter ça donc on espérait travailler sur le sujet déjà mais ... ce n'est pas le cas aujourd'hui et on a bien à faire ici par ailleurs avec les caisses mais c'est ce vers quoi on va et plus rapidement ça se fera mieux ce sera.

MIP : Oui pour tout le monde

Mme V : Pour nos relations mutuelles ce qu'on aimerait, et là on n'a pas eu beaucoup de retour, c'est la partie accord de prise en charge. C'est-à-dire qu'il y a peu de mutuelles qui ont des plateformes ou des sites où on peut faire en live la demande de prise en charge ; pour beaucoup d'entre elles on passe encore sous format fax, les photocopies, les documents papiers ... on avait questionné les mutuelles à ce sujet mais on a eu très peu de retours. Et de leur côté les agents traitent les dossiers plus 5 ou 6 mutuelles en fait.

MIP : Peut-être l'outil informatique leur fait également défaut ?

Mme V : Oui car à priori ils ne se disent pas prêts. Nous on peut suivre nos règlements sur leur site mais en amont pour l'accord de prise en charge ce n'est pas possible. Donc les mutuelles ne sont pas prêtes.

MIP : Et le fait d'accélérer ces accords de principes génèreraient pour elles des règlements plus rapides ? C'est certainement très stratégique ?

Mme V : Oui il y a certainement cette volonté ; ça se négociera mais ça se passera certainement à un autre stade que celui de l'établissement.

MIP : On se rend compte qu'il y a une réelle difficulté pour vous sur le terrain en fait

Mme V : Oui car on demande aux ESPIC et aux établissements publics de se substituer qu'on n'a pas en médecine de ville ou établissements privés et ça devient de plus en plus complexes en fait. Donc on le fait mais avec les regroupements c'est de plus en plus complexes. C'est à nous établissements de s'adapter aux exigences des mutuelles. Parfois, quand on a une demande de conventionnement mutuelle, on est quand même très hésitant, on sait que derrière c'est une rentrée d'argent plus rapide mais ... voilà on fait quand même très attention avec lesquelles on veut travailler, les contrats partiels on en veut pas parce que c'est trop compliqué, on préfère que les patients fassent l'avance des frais voilà ... on est très attentifs aux demandes de conventionnements.

MIP : Vous avez une procédure pour la bonne mise en place des informations, d'identification ?

Mme V : Non il n'y a pas de procédure, c'est trop vaste. Il y a trop de mutuelles, il nous faudrait un catalogue et quand bien même il existerait il faudrait le tenir à jour ! Il faudrait quelqu'un et on n'a pas les moyens humains pour. C'est de la transmission de compétences aux agents d'accueil et Mme N est le support d'information quand il y a le moindre doute. On préfère un rejet et voir la carte vitale que d'investir dans ce travail en amont, c'est le choix de l'établissement. Ça fait partie de l'équilibre à trouver et ça nous convient.

MIP : Vous avez des renouvellements d'agents à l'accueil, ça se traduit par de la formation ?

Mme V : Oui c'est de la transmission d'équipe et de formations. La partie mutuelle étant plus complexe que la partie caisse. Car coté mutuelles ça a peu évolué, depuis plusieurs années c'est toujours carte papier, prise en charge papier hein ... la relation établissement – mutuelle n'a pas beaucoup évolué si vous voulez.

MIP : Oui le fonctionnement reste archaïque dans un monde où tout bientôt se télétransmet.

Mme N : oui tout à fait ! les caisses bougent mais pas les mutuelles.

MIP : En dehors du technique et du paiement, les relations avec les mutuelles sont comment ?

Mme V : Ca se passe toujours bien, c'est cordial. Chacun se parle avec ses contraintes techniques et on s'entend pour régler d'éventuelles difficultés. On se substitue au patient quel que soit sa mutuelle pour une hospitalisation, par contre en externe, je vous dis, on reste très prudent dans le conventionnement pour ne pas se mettre en difficulté finalement. Attention hein, c'est pas toujours un gain pour l'établissement ! On va aller mesurer le nombre d'adhérents parce que si c'est marginal on ne va pas aller s'embêter.

MIP : Vous le voyez par rapport à la population du secteur ?

Mme V : Oui et par rapport à notre historique on va regarder si on l'étend à l'externe ou pas ? Donc on peut être sollicité et répondre par la négative.

MIP : C'est plutôt les mutuelles qui vous contactent pour le conventionnement ?

Mme V : Oui c'est toujours dans ce sens.

MIP : En proportion, vous avez beaucoup de patients non adhérents ?

Mme V : Je n'ai pas de statistiques là-dessus, on envoie environ 3000 factures par mois en externe donc des patients avec des droits ouverts qui se font rembourser dans un second temps. On a beaucoup de 100% car la femme enceinte c'est du 100%.

MIP : Ça nous donne une idée sur 100 000 venues par an.

Mme V : C'est vrai qu'on n'a pas cherché ça ... la répartition ... voilà ...

MIP : On a une bonne vue de votre métier sur le fonctionnement et sur le terrain.

MIP : Quel est l'impact des complémentaires santé sur l'offre de soins, notamment au travers des réseaux ?

P-Y. G. : Je pense que pour aborder ces questions il faut se détacher du cadre français. Cette question-là elle est présente dans beaucoup de pays, notamment la question du « *managed care* », et quelles formes d'intégrations verticales entre le financement et la production de soins, et ça il y a énormément d'évolutions contrastées.

Donc là il faut situer, il y a une énorme littérature économétrique sur ces questions-là. Il faut voir..., le cadre conceptuel est relativement clair : est-ce que des assureurs en concurrence peuvent mettre en œuvre des stratégies plus efficaces en termes de qualité des soins de réduction des coûts ? C'est-à-dire produire des soins de manière plus efficiente ? La question se pose un peu différemment pour un assureur en situation de monopole... Et donc, il y a toute une littérature qui essaye de s'intéresser à ça, sachant qu'il y a une difficulté empirique, en effet, comme les assureurs ont la possibilité, effective ou pas, de sélectionner les patients, il peut y avoir des biais de sélection. Aussi des assurances peuvent avoir des dépenses plus faibles parce qu'elles attirent des assurés en meilleure santé, donc on ne saura pas qui est le plus efficace dans la gestion de l'offre car il est « plus efficace » dans la sélection des patients.

Donc une grande partie des débats empiriques autour du « *managed care* » c'est : est-ce que c'est efficace ? Après le cadre conceptuel il est relativement clair, dans le sens où, en théorie des assureurs en concurrence ont intérêt à être le plus efficace possible, car ils vont pouvoir, s'ils proposent une vision intégrée : si au lieu de dire : on vous rembourse les soins, on vous offre accès à un réseau, c'est ça l'alternative.

Si les assurés font jouer la concurrence ils ont intérêt à proposer le meilleur service à condition que les assurés eux-mêmes agissent non plus comme consommateurs de soins mais fassent jouer la concurrence. Donc il faut situer ça dans le débat international autour de savoir quelle est la place, quel est le rôle, du « *managed care* » ?

MIP : En France les réseaux sont relativement peu connus...

P-Y. G. : Il y a le moment on a pensé que ça s'ouvrait un petit peu, mais finalement il y a beaucoup d'annonces... : « attendez on va faire un truc vous allez voir, ça va casser la baraque ». Mais finalement il y a eu moins de trucs qui ont été lancés.

Une manière d'aborder cette question c'est de se dire est-ce que c'est une bonne chose d'avoir de la concurrence dans le secteur de l'assurance maladie ?

La réponse à cette question, en fait je ne sais toujours pas si oui c'est une bonne chose. Parmi les conditions nécessaires il y a : donner aux assureurs les outils pour piloter et agir sur l'offre de soins. Ça c'est une leçon qu'on retire des expériences internationales, c'est que si on met des assureurs en concurrence, mais qu'ils sont en concurrence uniquement sur la gestion des flux de soins, cela n'a aucun intérêt en termes d'efficacité du système de santé. En revanche si on leur donne des outils pour piloter et agir sur l'offre de soins, là oui il peut y avoir des gains d'efficacité. Mais c'est une condition nécessaire mais pas suffisante car on n'est pas sûr que cela puisse aboutir à des gains d'efficacité.

MIP : Ne pensez-vous pas qu'il y a un risque inflationniste, notamment avec les couvertures collectives, les couvertures d'entreprise. Dans le sens où les entreprises cherchent la meilleure protection et donc celui qui rembourse le mieux ?

P-Y. G : D'abord est-ce que c'est nécessairement un problème, l'assurance en soi c'est une bonne chose et donc avoir un bon niveau de couverture c'est *a priori* désirable. Maintenant c'est vrai que cela peut produire, vu la forme des remboursements, de l'aléa moral est donc une surconsommation.

Une manière de lutter contre ça c'est justement d'agir sur l'offre de soins. C'est-à-dire au lieu de réguler la dépense de soins par la demande, en mettant des co-paiement, des franchises..., on peut réguler la dépense de soins par une action sur l'offre et donc par les relations contractuelles avec les offres de soins. Mais dans les outils qui paraissent quand même indispensables (nécessaires mais pas suffisants), il y a la contractualisation sélective.

Aux Pays-Bas c'est cela qui a changé les choses, c'est le jour où ils ont introduit la possibilité pour des assureurs de ne pas contractualiser avec l'ensemble des offres présentes qu'il y a eu des évolutions. Aussi je regarderai ça sous cet angle-là : quels sont les outils réglementaires à la disposition des assureurs en concurrence pour agir sur l'offre de soins ?

En France ce qui est frappant c'est qu'il y a très peu d'outils. Le cadre réglementaire contraint quand même pas mal les assureurs qui voudraient s'engager là-dedans, et puis les assureurs n'agissent pas au premier euro, en France c'est une deuxième passe, donc ils ont moins d'incitations. C'est le problème central de l'assurance maladie en France, c'est cet empilement, ce système à deux couches qui fait que personne n'est responsable pour la totalité, c'est vrai aussi bien du côté de la demande : la sécurité sociale augmente le ticket modérateur et les complémentaires vont le couvrir intégralement. Ce qui fait que il n'y a plus d'effet sauf un transfert budgétaire ; et cela est vrai d'autant plus pour le pilotage de l'offre de soins : on a une partie du dispositif d'assurance en France qui rembourse une part

importante des dépenses en ayant très peu d'outils, très peu d'informations, ce qui ne leur permet pas de faire de gestion des risques.

MIP : Est-ce que vous ne pensez pas justement qu'il y a une sorte de paradoxe chez les complémentaires santé qui se sont elles-mêmes privées d'un outil de régulation : le fait d'être elle-même offreurs de soins ? (Mutuelle Livre III) ?

P-Y. G : Oui mais elles n'ont pas, il y a eu des évolutions réglementaires au niveau européen, donc je ne pense pas qu'elles aient renoncé à sa de gaieté de cœur...

MIP : La fédération la Mutualité française était plutôt en faveur de l'adhésion à cette nouvelle réglementation européenne...

P-Y. G : En effet parce qu'en même temps il y a tout une tradition qui existe en France de nos centres de soins mutualistes etc.

Donc il y a des choses qui sont possibles dans le cadre réglementaire, mais je me souviens plus quelle avait été la position de la FMF.

MIP : Quand vous dites un outil, pour vous, ces centres de soins mutualistes ça reste un outil valable et utile, ou est-ce que vous étiez plus sur l'idée du conventionnement sélectif ?

P-Y. G : Disons que ce n'est pas le même type, ce sont des outils qui sont assez complémentaires puisqu'il y en a un qui est plutôt sur la médecine de ville et l'autre qui est plutôt sur la médecine hospitalière. Mais à mon avis ce sont des outils qui restent plutôt complémentaires.

MIP : Vous pensez que la loi « Le Roux » sur la légalisation des remboursements différenciés en fonction de l'appartenance à un réseau de soins est plutôt une bonne chose ?

P-Y. G : Si ça pousse les assureurs, si on est sûr que les réseaux de soins sont efficaces je dirais oui c'est une bonne chose, il faut pousser les gens à adhérer à ce genre de dispositif. A priori cela vaut au moins le coup d'essayer, mais il faudrait quand même mettre en place un dispositif d'évaluation de cette mesure.

MIP : C'est assez critiqué, avec une certaine forme de lobbying de la part des deux côtés...

P-Y. G : Oui mais il y a réseaux de soins et réseaux de soins parce que ça recouvre plein de trucs.

MIP : J'étais plutôt concentré sur le dentaire, l'optique...

P-Y. G : Oui c'est normal..., dentaire enfin tout ce qui est prothèses, parce que c'est pas tellement ce qui est soin dentaire, les soins dentaires sont bien pris en charge en France mais ce sont les prothèses qui sont peu prises en charge, et puis tout ce qui est prothèses auditives, c'est là-dessus que les mutuelles...

C'est l'os qu'on a laissé à ronger aux mutuelles. Dans le partage du gâteau des dépenses de soins c'est beaucoup de déterminants politiques...

MIP : Quand vous dites l'os à ronger....

P-Y. G : On leur a laissé une part du marché...

MIP : Est-ce que vous pensez qu'on leur a laissé une part de marché ou est-ce que c'est une manière de limiter les dépenses remboursées par l'assurance maladie obligatoire.

P-Y. G : Je pense que c'est les deux, c'est les deux. Mais ça il faudrait poser la question à des historiens de la Sécu...

Les mutuelles ont préexistées à la Sécu, elles sont plus anciennes que la Sécu, on peut dire de certaines qu'elles sont des formes anticipées ou précurseurs.

MIP : À propos de ces outils et donc du conventionnement sélectif est-ce que vous pensez que cela peut avoir une conséquence sur l'accès aux soins et le renoncement aux soins ?

P-Y. G : Oui, c'est ça la difficulté aussi de ce genre d'outils, on est quand même dans un système où il y a le financeur, les patients, les producteurs de soins, et dès qu'on change un bout du système ça impact les autres.

Pour le conventionnement sélectif le risque qui est identifié c'est que ce soit utilisé comme un outil, non pas pour sélectionner les médecins les plus efficaces, mais pour virer les médecins très chers, alors ça pourquoi pas..., mais ça peut surtout être utilisé de manière différente pour sélectionner les patients. Typiquement un réseau de soins ne recrute, ne propose, dans son réseau aucun oncologue, à ce moment-là évidemment si vous êtes à risque de cancer vous allez peut-être réfléchir à deux fois avant de rentrer dans un tel réseau...

Donc au final ça ne va pas être une manière d'améliorer l'efficacité mais c'est une manière simplement de sélectionner les patients et donc ça ne change rien en termes d'efficacité des soins pour les patients.

Donc conventionnement sélectif éventuellement mais sur la base d'un cahier des charges assez strict et assez précis, pour éviter justement que ce conventionnement soit un outil détourné et devienne un instrument de sélection des patients, au lieu d'être un élément de sélection et d'incitation des médecins. C'est-à-dire que l'effet d'incitation il est potentiellement fort, cette menace de dé-conventionnement de dé-contractualisation pousse à faire attention. Mais cette menace existe aussi pour la Sécu mais n'est jamais appliquée...

MIP : Est-ce que vous pensez que c'est aussi un moyen pour les complémentaires santé, notamment au travers des réseaux de soins, d'influencer le panier de soins remboursés par l'assurance maladie obligatoire ?

P-Y. G : Ouais je ne sais pas...

En principe ce sont des décisions qui sont un peu coordonnées, sur le panier de soins, en principe. Mais on est toujours un peu sur de l'implicite pour le panier de soins, mais en même temps il existe, il est défini ; mais pour certaines personnes c'est scandaleux de définir un panier de soins, alors que ça existe *de facto* : il y a des soins qui sont remboursés et des soins qui sont pas remboursés...

En même temps les complémentaires n'ont pas tellement leur mot à dire sur la définition du panier de soins, après elles peuvent agir à la marge, dans certains domaines spécifiques, sur certains trucs qui sont pas encore pris en charge par la Sécu, car les complémentaires peuvent être parfois plus réactives. Mais en dehors de ça, je ne sais pas...

MIP : Est-ce que vous pensez qu'on va vers une généralisation du conventionnement avec les complémentaires qui viendrait prendre la place d'une assurance maladie obligatoire qui diminuerait ou se concentrerait sur les affections de longue durée ?

P-Y. G : Le gros risque à la Sécu, et le petit risque aux mutuelles quoi ! Honnêtement j'en sais rien, je n'ai pas la moindre idée du sens dans lequel ça va aller.

Ce que je pense qu'il faut arrêter avec le délire d'empilement de deux types d'assurances, ça c'est délirant ! C'est du gaspillage, rien qu'en termes de frais administratifs qui sont dupliqués. Et puis l'effet induit en termes de déresponsabilisation, parce que chacun ne paye qu'une partie de la dépense et donc il y a moins d'incitations à gérer la demande et l'offre, chacun se reposant sur l'autre.

Si, aujourd'hui, il y a un assureur complémentaire qui met une mesure de maîtrise de la dépense, ça bénéficie aussi beaucoup à la Sécu, or le coût sera payé par la complémentaire, et donc il y a un problème d'externalités. Tant que l'on aura cet empilement des deux couches d'assurance il n'y aura rien d'intéressant qui évoluera, on continuera à coller des rustines ici ou là...

On ne verra des évolutions que là où les complémentaires sont en première ligne, sur le dentaire l'optique et les prothèses auditives, il faut voir aussi ce qui se passe sur les dispositifs médicaux, sur tout ce qui est objets connectés, est-ce c'est de la santé ? Quelle est la place des complémentaires ? Il y a forcément des complémentaires qui vont s'y mettre parce qu'il y a des gens qui ont envie de ces objets connectés mais une balance connectée est-ce que j'ai besoin que ça soit prise en charge par un assureur... ?

MIP : Mais peut-être un risque de de surenchère à partir du moment où une assurance va commencer à s'y mettre ça risque de pousser les autres s'y mettre aussi ?

P-Y. G : Oui

MIP : Sur le secteur de la santé et ce qu'il n'y a pas aussi le risque d'effets pervers de la concurrence ?

P-Y. G : Le vrai risque d'effets pervers en assurance, c'est ce qui fait la vertu de la concurrence dans les autres domaines. Une concurrence qui marche fait en sorte que le consommateur paye le coût de production à peu près, la concurrence est une machine à éliminer les rentes. Mais dans le domaine de l'assurance le coût de production ça dépend du consommateur, c'est la prime pure du contrat, et donc l'assurance induit une inégalité forte et donc une tarification aux risques.

Et tant que l'on n'aura pas mis des outils en place, la France est un des seuls pays à ne pas l'avoir encore fait, de compensation des risques, on va pousser les assureurs à continuer à faire ce qu'ils font.

MIP : Vous entendez quoi par ces mécanismes ?

P-Y. G : C'est ce qui en place dans tous les pays où il y a une concurrence en assurance maladie, que ce soit la Suisse, les Pays-Bas, l'Allemagne, Belgique, Irlande, Israël et d'autres encore... des mécanismes de péréquation entre caisses. D'abord interdiction de la tarification aux risques et une caisse qui reçoit une demande d'affiliation de la part d'un assuré vieux ou malade va recevoir une subvention pour prendre cette personne en charge, et une caisse qui au contraire reçoit une demande d'un assuré jeune en bonne santé va devoir payer une taxe. C'est un système de redistribution, de péréquation des risques, de compensation des risques, c'est pour ça que ça s'appelle le « *risk adjustment* », qui donne aux assureurs moins d'incitations à sélectionner les risques. Ça c'est indispensable d'avoir ce mécanisme de régulation.

MIP : Est-ce que le fait qu'il ne soit pas mis en place en France est dû à la dualité... ?

P-Y. G : Oui entre autres et puis parce qu'en France on est persuadé que la manière de régler les dysfonctionnements du marché et de supprimer le marché. Alors qu'un marché bien encadré par des règles claires peut être efficace ; mais en France le marché marche pas, alors il faut que l'État produise, on a un peu ce réflexe systématique du monopole public qui est forcément bien !

MIP : Qu'est-ce que vous pensez de la défense du retour une assurance-maladie obligatoire qui viendrait couvrir ce qui actuellement couverts par les complémentaires ?

P-Y. G : Oui, après si on regarde les comparaisons internationales, il y a aussi un ou quelques systèmes avec un assureur, et même en Angleterre il n'y a pas d'assureur, d'assurance maladie. Le système national de santé est un opérateur public, en tout cas en termes de financements, mais alors là avec un

choix déterminé avec des actions sur l'offre de soins qui sont de la régulation de l'offre qui sont très fortes. Alors c'est un contre-exemple à l'exemple du « managed care » qui dit : « mettons les assureurs en concurrence, transférons leurs les outils pour piloter l'offre de soins et ils vont améliorer l'efficience », et bien ça peut être mis en place dans le cadre de systèmes monopolistiques. Ça peut...

MIP : C'est une des critiques que l'on fait aux États-Unis, plus on paye plus ça coûte cher ?

P-Y. G : Cette critique est assez justifiée, pour moi les États-Unis de manière générale, il faut regarder un peu plus dans les détails car c'est un peu compliqué et protéiforme. Il y a quelques éléments qui sont globalement en faveur du « *managed care* », mais c'est vrai que les *success story* c'est souvent des gros machins avec des actions fortes en direction de l'offre de soins.

Mais c'est vrai que le moment historique où le « *managed care* » s'est développé aux États-Unis il y a eu aussi un changement assez radical des modes de rémunération, des modes de tarification etc. Mais il y a eu ça aussi en Angleterre à travers le *P for P* des cabinets médicaux.

Donc il y a de l'innovation dans la régulation de l'offre dans certains systèmes monopolistiques et dans certains systèmes très concurrentiels. Donc l'argument n'est pas forcément totalement déterminant.

MIP : Est-ce que vous pensez que le secteur va devenir de moins en moins concurrentiel avec ce qu'on observe déjà : les concentrations.

P-Y. G : Oui mais enfin il continue à en avoir pas mal, il continue à y avoir une offre relativement abondante.

MIP : Oui mais avec les réseaux de soins qui agrègent plusieurs mutuelles, est-ce que vous ne pensez pas que cela représente aussi un risque de concentration, qui sous couvert d'avoir une concurrence aboutirait à un oligopole ?

P-Y. G : Oui, ça il faut faire attention, faut suivre ça, c'est un risque. C'est un risque puisque de toute façon en assurance il y a des rendements d'échelles croissants et donc une tendance naturelle à la concentration.

MIP : Est-ce que dans d'autres pays on a observé ce phénomène de diminution de la concurrence par concentration ?

P-Y. G : Phénomène de concentration oui mais est-ce que ça va jusqu'à une menace sur le degré effectif de concurrence ? C'est quoi un secteur dans lequel on peut dire qu'il y a de la concurrence ou qu'il y a pas de concurrence ? C'est combien d'opérateurs ? Par exemple sur les télécoms en France manifestement trois ce n'était pas suffisant, mais avec l'arrivée d'un quatrième opérateur s'est devenue concurrentiel. Mais dans d'autres secteurs ça va être un autre nombre. Mais on voit qu'avec quatre opérateurs en France on a déjà des comportements très concurrentiels. On a quand même plus de quatre

complémentaires santé en France, mais on n'a pas besoin de 200 opérateurs pour avoir de la concurrence, et ça devient tellement compliqué que ce n'est même pas sûr que cela soit favorable la concurrence.

MIP : Paradoxalement ça peut renforcer des débuts de situations par effet de traditions...

P-Y. G : Oui

MIP : Une question sur les risques sur le transfert du risque entre les différents acteurs ?

P-Y. G : De quels risques on parle ?

MIP : Du risque financier et de son influence sur le renoncement aux soins

P-Y. G : Oui mais quel rapport avec les réseaux de soins

MIP : Dans le sens où chaque acteur essaye de transférer le risque à l'autre partenaire

P-Y. G : Ça c'est aussi un effet de l'empilement, ce que j'appelais l'externalité tout à l'heure.

Après c'est vrai que le « *managed care* » est un changement de mode de relations entre le financeur et producteurs de soins. Et donc tout mécanisme de rémunération induit un partage des risques.

Après il y a différents risques, on a tendance à distinguer entre risques épidémiologiques, cliniques. Le risque épidémiologique ça n'a pas de sens de faire peser sur les offreurs de soins, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas responsables de ça, il faut faire peser le risque sur les individus ou les organismes qui sont en mesure de gérer le risque. Ça c'est le principe de base de la théorie des incitations. Donc le risque épidémiologique ce n'est pas l'hôpital de le supporter.

Le paiement à l'acte protège les médecins contre tout types de risque, d'une certaine manière. Mais d'autres modes de rémunération, au contraire, vont induire un autre partage des risques. Il y a toujours cette volonté de faire peser le risque sur les autres, ça c'est normal, naturel. La question qu'il faut se poser c'est : « comment le risque doit être réparti entre les différents acteurs, patients, professionnels, financeurs ». Là il y a deux arguments, deux éléments avoir en tête : ça doit être auprès de ceux qui sont en mesure de gérer le risque et deuxièmement auprès des acteurs qui sont les moins averse au risque, qui sont a priori les organismes d'assurance, parce qu'ils mutualisent et ont donc une aversion au risque plus faible. Parfois ces deux principes coïncident, parfois ils sont en opposition.

Toute l'idée c'est de donner à travers le « *managed care* » les incitations aux opérateurs de soins à gérer les risques de manière plus efficace, et donc de les mettre en risque afin qu'ils aient un bénéfice à mettre en œuvre des stratégies pour réduire le risque et les coûts. Et donc il faut pas se tromper faut pas transférer du risque sur lequel les opérateurs sont pas en mesure d'agir.

MIP : Votre avis sur la généralisation du tiers payant ?

P-Y. G : Je pense que c'est beaucoup de bruit pour rien, pour moi ça révèle..., tout le monde a raison dans cette histoire ; les médecins ont raison d'être mécontents, les associations ont raison de le réclamer et le gouvernement probablement raison d'aller dans cette direction. Mais au final personne n'est content, parce que c'est vrai que pour les médecins ça va être une complication. Mais qu'est-ce que ça veut dire, pourquoi? C'est pas une fatalité ça existe dans d'autres pays, par exemple en Angleterre c'est le tiers payant intégral depuis toujours et ça fonctionne très bien, il n'y a pas d'excès, de surconsommation ; maintenant ça se passe bien parce que la médecine, la prise en charge, est organisée de manière différente : il n'y a pas de médecins isolés en Grande-Bretagne, il n'y a que des cabinets qui regroupent plusieurs professions.

Aussi le tiers payant ça marche dans les pharmacies parce que les pharmacies et des structures, et qu'ils ont les moyens d'avoir un gars qui va venir une demi-journée par semaine men et qu'ils ont les logiciels appropriés. Ils ont donc la possibilité de régler leurs relations avec 300 mutuelles différentes avec un peu d'investissement en informatique est une personne mais par ce que c'est une structure collective.

Ce que ça nous apprend sur les médecins, ça nous apprend des choses sur l'archaïsme de l'organisation de la médecine libérale en France. Si elle n'était pas aussi archaïque ils n'auraient pas cette difficulté.

Deuxièmement ce que ce que les médecins craignent aussi c'est que dans les pays où il n'y a plus du tout de gestion de la dépense de santé par la demande (avec des mécanismes de ticket modérateur, de franchise, ou d'avance de frais qui est aussi un mécanisme), autrement dit si l'accès aux soins est gratuits, le seul outil, la seule manière, de gérer la dépense de soins c'est d'être plus déterminé sur la régulation de l'offre. Donc je pense qu'ils craignent ça aussi

MIP : Ils craignent que ça soit un moyen de réguler ?

P-Y. G : Oui un moyen de réguler la dépense alors que eux préfère réguler la dépense en régulant la demande, ce qui est vachement plus confortable : « laissez-moi faire tout dans mon coin et continuez de me payer à l'acte, et s'il y a des dépenses excessives ce n'est pas de ma faute, je fais ce que je peux, je fais mon métier, c'est parce qu'il y a des patients qui demandent trop de soins ».

Premièrement ça dénote un archaïsme assez profond de l'organisation des soins en France et deuxièmement ça indique aussi une affreuse complexité qu'on demande aux médecins de gérer, et c'est normal qu'il n'ait pas envie de gérer cette complexité, de gérer les relations avec 300 mutuelles différentes. Mais ce n'est pas une fatalité qu'il y ait ces deux couches d'assurance maladie. C'est pas une fatalité, c'est le résultat de choix ou de non choix.

Finalement c'est une réforme intéressante, pas forcément en soi car on se demande pourquoi une telle cristallisation autour de ça, qui en soi n'a pas une importance considérable ni d'un côté ni de l'autre

d'ailleurs. On peut se demander si c'était pertinent pour le ministre de la santé de griller une grande partie de son capital politique pour défendre une mesure comme ça, dont on n'est pas sûr qu'elle va simplifier la vie pour les patients, une partie de la complexité qui était gérée par les patients va être gérée par les médecins.

MIP : Est-ce que, justement, ce n'est pas un moyen de mettre en place ce qui va permettre de réguler l'offre de soins plus tard ?

P-Y. G : Je pense que les médecins les plus malins ils ont bien compris ça, il y a ce risque...

Donc est-ce que ça va favoriser les réseaux de soins ? En même temps on se prive du remboursement différencié parce que s'il y a un tiers payant généralisé il ne peut plus y avoir de remboursements différenciés en fonction de l'adhésion non à un réseau de soins. Donc au final c'est un peu paradoxal car on se prive d'un outil alors que typiquement certaines formes de « *managed care* » : les HMO vous avez une liste de médecins dans un réseau soins si vous allez voir ces médecins vous ne payez pas, et si vous allez voir un médecin en dehors du réseau de soins soit vous payez intégralement de votre poche soit vous payez un peu. Donc cette idée d'inciter les gens à aller voir un médecin dans un réseau, sans leur fermer totalement la porte à d'autres médecins.

Comment on va faire pour monter des réseaux de ce qui marche ? Faire en sorte que les gens aient envie d'y aller, c'est ça la vraie question.

MIP : À votre avis pourquoi les réseaux de soins n'ont pas l'air de ne fonctionner, il n'y a pas une grande adhésion au réseau de soins en France ?

P-Y. G : C'est une restriction de liberté de choix or on vit dans une illusion complète que les soins doivent être gratuits est totalement libres. Regardez les débats sur l'instauration du médecin traitant, les gens criaient : « c'est une restriction, c'est insensé ! ». Et quand on défend le modèle anglais, je défends souvent le modèle anglais pour la médecine primaire en tout cas, les caricatures qui sont avancées : « c'est un système où les gens choisissent pas leur médecin ! », Alors que c'est faux, vous choisissez votre médecin enfin vous choisissez votre cabinet médical vous êtes la possibilité d'en changer, mais pas tous les deux mois non plus.

Mais en France tout ce qui va dans le sens d'une restriction, mais c'est normal car vous avez accès gratuitement ou quasi gratuitement à un choix très large, et on dit vous aller devoir payer et avoir moins le choix ; donc c'est normal que ça suscite des oppositions, on est tellement habitué à cette illusion que comme c'est l'État, ou la sécu, qui prend en charge c'est pas nous qui payons. Donc au final ce n'est pas étonnant que les gens protestent contre ça.

En même temps quand on regarde les enquêtes de satisfaction des gens qui se sont mis dans une logique de réseaux de soins ou qui ont accès au centre de soins mutualiste. Ce serait intéressant de comprendre pourquoi les gens vont plutôt dans un sens de soins mutualistes, c'est parce que c'est moins cher ? De meilleure qualité ? Parce qu'il y a moins de délais d'attente ?....

MIP : D'après le témoignage d'une personne travaillant dans une clinique mutualiste ce qui revient souvent c'est : « ici on ne paie pas »...

P-Y. G : Oui je ne pense que l'argument de gratuité...

Et il faut regarder ce qui s'est passé en optique quand même, à la fois du fait des succès mais aussi des échecs. Est-ce que les réseaux de soins optiques ça marche ou pas ?

MIP : J'ai plutôt l'impression que c'est plutôt négatif...

P-Y. G : On n'a pas l'impression d'effet majeur massif, mais c'est peut-être pas à cause des réseaux mais peut-être liés à la structure de la chaîne de production, car en France on a essentiellement un monopole dans la fabrication des verres, donc si vous l'aimez plus de concurrence ou d'organisation en aval mais que l'amont ne change pas.

MIP : Il avait aussi l'effet de la clause des réseaux qui instituaient un monopole de verrier qui obligeait les opticiens membres à ne faire appel qu'à ce verrier.

Oui c'est typique ce genre de clause. En général ce sont des accords prix-volume si vous vous engagez dans un réseau vous êtes nombreux et donc vous avez la capacité d'acheter une quantité plus importante et le fournisseur fait des remises plus importantes. Donc les membres du réseau, à ce moment-là, bénéficient de remises importantes, mais non plus cette liberté..., et enfin ils ont la liberté de sortir du réseau, ou pas.

MIP : Justement il y a un dilemme du prisonnier sur la sortie en fonction de l'importance du réseau c'est d'autant plus difficile de sortir que le réseau est important, parce que pour la sortie soit efficace que les autres ont aussi.

P-Y. G : Oui effectivement ça dépend des autres... Donc justement est-ce qu'on a eu une évaluation des réseaux de soins en optique ?!

Bon voilà.

Entretien n°8 réalisé le 12 mai 2016 par Alexandre Cabouche avec Monsieur J-M.C.S., responsable à la Mutualité Française

MIP : Nous nous intéressons de manière générale aux partenariats entre offreurs de soins et complémentaires santé (OCAM). Ainsi, vous en tant que responsable à la Mutualité Française, pouvez-vous nous dire quels partenariats essentiels existent à ce jour entre Mutuelles –SSAM et offreurs de soins ?

J-M.C.S. : Si vous voulez, nous on a une particularité par rapport aux organismes complémentaires, on a des établissements, maintenant 2 700 notamment des centres optiques, des centres santé, des hôpitaux, des ehpad etc. Même dans les centres optiques, je crois qu'on est maintenant 3^{ème} ou 4^{ème}. Oui je crois qu'on est 3^{ème} des réseaux de centres optiques en France avant Afflelou par exemple. Donc on est quand même très présent sur le territoire et avec une volonté de développer un certain nombre d'activités, ensuite on a des relations avec le reste de l'offre de soins et des relations, et on essaie le plus constructif possible. Notamment on essaie de développer des relations contractuelles dans le sens d'une relation gagnant-gagnant : que les adhérents des mutuelles aient intérêt à aller voir le professionnel de santé avec lequel on a négocié une qualité des soins, des tarifs. Il y a un double intérêt pour ces adhérents parce que à la fois ils bénéficient de la qualité et des tarifs négociés mais en plus ils peuvent être mieux remboursés que si ils ne vont pas chez les professionnels qui sont dans le cadre de ce contrat, ces réseaux de contrats. Donc si vous voulez pour nous c'est très important. Pourquoi ? Les relations contractuelles qu'on a aujourd'hui avec l'offre de soins c'est surtout sur des champs qui ne sont pas aujourd'hui couverts par l'assurance maladie obligatoire. Pas ou peu. Et quelque part il y a une logique : les représentants des payeurs qui sont les adhérents, donc les complémentaires négocient avec les offreurs de la même façon que si vous voulez tout ce qui est le dans le champ du tarif opposable. Il y a une négociation entre l'assurance maladie et les offreurs. Donc si vous voulez, en clair dans le domaine de l'assurance maladie obligatoire où elle est fortement majoritaire, c'est elle qui négocie avec les professionnels de santé. Mais il est logique que dans les autres secteurs (optique, dentaire, audio prothèses...) et puis tous les autres qui ne sont pas pris en charge (chambres particulières e), dans le domaine là où l'assurance maladie rembourse peu ou pas bien, c'est logique que ce soit les complémentaires qui s'occupent de conventionner avec le professionnel de santé avec un double intérêt. Souvent les professionnels de santé oublient quand même parce qu'ils ont la mémoire courte ou ils ne l'ont pas vécu, l'apport formidable de la convention pour les professions médicales. Cela remonte à 1960 tout ça (vous ne l'avez pas vécu). Si vous voulez il ne faut pas oublier que dans le cadre de la relation conventionnelle entre payeurs et offreurs, il y a une solvabilisation et donc ça facilite l'accès. Aujourd'hui cela ne viendrait pas à l'idée que les médecins ne soient pas

conventionnés. Il y en a très peu, ils sont essentiellement du secteur 3. Et ils sont peu fréquentés ou ils sont fréquentés par une clientèle très particulière.. donc si vous voulez la norme et la convention entre le payeur et le professionnel de santé, il est logique que dans les secteurs ou les complémentaires sont les plus gros acteurs ce soit elles qui mènent cette contractualisation.

MIP : En terme d'impact de ces partenariats. On a vu qu'il y avait 2 types de partenariats : vos réseaux d'offre de soins en tant que mutuelles et vous avez des relations conventionnelles avec les offreurs de soins. Vous avez cité comme impact l'accès aux soins. Et côté médecins ?

J-M.C.S. : on n'a pas de contrats avec les médecins. La loi l'interdit.

C'est avant tout avec l'optique, l'audio prothèse, le dentaire et un peu avec les établissements de santé sur tout ce qui est hors prise en charge par la sécu, c'est-à-dire chambres particulières, plus de forfaits aujourd'hui qui se développent vous le savez dans les établissements publics et privés mais on n'a pas de convention, la loi Le Roux a modifié les choses et clairement la loi elle dit que les complémentaires ne peuvent négocier qu'avec les acteurs pour lesquels la prise en charge est majoritaire excepté clairement les médecins. Alors les médecins ont là-dessus assez souvent un double discours. C'est-à-dire ils souhaitent quand même qu'on puisse discuter avec eux notamment en cas de dépassements d'honoraires.

MIP : Empêcher la négociation avec les médecins ne peut donc pas permettre d'agir réellement sur les dépassements d'honoraires éventuels. Il n'y a pas de levier d'action.

J-M.C.S. : Exactement. Les syndicats médicaux en off se disent que c'est un peu stupide parce que eux c'est leur intérêt. De la même façon si vous voulez que le tarif opposable est pris en charge, ils ont intérêt à ce qu'une partie du dépassement soit pris en charge parce que ça solvabilise aussi les dépassements mais ça tout ça ne peut se faire que dans le cadre de conventions. C'est ce qui se passait avant. Avant la loi Le Roux, il y avait une plus grande liberté là-dessus et il y avait un certain nombre de conventions avec les professions de santé, avec les médecins qui se passaient plutôt bien. Par exemple, il y avait des prises en charge à 120% des dépassements d'honoraires, des tiers payants, des choses comme ça. Aujourd'hui, à la demande des professions de santé, c'est pas permis. Je pense qu'un jour ou l'autre cela reviendra.

MIP : Pour vous, la loi Le Roux est une régression ? Avant vous pouviez mieux réguler les dépassements d'honoraires ?

J-M.C.S. : C'était une période d'explosion des dépassements d'honoraires. Nous on considère que le contrat d'accès aux soins ne remplit pas tous les objectifs, c'est clair mais ça a quand même été quelque chose d'utile parce que ça a mis un coup d'arrêt, ça a plafonné, ça a mis un coup d'arrêt à l'explosion

des dépassements d'honoraires. D'ailleurs on était favorable nous au contrat d'accès aux soins, à l'avenant n°8, on l'a signé, on a demandé à l'UNOCAM de le signer mais c'est nous qui avons pris la décision de le signer (on est majoritaire dans l'UNOCAM), on a entraîné les autres avec nous parce qu'on pensait que cela allait être utile, que ça montrait clairement qu'il fallait mettre un coup d'arrêt aux dépassements et allait vers une heu régulation des dépassements d'honoraires. Ce que l'on voit, c'est que ça n'a pas atteint ses objectifs loin de là, notamment il n'y a pas assez de médecins qui sont en contrats d'accès aux soins mais on voit quand même qu'il y a eu une limitation globale des dépassements d'honoraires et une baisse globale. En tout cas, l'augmentation très régulière a été arrêtée et on va plutôt vers un plafonnement sinon une petite baisse. Et donc pour nous ça a atteint en partie ses objectifs.

MIP : En fait c'est dans la continuité de votre action d'avant la loi Le Roux. Vous avez cité le plafond de 120%...qui n'est pas celui du décret de 2014.

J-M.C.S. : Non pas du tout. Il ne faut pas oublier que le dépassement moyen en France est autour de 50%. On est bien en deçà du dépassement moyen. On voit des spécialités où il y a des dépassements importants, spécialités où la majorité des médecins sont en secteur 2 ou la totalité. La majorité des médecins en France est quand même en secteur 1, il ne faut pas l'oublier. Il n'y a que 25% des médecins qui sont en secteur 2.

MIP : vous nous avez donné votre position sur l'avenant n°8...

J-M.C.S. : On était favorable et on ne le regrette pas même si on voit bien que le CAS n'a pas rempli ses objectifs, c'est quand même un mieux.

MIP : En termes d'autres impacts, on a évoqué l'accès, la solvabilisation, les dépassements d'honoraires et sa régulation. Vous avez d'autres aspects de bilan à tirer notamment l'effet prix et effet volume sur les professions de santé hors médecins (optique, audioprothèses...). Les effets volumes font plus que compenser les effets prix ?

J-M.C.S. : Oui. Si vous voulez il y a un petit sujet : c'est le fait que bien souvent, il n'y a pas assez d'informations sur ces réseaux. Les adhérents ne savent pas suffisamment qu'ils peuvent aller chez les professionnels qui ont signé des conventions avec leurs mutuelles. D'ailleurs la preuve c'est qu'ils répondent aux appels d'offres et ils râlent sur les appels d'offres... Tout le débat autour des réseaux montre bien qu'il y a un effet réseau. Si il n'y avait pas d'avantages pour les patients d'être sur les réseaux, il n'y aurait pas de problème sur les réseaux. Et si il n'y a pas de maîtrise des tarifs dans les réseaux, les opticiens ne râleraient pas sur les réseaux.

MIP : Merci de ces précisions sur le bilan. Plutôt positif. Votre avis sur le livre de Frédéric Bizard qui tire un bilan négatif des réseaux de soins ?

J-M.C.S. : Si vous voulez, Frédéric Bizard, il faut voir pour qui il écrit. Son précédent bouquin a été financé par le BLOC (syndicat médical très libéral) qui annonçait que c'était un bulletin de commande du BLOC pour reprocher aux mutuelles de ne pas suffisamment rembourser les dépassements d'honoraires. Clairement il créait sur commande. Là il écrit apparemment sur commande directe d'Essilor, les opticiens, puisqu'il fait des conférences pour eux dans toute la France pour expliquer que les réseaux c'est très mal. C'est le seul type à dire que les réseaux ce n'est pas une bonne chose. Je vais vous raconter une anecdote. A l'origine de la Loi Le Roux. Pourquoi on a fait une loi pour les réseaux, pour les mutuelles ? En fait il y a des réseaux depuis longtemps et qui marchaient bien à la satisfaction générale. Il y a eu une plainte de dentistes hyper libéraux contre le fait que dans les réseaux il y avait 2 choses : une modération des tarifs et une amélioration, on remboursait mieux les gens qui fréquentaient les professionnels qui étaient dans les réseaux. Il y a eu un recours devant les tribunaux disant que le code de la mutualité ne permettait pas de différencier le remboursement selon qu'on allait dans des réseaux ou pas. Il y avait un article du code de la mutualité qui disait dans quels cas on pouvait moduler les remboursements et ce cas n'était pas prévu. Dans le code des assurances qui gouverne les assurances et dans le code qui gouverne les IP, on n'en parlait pas, on ne pouvait pas courir de risques, ce n'était pas prévu. Il y a eu pleins de procès et la Cour de cassation a considéré qu'effectivement il fallait modifier le code de la mutualité. Il y a eu des demandes de la Cour des comptes, de l'Autorité de la concurrence, de l'Assemblée nationale pour modifier le code de la mutualité pour pouvoir permettre aux mutuelles de faire comme les autres et de créer des réseaux. Donc il y a eu des demandes très fortes dans les années 2008 et 2009 qui fait que la majorité de l'époque avait déposé une PPL et c'était le rapporteur de l'époque Yves Bur, député UMP du Bas Rhin, qui avait déposé cette PPL avec Léonetti pour modifier le code de la mutualité pour permettre aux mutuelles de bénéficier des réseaux, donc c'est une vieille histoire totalement technique. Je me souviens, j'allais voir Yves Bur. Cela n'a pas pu se faire avec la précédente majorité car c'était, dans le cadre du PLFSS, un cavalier budgétaire. La majorité actuelle a repris le même texte mot à mot. C'était un jeu purement technique dont un certain nombre de gens en ont fait un enjeu politique. Si vous voulez, immobilisés aujourd'hui par des gens notamment les opticiens qui sont opposés aux réseaux, on a un vrai problème d'optique en France. Un rapport de la Cour des comptes il y a un an et demi la dessus est extrêmement parlant et montrait qu'on avait 2 fois plus d'opticiens en gros en France qu'en Allemagne par exemple. Le coût des lunettes est 2 fois supérieur à la croissance de cette activité...D'ailleurs il suffit de regarder dans les rues de Paris, on voit des opticiens à tous les coins de rue. Et la Cour des comptes disait à l'époque qu'un opticien vendait en moyenne 2,7 équipements par jour en Allemagne alors qu'il s'en vendait 7

ou 8 en France. Il y a des marges absolument énormes dans l'optique et l'audioprothèse et on voit bien que l'optique des réseaux est de maîtriser ce coût. On voit qu'il y a des intérêts à ce que on ne fasse pas de réseaux et ils se servent d'un type comme Bizard qui fait un bouquin là-dessus pour faire campagne contre une volonté de régulation d'un marché qui devient explosif, qui a explosé en termes de volume avec d'énormes problèmes si vous voulez. Certaines complémentaires ont eu des torts, elles ont trop remboursés d'un coup. Il ne faut pas qu'une complémentaire rembourse trop. Moi j'ai toujours posé une question pour laquelle la réponse n'est pas évidente : c'est quoi une bonne mutuelle ? Je vous répondrai spontanément moi le premier, vous aussi : c'est une mutuelle qui rembourse bien. Et bien c'est pas vrai, c'est pas une mutuelle qui rembourse bien c'est une mutuelle qui régule. Si elle rembourse beaucoup et bien elle coûte cher. Si on rembourse comme à une époque notamment dans les contrats collectifs des IP où on se fait rembourser par exemple les dépassements aux frais réels, cela entraîne des coûts extrêmement importants. Dans les contrats annuels, on ne peut pas se le permettre et donc ça monte le prix global des lunettes et d'un certain de prix pour pouvoir rembourser à ce niveau-là. Cela fait un coût de la complémentaire trop important et des gens ne peuvent pas se la payer. C'est important de maîtriser. Si vous voulez c'est normal qu'on maîtrise, qu'on régule les dépenses pour réguler les prix pour permettre à tout le monde d'accéder. C'est fondamental. Si on veut faire des réseaux, ce n'est pas pour emmerder qui que ce soit, il faut avoir une vision macroéconomique si on veut réguler les dépenses pour que les gens puissent accéder aux soins, c'est aussi bête que ça. Or quand on voit qu'il y a des marges délirantes dans l'optique ou l'audio prothèse. Quand on voit aujourd'hui l'équipement en audio prothèse en France qui est insuffisant parce qu'il est trop cher, on a intérêt à ce qu'il soit payé à son juste prix. On peut réduire ces marges. C'est l'intérêt collectif. Avec le progrès médical, le coût de la santé va exploser et il faut concentrer les ressources rares sur les vrais besoins. Les lunettes, c'est un équipement médical qui doit être payé à son juste prix.

MIP : donc pour vous il faudrait laisser jouer la concurrence entre les opticiens pour faire baisser les prix afin de faire baisser les remboursements des mutuelles et des prix *in fine* pour un meilleur accès ?

J-M.C.S. : Absolument. Tout est lié. On a un problème de fond aujourd'hui sur la complémentaire, c'est que le taux d'effort des complémentaires des individus est maximum pour une majorité de Français. On voit aujourd'hui un certain nombre d'études qui le montrent pour un certain nombre de retraités, c'est 10% de leur retraite. C'est énorme. Et si on laisse filer les dépenses, de plus en plus de gens ne vont pas avoir de complémentaires, donc auront du mal à effectuer un certain nombre de soins. Aujourd'hui les gens n'ont pas encore compris que même des gens en affection de longue durée ont besoin d'une complémentaire. Vous avez sûrement les chiffres. Une personne en ALD a un reste à charge avant complémentaires d'à peu près le double de celui qui n'est pas en ALD contrairement à

ce que les gens pensent de façon primaire. Pourquoi ? Parce que quelqu'un qui est en ALD consomme plus de soins, consomme des soins avec des dépassements et se fait hospitalisé plus souvent et a aussi des maladies qui ne sont pas dans les ALD. On voit bien. Les chiffres sont têtus mais ils montrent que quelqu'un qui est en ALD a besoin d'une complémentaire plus que quelqu'un qui ne serait pas en ALD car il y a un reste à charge plus important et donc on a intérêt à garder un tarif accessible pour tout le monde et donc maîtriser le coût des prestations dans lesquelles on est le principal acteur.

MIP : Vous avez des réseaux, des conventionnements avec des professionnels de santé. Est-ce que cela vous permet d'offrir de meilleurs services, une plus grande diversité de services en termes d'offre de soins (pas en tant qu'accès aux soins) ? Y a-t-il une valeur ajoutée de ce point de vue là ?

J-M.C.S. : si vous voulez je pense que demain les mutuelles doivent se baser là-dessus si vous voulez sur le service de la santé comme dans toute l'économie aujourd'hui. Aujourd'hui, les gens attendent non seulement des biens mais aussi du service. L'économie évolue, le numérique évolue, les gens ont besoin de service, c'est frappant dans tous les domaines, dans tous les domaines. L'évolution logique d'"ubérisation" de la société va de pair avec une amélioration des services. Et cela me semble très important. Donc les complémentaires doivent apporter une amélioration dans la prise en charge et avec d'autres doivent avoir des liens avec l'offre qui permettent d'avoir ce service.

MIP : Pour éviter que d'autres acteurs du type numérique arrivent sur le marché et fassent de l'adressage à votre place ?

J-M.C.S. : Si vous voulez, moi je pense qu'on ne peut pas éviter les évolutions qui sont évidentes et qui sont des progrès. Je ne pense pas que la société était mieux avant, non ce sera toujours mieux demain. Heureusement. Moi j'ai envie de me battre pour la jeune génération, la génération de mes enfants, pas la mienne et on voit bien que dans la numérisation, il y a des progrès et il y a des risques. Notre rôle c'est d'utiliser le progrès et de limiter les risques. Alors après, il y a des risques effectivement de perte d'anonymisation, de perte de protection et ça il faut le régler juridiquement. Les études sur la base de santé publique actuellement, c'est toutes les études de fond des cohortes : quand vous dites que vous pourrez avoir par des techniques modernes ou par des acteurs modernes des cohortes de quelques centaines de millions de personnes que vous pourrez suivre sur un certain temps, c'est évident que les enseignements que l'on va pouvoir en tirer vont être absolument fabuleux en terme d'amélioration de la santé et ça va aller à toute allure. Si vous voulez, quand on dit on a peur de Google comme acteur ...mais ce que Google est capable de faire en matière d'algorithme est fabuleux si on l'utilise intelligemment. C'est très dangereux s'il n'y a pas un cadre légal. Le rôle des états c'est

ça, c'est de cadrer. Moi j'ai une vision positive parce que c'est le progrès, les acteurs ont intérêt à se l'approprier.

MIP : Cela peut être un levier pour eux pour réguler l'offre de soins. J'avais 3 autres points. L'actualité pour vous des mutuelles et des SSAM. Vous avez cité la loi Le Roux. Il y en a eu d'autres : la généralisation de la complémentaire santé bientôt le tiers payant généralisé...Pour vous est ce qu'il y a une actualité particulière des mutuelles aujourd'hui face à toutes ces différentes mesures au-delà de la loi Le Roux ?

J-M.C.S. : L'actualité des mutuelles, c'est comment elles peuvent jouer leur rôle de régulateur et pas seulement de solvabilisateur. Comment elles peuvent se donner les moyens d'être un vrai régulateur pour jouer un vrai rôle d'acteur. C'est ça le problème des mutuelles. La généralisation, on n'est pas d'accord avec la façon dont cela se fait. Pourquoi ? Parce que la généralisation se fait aujourd'hui avant tout dans le cadre de l'activité salariée. Le vrai sujet pour nous, ce ne sont pas les gens qui sont dans l'entreprise, ce ne sont pas les *insiders*, ce sont les *outsiders* : les jeunes, les chômeurs de longue durée, les personnes âgées. On l'a montré lors de notre congrès de l'an dernier devant le Président de la République et ses services n'ont pu que valider la démonstration. Quelqu'un qui prend sa retraite, sa complémentaire santé lui coûte 3 à 4 fois plus cher. Pourquoi ? Parce qu'il n'y a plus de participation de l'employeur, parce qu'il n'y a plus d'aides sociales et fiscales et parce qu'il y a une augmentation qui est autorisée et d'une façon générale ce sont des personnes qui ont le moins d'argent parce qu'elles sont retraités et souvent plus malades. Et donc il y a une anomalie. C'est-à-dire on aide bien les gens qui sont dans les entreprises bien couvertes et pas les gens qui sont à l'extérieur. C'est très français et cela crée une énorme distorsion qui est un peu choquante entre contrats collectifs et contrats individuels. Aujourd'hui on est dans un modèle économique extrêmement tendu. Il faudrait mieux regarder les comptes : les résultats techniques des complémentaires, c'est moins de 1%. Il n'y a pas de réserves. Il y a des réserves obligatoires imposées par la haute autorité de contrôle. On n'a pas de trésor de guerre, on est extrêmement juste. Et donc si on veut pouvoir couvrir correctement les gens il faut qu'on ait un tout petit peu de marge parce que sinon on sera obligé de tendre les prestations pour tenir les cotisations.

MIP : Pour vous comment recouvrer des marges (à part les leviers déjà évoqués) ?

J-M.C.S. : C'est la régulation. En gros. C'est la régulation. C'est la manière la plus intelligente de le faire.

MIP : Est-ce qu'il y a aujourd'hui des limites au modèle SSAM que vous voyiez qui n'ont pas encore été résolus, des insuffisances des modèles des SSAM ? Point à améliorer dans le fonctionnement, des fragilités... ?

J-M.C.S. : Pour nous, il y a un point important, ce n'était pas évident il y a quelques années mais il doit y avoir un bilan économique équilibré. Si on veut qu'un schéma devienne pérenne et devienne reproductible, il faut un bilan économique équilibré. Or trop souvent, les modèles économiques sont extrêmement tendus et pas suffisamment équilibrés. On a vécu un moment en disant que c'est pas grave. Non, il faut bien gérer, c'est fondamental. Moi j'ai beaucoup travaillé dans le passé avant d'être dans la mutualité sur les centres de santé...on a un vrai sujet sur les centres de santé...un modèle qui est déficitaire de façon importante. Si on n'a pas un modèle qui tient la route, on a un vrai sujet à la fois de pérennisation du modèle et de reproductibilité du modèle. Le déficit est toujours payé par quelqu'un après. Faire appel après aux cotisations des uns ou des autres pour équilibrer, ce n'est pas sain donc il faudra voir en termes d'organisation, la plus cohérente possible, pour avoir un modèle économique qui tient la route et qui puisse se développer. Nous nous croyons par exemple au développement de tout ce qui est services de proximité, service à l'ambulatorio, services légers. On voit bien aujourd'hui qu'il y a un vrai sujet en France mais vous le savez mieux que moi, c'est le poids de l'hôpital par rapport à la médecine ambulatoire et le vrai sujet c'est créer de l'amont. Aujourd'hui pourquoi l'hôpital a ce poids là ? Parce qu'il y a un besoin qui n'est absolument pas rempli par le secteur ambulatoire.

MIP : Pour vous l'avenir des SSAM et des mutuelles de livre 3 ? Avenir et vœux que vous formulez ?

J-M.C.S. : Je vais vous dire ma conviction : on a besoin d'ambulatorio ou de prises en charge à domicile ou des choses comme ça en utilisant la nouvelle technologie, la télémédecine, le numérique qui peut être une aide aussi si vous voulez. Donc c'est là-dessus qu'on doit investir parce que c'est intégré si vous voulez dans le parcours de santé. Où sont les besoins aujourd'hui? C'est créer des lieux de prise en charge de la santé au plus près des gens. C'est pour ça : développer des maisons de la santé, des centres de santé, des EHPAD, il y a des mutuelles qui font des crèches, des choses comme ça. C'est accompagner les adhérents sur tout leur cycle de vie et en fonction des besoins et les besoins qu'on a c'est vraiment dans l'ambulatorio, aujourd'hui en amont en aval de l'hospitalisation. On a besoin de spécialisation de bon niveau en France et on l'a. On a besoin d'un vrai accompagnement si on veut aller vers la chirurgie ambulatoire. Les freins de la chirurgie ambulatoire, vous le savez comme moi, c'est l'amont et l'aval, c'est pas la chirurgie elle-même, ça on sait faire. Mais est-ce qu'on sait prendre en charge le malade avant, est ce qu'on sait après ? Et ça les mutuelles peuvent être un acteur utile. Les investissements sont à un autre niveau parce qu'il ne faut pas se tromper, les capacités d'investissements des mutuelles sont moins importantes que les gens imaginent. Les mutuelles n'ont pas les capacités d'investissements des gros établissements parce que les besoins de financement ne

sont pas du tout du même niveau. C'est pas du tout les mêmes investissements pour un EHPAD, pour un centre de santé que pour un hôpital et elles ont un vrai rôle à jouer pour la population local dans un souci de proximité

MIP : et en lien avec les autres acteurs

J-M.C.S. : En lien avec les autres acteurs absolument et cela ne peut se faire qu'avec les autres acteurs, c'est fondamental. Il faut nouer des liens avec les autres acteurs (associations privées, associations publiques, avec le médico-social) et jouer un rôle entre le sanitaire et le médico-social, travailler avec les autres acteurs sur le territoire. D'ailleurs, souvent elles le font, mais c'est très intéressant, souvent les mutuelles sont plus connues au niveau du terrain quand vous parlez avec les élus locaux par leurs activités de livre 3 que leurs activités de livre 2 évidemment. C'est plus visible.

MIP : Le sujet de notre travail s'intéresse aux relations entre complémentaires, organismes d'assurance maladie complémentaire et offreur de soins. On s'intéresse aux différents types de partenariats entre les OCAM et offreurs de soins, aux conséquences de ces partenariats en termes d'effets prix, d'effets volume, de qualité, d'accès aux soins, pour les usagers et également les conséquences en termes de marché, regroupement d'acteurs, concentration d'acteurs. On a le paysage de ces partenariats, les effets de ces partenariats et un troisième axe qui nous amène à vous, c'est-à-dire, les critiques du modèle et des partenariats, les insuffisances du modèle et éventuellement les solutions, les réformes à court ou moyen terme que l'on pourrait envisager pour accroître l'efficacité des réseaux de soins.

B.D. : C'est un sujet complexe. Le sujet, c'est les rapports entre les assureurs complémentaires et le pilotage de l'offre de soins.

MIP : Oui. Nous avons rencontré plusieurs interlocuteurs qui nous ont décrit le paysage avec le conventionnement tripartite, les réseaux de soins, le conventionnement hospitalier. Nous connaissons donc les différents partenariats qui existent entre les OCAM et les offreurs de soins pas forcément en tant que régulateur même s'ils le sont devenus. Nous avons aussi les effets que vous avez décrits dans vos notes, l'effet inflationniste éventuel lorsque l'effet volume surcompense l'effet prix, autrement dit on attend une baisse des tarifs contre une augmentation du volume d'usagers pour certains professionnels qui acceptent de contractualiser avec les OCAM. Nous observons des effets inflationnistes et les dépenses de santé qui devaient être régulées, augmentent finalement avec la mise en place de tels réseaux. Il peut y avoir d'autres critiques et l'on voulait voir avec vous si vous aviez différentes critiques du modèle Français et des pistes de réformes (transfert vers les supplémentaires santé, fin du co-paiement, baisse du remboursement du ticket modérateur ou arrêt total du remboursement par les OCAM).

B.D. : On sent la complexité dans votre introduction. Je vais essayer de simplifier. C'est compliqué de parler de ça car l'architecture de l'assurance dépend des pays. En France, on a une architecture avec un assureur unique et des assureurs complémentaires qui ont deux rôles. Ils couvrent le ticket modérateur et ils couvrent d'autres biens où ils couvrent à des tarifs supérieurs aux tarifs conventionnels. Le but d'une bonne assurance est de bien couvrir pour permettre d'accéder aux soins mais aussi de maîtriser le coût des dépenses de santé. Les discussions qu'il y a sur l'architecture de l'assurance maladie portent sur ces deux points. Est-ce que ça couvre bien et offre une bonne

couverture pour permettre un bon accès aux soins pour tous ? Et donc il y a énormément de discussions un peu hors sujet par rapport à votre sujet. C'est donc la discussion sur l'accès aux soins et la couverture. Et puis l'autre discussion importante, c'est l'efficacité de l'offre de soins. Est-ce que l'architecture de l'assurance permet une efficacité de l'offre de soins, des soins délivrés ? En général la sphère de décision du patient est assez limitée. Le patient décide juste plus ou moins tard d'aller voir son médecin et tout le reste, c'est l'océan des soins décidés à l'hôpital, des examens et des soins prescrits par le médecin. Le gros de la dépense dépend du médecin et non du patient. La responsabilisation des médecins, c'est le gros de la réflexion sur les dépenses. Pour faire des gains d'efficacité, c'est là qu'il faut regarder.

Des articles disent que le plus important, c'est de responsabiliser les offreurs de soins. Il y a plusieurs pistes. Des pistes sur la forme des systèmes de rémunération des médecins. On sait que le paiement à l'acte qui prédomine en France pour la médecine de ville n'est pas optimal pour avoir une efficacité à la délivrance des soins. Les médecins ont intérêt à multiplier les actes. Ce n'est donc pas conforme à la démarche préventive etc...

L'autre piste très importante, c'est effectivement de contractualiser. Ça veut dire que l'assureur, et on ne sait pas encore qui c'est, l'instance qui finance les soins (public en GB avec le NHS, ou un assureur comme en France ou des assureurs comme en Allemagne ou Pays Bas)... donc les financeurs de soins donnent des directives aux médecins pour se conformer à une stratégie de prise en charge qui serait efficace. Il y a beaucoup de débats de la part de la médecine libérale sur le fait que ça contredit la liberté du médecin qui est quelque chose d'essentiel pour la qualité du soins. C'est vrai que des directives pour des soins efficaces, ça peut soulever toutes les paranoïas mais on en n'est pas là. Actuellement, le problème c'est de faire en sorte que les gens aient accès à un médecin généraliste, ne se précipitent pas aux urgences dès qu'ils ont un pépin. On sait qu'un cinquième des urgences sont des consultations sans rien d'autre. On voit bien qu'il y a un problème d'efficacité et de pilotage du système qui est important. Si par exemple il y avait des contractualisations, et il y en a, sur la permanence des soins, on sait déjà qu'on gagnerait en efficacité. Il ne s'agirait pas de dire au médecin ce qu'il doit prescrire mais il s'agit de donner un certain nombre de lignes directrices qui permettent de gagner en efficacité et éviter les gâchis. Faire en sorte que les personnes âgées dépendantes soient suffisamment bien suivies pour prévenir la chute qui les fait venir à l'hôpital et qui est très délétère pour leur devenir. Inciter les médecins à prescrire des génériques. Un autre sujet que j'aime bien car il touche le paiement à l'acte, de la ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique) et la question de la prévention, c'est le sujet du sommeil. Quelqu'un qui a un problème de sommeil et va voir un généraliste. S'il est de secteur 1 et est payé 23 euros, il doit faire une consultation très rapide, il n'a

pas le temps de comprendre le cas et ça finit par une prescription de somnifères dont on sait que c'est délétère pour les problématiques de sommeil et qui s'ajoute à d'autres médicaments notamment chez les personnes âgées qui se retrouvent à avoir des somnolences, des chutes et des problèmes de santé. Donc c'est mauvais pour la qualité des soins et celle des prises en charge. S'il y avait un système de paiement qui permet de faire des consultations longues de 45 minutes où le médecin fait parler le patient qui lui décrit son hygiène de vie, s'il travaille de nuit ou non, s'il prend 15 cafés dans la journée. Cette consultation longue, pour l'instant le médecin est puni s'il la fait puisqu'il perd de l'argent. Le système actuel donne une incitation à une mauvaise prise en charge des problèmes de sommeil. Donc c'est un exemple parmi d'autres qui montre que le système de paiement est très important pour la qualité de la prise en charge et l'efficacité des soins. Il y a donc là un petit contre coup qui se met en place avec la ROSP où le médecin reçoit une prime pour baisser la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées dont il a la charge. Ce contre coup financier va donner une rémunération à une démarche préventive qui prend plus de temps de la part du médecin. Mais on en est loin. L'ancêtre du ROSP c'était le CAPI, et les statistiques faites à l'époque sur la prise en charge du diabète étaient incroyables. Il y avait 50% des médecins qui prescrivaient à moins de 30% de leurs patients diabétiques 2 examens qui étaient un indicateur de la bonne réalisation du soin. C'est ça la contractualisation, ce n'est pas dire aux médecins, vous allez prescrire ça ou ça mais c'est montré au médecin l'état des lieux de la mauvaise qualité de la prise en charge, leur faire comprendre les objectifs et les faire entrer dans une démarche de santé publique.

MIP : Et ça seule l'assurance maladie obligatoire peut le faire ?

B.D. : Là pour le moment, je n'ai pas parlé des acteurs. J'ai juste parlé du principe de la contractualisation qui est d'entrer dans une négociation avec le fournisseur de soins pour lui indiquer des directions, lui donner des *feed back*. Les courbes que la CNAM avait produites étaient très intéressantes. Il y a beaucoup de débat sur ce système de prime. On ne sait pas comment ça marche, si c'est la prime ou l'information qui est donnée au travers du contrat qui importe. C'est le regard en miroir d'auto-évaluation qui permet de progresser.

Un autre exemple de contractualisation plus proche sur les histoires de complémentaires c'est le débat sur les dépassements d'honoraires. Lors des discussions sur la convention en 2012, je pense que des acteurs complémentaires s'ils avaient pu contractualiser alors qu'ils ne le peuvent pas, pourraient très bien avoir un intérêt par rapport à leurs assurés, à offrir un paiement forfaitaire aux médecins annuels en contrepartie duquel un médecin s'engagerait à ne pas faire de DH. Le patient n'aurait pas de problèmes d'accès aux soins, car il serait parfaitement couvert. L'assureur ne paierait pas de

couvertures de dépassements et le médecin y gagnerait. Je pense qu'il y a quelque chose à jouer de ce côté-là et ça serait une contractualisation très intéressante.

MIP : vous parlez des médecins généralistes...

B.D. : non, c'est plutôt les médecins spécialistes pour les dépassements d'honoraires. Sur les lunettes ou dentaires, c'est autre chose, c'est la liberté tarifaire sur les dispositifs.

L'intérêt de la contractualisation, c'est du donnant – donnant. Le médecin peut s'engager à ne pas faire de DH et en échange il reçoit un forfait sous forme de rémunération.

Il faut savoir qu'en principe, si je reviens à la note CAE, qu'est-ce qui justifie une pluralité d'assureurs complémentaire ? Beaucoup de gens remettent en cause l'existence des complémentaires. Ce qu'on explique, c'est que (je ne parle pas des réseaux mais du fait de couvrir le ticket modérateur, ou couverture généreuse pour les DH) tout cela conduit à dire que les opérateurs complémentaires ont un effet délétère sur l'efficacité du système parce que cela déresponsabilise les patients et des couvertures trop généreuses favorisent l'explosion des DH.

Pourquoi maintenir des complémentaires ? Je pense que l'intérêt des complémentaires ou plutôt de la pluralité d'assureurs qui n'existe pas pour la totalité des soins en France mais existe en Allemagne, Suisse, Pays Bas, Israël ... c'est le modèle *Obama Care*. L'idée, c'est de mettre des assureurs en concurrence. Il faut que le contrat soit standard et à ce moment là il faut interdire aux assureurs de sélectionner les risques car ils se font une concurrence juste sur le prix, la prime d'assurance puisque le contrat est standard. Et le meilleur moyen de faire diminuer la prime, c'est d'avoir des gens à assurer pas trop malade, en bonne santé. C'est le gros danger de ce système qui donne une incitation puissante à sélectionner les risques. Si on arrive à empêcher cette sélection des risques, les assureurs vont se faire concurrence sur l'efficacité. Ils ont besoin pour faire baisser la prime d'avoir des offreurs de soins qui fonctionnent de manière efficace. La seule manière pour que ça fonctionne c'est que les assureurs puissent gagner en efficacité et ça ne peut être que du réseau et de la contractualisation avec des offreurs de soins (hôpital, EHPAD...).

Un exemple très intéressant est la Suisse. Ils ont fait une réforme en 96. La LAMAL (loi sur l'assurance maladie) qui visait à introduire une concurrence régulée et qui n'a eu aucun effet de baisse des prix et les gens n'ont pas tendance à changer d'assureur malgré des gros écarts de primes. Et c'est parce qu'ils n'avaient pas le droit de contractualiser. Les médecins avaient réussi à s'organiser pour que la contractualisation soit impossible.

En France, l'analyse du conseil d'analyse économique est que le positionnement des complémentaires est à la fois très complexe et pour l'instant il ne peut rien apporter. Il y a une première note assez

pessimiste dit que le système à 2 étages rend très difficile la mise en place d'une contractualisation (RO + RC), des négociations. Il faudrait que l'assurance obligatoire contractualise avec une complémentaire et les groupes de médecins et qu'elle fasse ça avec chaque assureur et qu'elle traite de manière égale dans la négociation avec les groupes de médecins... mais c'est trop complexe et donc impossible. Pourtant sur certains créneaux qui sont le champ d'intervention des complémentaires, ça aurait du sens. Je pense que la seule justification des complémentaires en termes de bien être général c'est si elles peuvent contractualiser, elles peuvent améliorer le pilotage de l'offre de soins et ça peut améliorer les choses. Elles sont en train d'ailleurs de s'organiser beaucoup là dessus.

MIP : Et le conventionnement tripartite n'est-il pas une forme de contractualisation institutionnelle des complémentaires avec les médecins ? C'est l'avenant 8 qui permet de limiter les DH.

B.D. : Pour moi c'est une catastrophe et ce n'est pas une contractualisation. La chose importante, c'est d'avoir un réseau de soins. Là cette convention au niveau nationale et de fait de manière homogène sur tout le territoire ce qui empêche les vraies négociations notamment sur les DH, les arguments étaient le prix du mètre carré à Paris ou à Lyon et ça a conduit à des conclusions identiques à tous les endroits, ce qui n'a pas de sens.

MIP : L'interdiction faite aux complémentaires de contractualiser...

B.D. : Oui et ça je voulais y venir. Au moment de cette convention, il y a eu un recul sur les possibilités de contractualiser et les complémentaires n'ont pas le droit de contractualiser sur la rémunération des médecins. Elles peuvent contractualiser en dentaire et en optique mais sur les DH, ce n'est pas possible alors que c'est un gros problème surtout pour les spécialistes.

Il y a 2 choses très importantes à faire : faire en sorte que des réseaux de soins puissent se mettre en œuvre et pas de convention nationale tripartite et avec tout le monde. Ce qui se passe, c'est qu'il y a un jeu politique qui fait qu'il n'y a pas de négociation. Par ailleurs, ce à quoi je crois très fortement, c'est qu'il faut une ventilation régionale des conventions, des conditions de rémunération.

MIP : Les réseaux dont vous parlez, certains existent déjà.

B.D. : Ce à quoi je pense, c'est des négociations entre le financeur et les offreurs de soins. Il faut que je sois sûr que si je m'assure à la MGEN, j'aurai accès à un réseau sur l'optique. Sur les domaines de l'optique et du dentaire, c'est pertinent car les complémentaires y sont les acteurs majeurs.

Nous avons une recherche en cours dans le cadre de la charte santé avec des gens qui travaillent sur le réseau d'optique MGEN. Ils disent que les réseaux mis en place sont absurdes. La MGEN ne devrait pas mettre de fric avec ça pour des raisons très économiques, très théoriques non validées à ce jour.

MIP : Faut-il les développer ? On ne peut pas baisser les prix, augmenter le volume de patientèle ou clientèle et avoir de la qualité ?

B.D. : Mais si, il y a des rapports de la Cour des comptes sur les lunettes qui montrent que si 95% du prix des lunettes, c'est la marge. Il y a une marge dingue et le prix est délirant.

Le marché ne fonctionne pas. En tant qu'économiste et citoyenne, je pense que ce qui fait que le réseau est important, c'est que ça permet de contractualiser avec les offreurs de soins mais pas que pour le prix, pour la qualité aussi. Le patient n'est pas un expert de la qualité, ne sait pas quel est le produit de bonne qualité. L'essence du réseau est de dire et d'informer sur la qualité des produits et faire fonctionner la concurrence pour baisser les prix. Tant qu'il n'y a pas d'information sur la qualité transparente, il ne se passe rien. Je commence à m'intéresser aux réseaux. Pour l'instant il n'y a pas beaucoup de réseaux et pas de concurrence qui fonctionne sur le réseau et les mutuelles et assureurs essaient de se positionner dessus.

MIP : et de se regrouper ?

B.D. : Par ailleurs le marché se restructure c'est la dimension technique du réseau pour avoir une offre sur tout le territoire. Il y a Santéclair, mais je ne sais pas ce qu'ils font. Ils prétendent conseiller sur la qualité.

MIP : Mais en baissant les prix, en baissant les primes d'assurance, sont-ils capable de faire de l'innovation et peuvent-ils assurer la qualité ? L'innovation a un coût et on ne peut pas avoir l'innovation et des prix faibles ?

B.D. : Si. Si le prix qui existait a une grande partie de surprofit, il y a de la marge. Le raisonnement qui dit que l'on ne peut pas baisser les prix et augmenter la qualité est un mauvais raisonnement.

C'est théorique et il faudrait le démontrer.

MIP : Frédéric Bizard que l'on a rencontré dit que l'on ne peut pas à la fois innover, baisser les prix et assurer la qualité mais il est vrai que le raisonnement par rapport à la marge est important.

B.D. : Nous pensons que pour les lunettes c'est quasi certain. Retrouvez le rapport de la Cour des comptes sur les lunettes parce que c'est connu. Ils disent que selon les modèles la marge est entre 600 et 900 euros.

MIP : les réseaux de soins sont à développer pour contractualiser sur les prix et obtenir de la qualité in fine ?

B.D. : Frédéric Bizard travaille pour un syndicat de médecins libéraux, pour le BLOC, et des médecins qui interviennent en clinique et font beaucoup de DH. L'enjeu des réseaux contrarie les intérêts de ce groupe. Les médecins libéraux actifs dans les syndicats sont des spécialistes qui gagnent plus en faisant des actes que des consultations avec beaucoup de DH. Ils sont très hostiles au tiers payant et au réseau de soins.

Dans la mesure où elles essaient de s'organiser et à faire des réseaux de soins, les syndicats de médecins tirent à boulet rouge dessus en disant qu'ils vont diminuer la qualité des soins et vont imposer aux médecins de prescrire tel truc, elles vont monitorer l'offre de soins. Et tout cela sera contraire aux intérêts du patient. Le discours des médecins libéraux est de dire que si le médecin est tout seul, et décide de tout, tout seul, c'est beaucoup mieux. Mais quand on regarde par les statistiques ce que font les médecins, on se dit que c'est important que les tutelles donnent des orientations.

Je pense que l'architecture à deux étages n'est pas optimale. Mais dans le système français au point où nous en sommes, je pense que c'est important de développer ces réseaux de soins et en coachant les complémentaires santé pour qu'elles ne fassent pas trop de bêtises en construisant ces réseaux.

MIP : On n'a pas parlé d'un étage supplémentaire avec les sur-complémentaire ? Faut-il réaliser des transferts ?

B.D. : C'est autre chose. Un autre sujet lié aux DH. La concurrence des complémentaires se joue dans les contrats non standardisés. Les contrats collectifs sont archi-subsventionnés donc les partenaires sociaux peuvent négocier des contrats très couvrants et très généreux et qui ne coûtent rien puisque très subsventionnés. On arrive à des contrats qui couvrent les DH jusqu'à 2 ou 3 fois le prix conventionnel. L'approche Marisol Touraine sur les DH est typiquement Française mais pas nécessairement bonne, c'est-à-dire que l'approche est une approche réglementaire. On discute sur le niveau insupportable des DH, les discussions s'enlisent, faut-il punir ou non ? Cette vision purement juridique n'est pas efficace. Je pense qu'il doit y avoir des bilans de l'avenant 8 et je pense que très peu de médecins ont été sanctionnés parce qu'il y a une procédure judiciaire. C'est une approche anti-économique. C'est-à-dire qu'on veut interdire alors que des forces économiques jouent en faveur du développement des DH. Les médecins sont payés à l'acte sans tiers payant. Ils ont envie de gagner le plus de fric possible. J'ai une vision certes choquante mais assez proche de la réalité. Et en face, il y a des patients pour lesquels c'est relativement indolore. Il n'y a aucune responsabilisation des patients. Ces couvertures généreuses qui solvabilisent des DH favorisent les dépassements.

Moi je me disais qu'il fallait vraiment arrêter de couvrir ça. Ça a été un peu suivi puisqu'il y a les contrats responsables. Ils ont eu leur définition modifiée dans la LFSS 2014, en coordination avec la convention de 2012 et avec une perte d'avantages fiscaux pour les assureurs qui couvrent de manière

trop importante les DH. Le contrat responsable est défini avec un niveau minimum de couverture et maximum pour le dentaire, l'optique et les DH).

C'est le raisonnement et on a voulu les tester. Et les résultats sont fantastiques. On a un échantillon de gens de 40 000 personnes de la MGEN observés entre 2010 et 2012. Il y a un échantillon contrôle de gens qui restent à la MGEN. L'autre groupe quitte la MGEN pour une Assurance plus généreuse et notamment les DH. On regarde la variation de consommation de DH. Le groupe bénéficiant d'une couverture plus généreuse augment leur consommation de DH de 34%. On ne parle que des consultations de spécialistes. Les patients ne devraient pas aller voir des médecins de secteur 2 puisqu'il n'existe pas de différences entre le secteur 1 et 2. L'incertitude sur la qualité des soins nourrit les DH. Le prix est un signal de qualité. Il y a une grosse interrogation sur la qualité des soins qui explique que l'on peut avoir envie d'aller voir un médecin de secteur 2. Il peut aussi y avoir peu de médecins de secteur 1 avec des files d'attente très longues. C'est aussi une dimension de la qualité des soins de ne pas attendre. On s'est dit que ça pouvait dépendre du nombre de médecin de secteur 1. On a distingué en fonction de la zone géographique et la densité de médecin de secteur 1.

Dans les secteurs où il y a assez de médecins de secteur 1, le chèque de couverture n'a aucun effet. Quant il y a peu de médecin de secteur 1 avec de l'attente et une difficulté pour obtenir le RDV, et quand la couverture est meilleure je consomme plus de médecin de secteur 2. Ainsi, quand j'ai le choix entre secteur 1 et secteur 2, je fais mon choix indépendamment de la couverture. Un peu comme si les gens ne croient pas qu'il y a une différence de qualité ? C'est en termes de politique publique que c'est fondamental. Et dans les zones où il y a très peu de médecins de secteur 1, les gens consomment plus de consultations de spécialiste, tout court. C'est un débat sur les DH, est-ce que ça fait un rationnement sur la consommation de soins. Ce résultat concerne environ 30% de l'échantillon. 30% des gens consomment moins de consultation spécialiste qu'ils ne le feraient parce que c'est trop cher à cause des dépassements puisque, lorsqu'ils sont mieux couverts, ils consomment plus de spécialistes.

Faut-il prendre des décisions homogènes au niveau du territoire ? C'est assez favorable aux complémentaires car si l'offre de soins était bien organisée et que les gens avaient partout le choix sur le territoire entre le secteur 1 et 2, il n'y aurait pas besoin de limiter les couvertures. Ceux qui veulent utiliser de DH et bien ils payent plus cher leur complémentaire. S'il y avait assez d'autorité dans l'organisation de l'offre de soins alors n'y aurait pas besoin de contraindre le marché de la couverture assurantielle. Il n'y a pas d'aléa moral. Le fait d'être mieux couvert ne change rien.

Dans certaines zones, il n'y a pas assez de médecin de secteur 1. La première solution est de faire en sorte d'avoir plus de médecin du secteur 1. Mais si on n'arrive pas à se faire entendre et faire preuve d'autorité, la solution de deuxième ordre, c'est ça.

Le contrat d'accès aux soins est un successeur du secteur optionnel. J'ai toujours pensé que c'était des mini décisions sans permettre d'avancer. J'ai une critique politique la dessus. Ça revient à faire une augmentation des médecins déguisée. Ça nourrit des revendications de la part des généralistes de secteur 1 du passage à 25 euros.

Notre étude confirme qu'il y a une grande hétérogénéité sur le territoire de la situation. Il y a des formes de rationnement dans les zones où il n'y a que du secteur 2 pratiquant des DH. Les gens renoncent d'aller voir les spécialistes.

MIP : Les pistes de réformes : réguler les DH. Y-a-t-il une clarification entre RO et RC à faire, transfert ?

B.D. : Une chose importante pourrait être une plus forte concurrence. Et l'ANI ne changera pas les choses, au contraire. Pour ce faire, il faudrait séparer dans les contrats ce qui complémentaire et supplémentaire. Complémentaire, c'est pour moi ce qui relève du ticket modérateur, c'est le panier de soins remboursés de la SECU. Le supplémentaire, c'est le reste, d'autres soins. Pourquoi c'est important de les séparer ? Parce que l'obligatoire correspond à un engagement de la nation d'offrir un certain niveau de protection. Garantir un accès aux soins sans problème financier de tous. C'est le sens de faire une assurance obligatoire sur prélèvements (impôts) obligatoires. Cet engagement doit exister pour un panier de soins donnés. Et pour l'instant en France, on est dans un flou artistique total parce qu'il n'y a pas de délimitation claire en ce qui concerne les complémentaires. Du côté de l'assurance obligatoire, c'est clair avec le panier de soins. Les complémentaires mélangent tout dans leurs contrats. On ne peut pas clarifier. Il faut séparer le complémentaire et le supplémentaire et réguler le complémentaire. A court terme, on pourrait obliger les assurances complémentaires à offrir un contrat minimal qui serait juste la partie complémentaire de manière standardisée pour que les patients puissent choisir en fonction du prix ce qu'ils veulent. Aujourd'hui, des gens renoncent à une complémentaire parce que c'est trop cher.

Pour la sur complémentaire, cela vient de la définition du contrat responsable. Au départ, c'était limiter les différences de tarifs en fonction des tranches d'âge. C'était solidaire. Et responsable car sans remboursement du 1 euro du ticket modérateur. Il a été enrichi après la convention de 2012 avec un maximum et un minimum intégrés aux couvertures. Les assurances de groupe vont s'organiser pour maximiser les recettes en faisant une offre qui saucissonne : faire du contrat responsable et le reste. Ils vont proposer une couverture dans le cadre du contrat responsable qui bénéficiera du bonus fiscal. Et ils vont faire une offre séparée qui sera la sur complémentaire. La sur complémentaire correspond bien à du hors panier SECU.

Entretien n°10 réalisé le 13 mai 2016 par Sophie Schumm et Caroline Souillard avec GH, Enseignant – Chercheur en Sciences Sociales, EHESP

MIP : Rappel du sujet de notre entretien

M H : Les relations avec les fournisseurs de biens de santé c'est-à-dire les fournisseurs de prothèses dentaires, opticiens, chirurgiens-dentistes, petits et gros matériels médicaux, oui je connais bien surtout sur l'ambulatoire; lors d'un séminaire, avec des directeurs généraux d'institutions de prévoyance, j'ai échangé avec les directeurs d' AG2R, Clésia, Humanis sur la gestion du risque pour la prise en charge biens de santé ; le cadre juridique est différent de celui des médecins (y a une loi Boulanger qui est à prendre en compte).

MIP : Le fonctionnement des Conventions Hospitalières : Tripartisme ? C'est quoi exactement ?

GH : Convention tripartite : c'est avec les professionnels de santé libéraux et aussi avec les réseaux d'opticien ; convention sur le champ hospitalier je ne vois pas de convention tripartite où les OCAM seraient concernées (en dehors de celles avec les EHPAD mais c'est autre chose); on peut évoquer la question des conventions associant 3 partenaires conventionnels depuis la loi 13 aout 2004 et complétée par des lois ultérieures : les systèmes conventionnels ont vu leur régime juridique évoluer, pour laisser une place plus grande à l'AMC dans les négociations (je l'évoque un petit peu dans l'article de la revue « droit social » : la loi a prévu que quand ils prennent en charge plus de la moitié des dépenses correspondantes ils sont de droit associé à la négociation conventionnelle (chirurgien-dentiste par exemple qui vient à échéance cette année et où l'on va en renégocier une nouvelle). C'est à la marge parce que la grosse convention c'est avec les médecins (2011), l' UNOCAM est associée mais elle est sur un strapontin. Marion DELSOL a publié dans la revue Dalloz droit sanitaire et social, un article sur ce strapontin où elle dit que le rôle est limité car à cause des textes eux-mêmes, car possibilité de participer à la négociation pour la signature (à vérifier) ou juste participe dans co-signature mais ce n'est pas anodin de la reconnaissance de la place telle qu'elle est prévue dans le droit. Sous l'effet de la pratique institutionnelle, l'UNOCAM souffre de la position suffisamment appuyée : depuis 2004 c'est qu'elle regroupe 3 acteurs qui n'ont pas les mêmes intérêts, qui sont même en concurrence en partie, et qui n'ont pas la même philosophie c'est à dire mutualité, institution de prévoyance et assurances privées donc il est difficile de définir une politique commune. Ça nuit à la politique de l'UNOCAM dans la politique de négociation et paradoxalement la mutualité, pour faire entendre sa voix, passe plus en dehors des réseaux de l'UNOCAM que par ses réseaux directs. La Mutualité Française contourne largement l' UNOCAM donc UNOCAM pas en position de force juridique mais

pas non plus dans une position homogène du point de vue de ses composantes. La mutualité a un enjeu économique derrière ces négociations tripartites parce qu'en réalité, aujourd'hui, leur association au système conventionnel dominé par l'UNCAM ne les satisfait pas tout à fait. Ils ont une volonté d'assumer la gestion dès le premier euro pour l'optique et le dentaire ; c'est un sujet d'actualité car le 12 mai Marisol Touraine leur a indiqué qu'il n'était pas question qu'ils gèrent dès le 1^{er} euro le dentaire ou l'optique, et c'est pourtant le domaine qui les intéresse, et c'est surtout vrai pour les institutions de prévoyance. D'ailleurs, quand ils s'inscrivent dans la gestion du risque, au sens du risque gestion assurantielle, dans le cadre des relations avec les professionnels de santé, ils jouent un rôle relativement clef dans la prise en charge de la dépense et ils mesurent leur part d'intervention ; ils peuvent jouer un rôle de gestion à part entière et c'est récent (mois dernier) et ne pas être des gestionnaires suiveurs, ils peuvent peser, là ou pour eux il y a un enjeu économique majeur.

La Gestion du risque ne les intéresse que si convention (plusieurs, pas une seule) ils vont se grouper pour peser avec le Comité Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP). Ce qui les intéresse, c'est 2 choses qui s'imbriquent : la première est le bien de santé pour se mettre d'accord avec les réseaux de fournisseurs pour définir une base de remboursement préférentiels des tarifs pour leurs adhérents (ou clients, chacun son vocabulaire), et tout ça pour peser, et ils sont durs en négociation car il y a concentration des organismes de complémentaires, en vertu des règles européennes, avec la norme Solency II et donc on a des groupes très puissants, avec des négociateurs comme dans la relation d'un hypermarché avec des coopératives. Et en second point, c'est qu'ils vont apporter une offre de service pour aider leur adhérents, ils créent des plateformes de services, pour fournir une aide par ex « carré bleu », pour apprécier un devis qui leur est fait (indépendamment de la base de remboursement), et l'intérêt du professionnel est de faire de la marge sur le matériel médical (prothèse ou implant) car il n'en fait que peu sur le soin. Je crois que c'est la loi Boulanger leur permet d'intervenir sur tout ce qui est biens de santé en fait.

MIP : Les OCAM participent elles aux négociations avec la sécurité sociale ? Aux tarifs ? Aux garanties ?

GH : oui il y a un avis depuis 13 aout 2004, gouvernance de l'assurance maladie, l' UNOCAM est obligée de demander à l'UNOCAM un avis sur les biens et produits de santé, mais c'est juste un avis. Ils participent aux négociations à la marge en fait, c'est un rôle très secondaire hormis dans les conventions (et quelques fois les professionnels n'en veulent pas). Leur rôle est accessoire mais il y a un fléchissement depuis 2008 2009, on sent une tendance lourde. L' UNOCAM jouerait un poids beaucoup plus fort si elle avait une cohésion politique beaucoup plus forte, mais la mutualité n'a pas envie de se fondre dans la complémentarité; il y a trop de différences entre elles pour avoir une cohésion commune.

MIP : Les négociations entre les établissements et les mutuelles ont-elles une incidence sur le remboursement ou déremboursement des soins de la sécurité sociale ?

GH : Je ne la vois pas que comme contrat collectif ou individuel mais dans le cadre de CMUC car c'est un grand progrès mais il porte en lui aussi le germe de déremboursement de plus en plus significatif parce que le problème c'est que ça peut porter atteinte à l'égalité de l'accès aux soins pour tous. Il y a donc 2 étages : une couverture complémentaire santé classique pour une grande part et pour une part accessoire, la CMUC. On arrive donc presque à une généralisation de la complémentaire santé et c'est très dangereux car à partir du moment où il y a complémentaire il y a transfert de charge sur la complémentaire santé. On peut se dire c'est socialisé mais pas complètement car ce ne sont pas les mêmes règles de tarification et de garanties que l'assurance de base, vous avez des règles différentes car on tarife en fonction des tranches d'âge, du nombre de personnes et donc plus vous déremboursez plus il y a déport sur les organismes complémentaires et donc augmentation des tarifs, et donc on retrouve l'aide à la complémentaire santé (ACS). Et les chômeurs, les retraités ne sont pas dans ce processus et n'en bénéficient donc pas. Donc l'assurance maladie obligatoire peut avoir un intérêt au déremboursement mais n'allez pas croire que ce soit une vision aussi rustique. En réalité assurance maladie complémentaire est plutôt désireuse de prendre en charge ce qu'on peut appeler le petit risque, et le gros risque elle le laisse volontiers à la sécurité sociale (l'Etat est derrière et il y a des enjeux politiques et économiques qui les dépassent et c'est pas leur domaine). Pour l'instant le système leur convient bien et si ça devait changer ce serait franchise ou bouclier sanitaire, comme ça les classes moyennes aisées paieraient et ce qui n'ont pas trop de sous seraient à la sécurité sociale ! c'est une logique commerciale ! (ex Vauban Humanis parle de client et non d'usagers, la Mutualité Française est traversée par des courants différents : elle est fortement empreinte du poids des mutuelles des fonctionnaires mais elle laisse une place de plus en plus grande à la mutualité interprofessionnelle (harmonie mutualité, Eovia), et là vous êtes sur un secteur plus concurrentielle dans les faits (pas en droit); mutualité reste attachée à des valeurs mais la solidarité par rapport à quel risque ? de ce point de vue-là, la sécurité sociale arrange bien tout le monde (je t'aime moi non plus). Les gros risques sont pas intéressants, la personne qui a un cancer du poumon, ou Parkinson, ça ne les intéresse pas (du point de vue commercial bien sûr), ils préfèrent les gens en bonne santé. Malgré la tarification des biens de santé, ils ont quand même une vision de gestionnaire de risque, qui est peut-être plus en avance que l'assurance maladie, c'est sur la prévention. Car comme ils n'aiment pas le risque, ils veulent éviter que le risque survienne. C'est une prévention qui correspond à un besoin, mais qui soit attractif comme pour prise en charge du vaccin anti grippe par ex, c'est parlant, les gens voient ce que ça représente et c'est une approche concrète et une attente du public même si pas toujours adapté en santé publique.

MIP : Pensez-vous que via les conventions hospitalières, l'Assurance Maladie Complémentaire se substitue à l'Assurance Maladie Obligatoire ?

GH : non, pas du tout et elles ne le veulent surtout pas ; aujourd'hui en vertu de la loi, les contrats d'excellence (haut de gamme de chez ALLIANZ par ex dans les années 2000) ne visaient pas à prendre en charge les dépenses de santé mais à réserver à des gens qui avaient des contrats très coûteux, des places pour avoir des lits dans des services où les praticiens étaient très coûteux, en passant des conventions avec les praticiens. Ce système a été rejeté. Ces conventions peuvent être passées avec des établissements sachant que la mutualité a déjà ses propres établissements qu'elle gère elle-même (union départementale mutualiste) ex à Rennes si vous avez un besoin en stomatologie et que vous êtes adhérent à mutualité (clinique la sagesse), alors vous n'avez pas d'avance de frais, vous ne payait rien du tout (avantage tarifaire). Ils ont d'autres conventions pour les tiers payants pour les externes, ou de prestations de service (ressortissants par ex, vous appliquerez tel tarif pour l'hébergement temporaire de la famille qui vient dans la même chambre).

MIP : Les Conventions Hospitalières permettent elles d'agir sur les dépassements d'honoraires à votre avis ?

GH : je ne sais pas ; c'est un problème plus général car l'avenant n°8 à la convention du contrat d'accès aux soins, ce n'est pas un problème ... le raisonnement par construction et pas mécanique car comme on prend en charge dans telles limites ; ça incite les professionnels à appliquer un tarif qui ne s'éloigne pas trop des tarifs limites pour le remboursement de base. Ça peut jouer, mais méfiance aux systèmes supposés mécaniques pour des questions de comportements humains, car il ne faut pas oublier un point c'est que la santé est aussi un marché de l'offre et de la demande (y compris dans le champ hospitalier) ; il faut avoir une approche micro économique et c'est ce qui nous manque dans la gestion administrative du système de santé (ex du juste montant des honoraires du chirurgiens orthopédiques, et bien en fonction du territoire dans lequel ils exercent ça ne marche pas, quand il y a des délais d'attente les patients viennent chez lui quand même, peu importe ses tarifs, car il est seul sur le territoire). Le raisonnement par construction mécanique peut porter mais que si l'offre est forte et que la demande est faible ça pourra jouer à condition qu'il y ait une offre à la hauteur de la demande (la limitation-là ne fonctionnera pas, il est à rapporter toujours à une situation donnée et à l'offre et la demande).

MIP : Selon vous et avec votre expérience de Directeur de CPAM, le conventionnement hospitalier est-il un levier pour éviter le renoncement aux soins ?

GH : réflexion ... je ne pense pas on n'est pas vraiment sur des prestations de soins ... il faut voir ou on renonce aux soins (prothèses, dentaire, optique oui) pour le secteur 2 à l'hôpital oui. Il faut apprécier la question dans le renoncement aux soins et se référer à la CMUC qui offre un panier de soins en-dessous de certaines complémentaires ...

La complémentaire santé et le renoncement aux soins est à croiser en fonction des garanties offertes, certaines complémentaires ne rembourse pas la 1^{ère} consultation du médecin, ou de certains médicaments en fonction du contrat, donc on tire vers le haut avec les contrats collectifs ; (éclairage du consommateur face à ces garanties et du type de soins dont il est fait renoncement). Il ne faut pas avoir une vision trop homogène de la complémentaire santé hein. La réponse ne peut donc pas être faite en un seul bloc, ça dépend de ce que proposent les OCAM.

MIP : Facilite-t-il l'accessibilité aux soins des usagers ? (CMU – CMUC)

GH : Quand on parle de complémentaires il faut bien savoir qu'il n'y en a pas qu'une. La classification des contrats par la DRESS montre 5 niveaux de contrats, certains avec une très faible protection assortis de tarifs très faibles, et ceux d'autres de très hauts niveaux ; la CMUC c'est pas mal comme garantie c'est un peu au-dessus, la plupart des hospitalisations sont pris en charge, à part le forfait hospitalier.

MIP : L'ACS bénéficie de davantage de garanties ?

GH : Ça doit être labélisé, c'est tout ressent. L'ACS est une demande d'aide de peur au gros problème de santé alors que c'est lui le mieux pris en charge. Les bénéficiaires ne prennent pas les garanties les plus élevées, car le taux d'effort est important. D'où une volonté pour l'état de labéliser pour améliorer la garantie et de peser sur l'offre pour que la demande soit mieux prise en charge...

GH : Avec la généralisation de la complémentaire santé, les pouvoirs publics ont tendance à sortir de la réglementation pour encadrer la négociation des régimes de complémentaires santé, « devront respecter telles ou telles règles » si la sécurité sociale fait appel à solidarité nationale, la complémentarité reste dans solidarité des contrats professionnels ; ce sont des régimes d'assurance sociales par branche, par entreprise. On parle de sur complémentaires sociales maintenant (une sécurité sociale bis ?)

MIP : Rappel du sujet de notre entretien

GH : Les relations avec les fournisseurs de biens de santé c'est-à-dire les fournisseurs de prothèses dentaires, opticiens, chirurgiens-dentistes, petits et gros matériels médicaux, oui je connais bien surtout sur l'ambulatoire; lors d'un séminaire, avec des directeurs généraux d'institutions de prévoyance, j'ai échangé avec les directeurs d' AG2R, Clésia, Humanis sur la gestion du risque pour la prise en charge biens de santé ; le cadre juridique est différent de celui des médecins (y a une loi Boulanger qui est à prendre en compte).

MIP : Le fonctionnement des Conventions Hospitalières : Tripartisme ? C'est quoi exactement ?

GH : Convention tripartite : c'est avec les professionnels de santé libéraux et aussi avec les réseaux d'opticien ; convention sur le champ hospitalier je ne vois pas de convention tripartite où les OCAM seraient concernées (en dehors de celles avec les EHPAD mais c'est autre chose); on peut évoquer la question des conventions associant 3 partenaires conventionnels depuis la loi 13 août 2004 et complétée par des lois ultérieures : les systèmes conventionnels ont vu leur régime juridique évoluer, pour laisser une place plus grande à l'AMC dans les négociations (je l'évoque un petit peu dans l'article de la revue « droit social » : la loi a prévu que quand ils prennent en charge plus de la moitié des dépenses correspondantes ils sont de droit associé à la négociation conventionnelle (chirurgien-dentiste par exemple qui vient à échéance cette année et où l'on va en renégocier une nouvelle). C'est à la marge parce que la grosse convention c'est avec les médecins (2011), l' UNOCAM est associée mais elle est sur un strapontin. Marion DELSOL a publié dans la revue Dalloz droit sanitaire et social, un article sur ce strapontin où elle dit que le rôle est limité car à cause des textes eux-mêmes, car possibilité de participer à la négociation pour la signature (à vérifier) ou juste participe dans co-signature mais ce n'est pas anodin de la reconnaissance de la place telle qu'elle est prévue dans le droit. Sous l'effet de la pratique institutionnelle, l'UNOCAM souffre de la position suffisamment appuyée : depuis 2004 c'est qu'elle regroupe 3 acteurs qui n'ont pas les mêmes intérêts, qui sont même en concurrence en partie, et qui n'ont pas la même philosophie c'est à dire mutualité, institution de prévoyance et assurances privées donc il est difficile de définir une politique commune. Ça nuit à la politique de l'UNOCAM dans la politique de négociation et paradoxalement la mutualité, pour faire entendre sa voix, passe plus en dehors des réseaux de l'UNOCAM que par ses réseaux directs. La Mutualité Française contourne largement l' UNOCAM donc UNOCAM pas en position de force juridique mais pas non plus dans une position homogène du point de vue de ses composantes. La mutualité a un enjeu

économique derrière ces négociations tripartites parce qu'en réalité, aujourd'hui, leur association au système conventionnel dominé par l'UNCAM ne les satisfait pas tout à fait. Ils ont une volonté d'assumer la gestion dès le premier euro pour l'optique et le dentaire ; c'est un sujet d'actualité car le 12 mai Marisol Touraine leur a indiqué qu'il n'était pas question qu'ils gèrent dès le 1^{er} euro le dentaire ou l'optique, et c'est pourtant le domaine qui les intéresse, et c'est surtout vrai pour les institutions de prévoyance. D'ailleurs, quand ils s'inscrivent dans la gestion du risque, au sens du risque gestion assurantielle, dans le cadre des relations avec les professionnels de santé, ils jouent un rôle relativement clef dans la prise en charge de la dépense et ils mesurent leur part d'intervention ; ils peuvent jouer un rôle de gestion à part entière et c'est récent (mois dernier) et ne pas être des gestionnaires suiveurs, ils peuvent peser, là ou pour eux il y a un enjeu économique majeur.

La Gestion du risque ne les intéresse que si convention (plusieurs, pas une seule) ils vont se grouper pour peser avec le Comité Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP). Ce qui les intéresse, c'est 2 choses qui s'imbriquent : la première est le bien de santé pour se mettre d'accord avec les réseaux de fournisseurs pour définir une base de remboursement préférentiels des tarifs pour leurs adhérents (ou clients, chacun son vocabulaire), et tout ça pour peser, et ils sont durs en négociation car il y a concentration des organismes de complémentaires, en vertu des règles européennes, avec la norme Solency II et donc on a des groupes très puissants, avec des négociateurs comme dans la relation d'un hypermarché avec des coopératives. Et en second point, c'est qu'ils vont apporter une offre de service pour aider leur adhérents, ils créent des plateformes de services, pour fournir une aide par ex « carré bleu », pour apprécier un devis qui leur est fait (indépendamment de la base de remboursement), et l'intérêt du professionnel est de faire de la marge sur le matériel médical (prothèse ou implant) car il n'en fait que peu sur le soin. Je crois que c'est la loi Boulanger leur permet d'intervenir sur tout ce qui est biens de santé en fait.

MIP : Les OCAM participent elles aux négociations avec la sécurité sociale ? Aux tarifs ? Aux garanties ?

GH : oui il y a un avis depuis 13 août 2004, gouvernance de l'assurance maladie, l'UNCAM est obligée de demander à l'UNOCAM un avis sur les biens et produits de santé, mais c'est juste un avis. Ils participent aux négociations à la marge en fait, c'est un rôle très secondaire hormis dans les conventions (et quelques fois les professionnels n'en veulent pas). Leur rôle est accessoire mais il y a un fléchissement depuis 2008 2009, on sent une tendance lourde. L'UNOCAM jouerait un poids beaucoup plus fort si elle avait une cohésion politique beaucoup plus forte, mais la mutualité n'a pas envie de se fondre dans la complémentarité; il y a trop de différences entre elles pour avoir une cohésion commune.

MIP : Les négociations entre les établissements et les mutuelles ont-elles une incidence sur le remboursement ou déremboursement des soins de la sécurité sociale ?

GH : Je ne la vois pas que comme contrat collectif ou individuel mais dans le cadre de CMUC car c'est un grand progrès mais il porte en lui aussi le germe de déremboursement de plus en plus significatif parce que le problème c'est que ça peut porter atteinte à l'égalité de l'accès aux soins pour tous. Il y a donc 2 étages : une couverture complémentaire santé classique pour une grande part et pour une part accessoire, la CMUC. On arrive donc presque à une généralisation de la complémentaire santé et c'est très dangereux car à partir du moment où il y a complémentaire il y a transfert de charge sur la complémentaire santé. On peut se dire c'est socialisé mais pas complètement car ce ne sont pas les mêmes règles de tarification et de garanties que l'assurance de base, vous avez des règles différentes car on tarife en fonction des tranches d'âge, du nombre de personnes et donc plus vous déremboursez plus il y a déport sur les organismes complémentaires et donc augmentation des tarifs, et donc on retrouve l'aide à la complémentaire santé (ACS). Et les chômeurs, les retraités ne sont pas dans ce processus et n'en bénéficient donc pas. Donc l'assurance maladie obligatoire peut avoir un intérêt au déremboursement mais n'allez pas croire que ce soit une vision aussi rustique. En réalité assurance maladie complémentaire est plutôt désireuse de prendre en charge ce qu'on peut appeler le petit risque, et le gros risque elle le laisse volontiers à la sécurité sociale (l'Etat est derrière et il y a des enjeux politiques et économiques qui les dépassent et c'est pas leur domaine). Pour l'instant le système leur convient bien et si ça devait changer ce serait franchise ou bouclier sanitaire, comme ça les classes moyennes aisées paieraient et ce qui n'ont pas trop de sous seraient à la sécurité sociale ! c'est une logique commerciale ! (ex Vauban Humanis parle de client et non d'usagers, la Mutualité Française est traversée par des courants différents : elle est fortement empreinte du poids des mutuelles des fonctionnaires mais elle laisse une place de plus en plus grande à la mutualité interprofessionnelle (harmonie mutualité, Eovia), et là vous êtes sur un secteur plus concurrentielle dans les faits (pas en droit); mutualité reste attachée à des valeurs mais la solidarité par rapport à quel risque ? de ce point de vue-là, la sécurité sociale arrange bien tout le monde (je t'aime moi non plus). Les gros risques sont pas intéressants, la personne qui a un cancer du poumon, ou Parkinson, ça ne les intéresse pas (du point de vue commercial bien sûr), ils préfèrent les gens en bonne santé. Malgré la tarification des biens de santé, ils ont quand même une vision de gestionnaire de risque, qui est peut-être plus en avance que l'assurance maladie, c'est sur la prévention. Car comme ils n'aiment pas le risque, ils veulent éviter que le risque survienne. C'est une prévention qui correspond à un besoin, mais qui soit attractif comme pour prise en charge du vaccin anti grippe par ex, c'est parlant, les gens voient ce que ça représente et c'est une approche concrète et une attente du public même si pas toujours adapté en santé publique.

MIP : Pensez-vous que via les conventions hospitalières, l'Assurance Maladie Complémentaire se substitue à l'Assurance Maladie Obligatoire ?

GH : non, pas du tout et elles ne le veulent surtout pas ; aujourd'hui en vertu de la loi, les contrats d'excellence (haut de gamme de chez ALLIANZ par ex dans les années 2000) ne visaient pas à prendre en charge les dépenses de santé mais à réserver à des gens qui avaient des contrats très coûteux, des places pour avoir des lits dans des services où les praticiens étaient très coûteux, en passant des conventions avec les praticiens. Ce système a été rejeté. Ces conventions peuvent être passées avec des établissements sachant que la mutualité a déjà ses propres établissements qu'elle gère elle-même (union départementale mutualiste) ex à Rennes si vous avez un besoin en stomatologie et que vous êtes adhérent à mutualité (clinique la sagesse), alors vous n'avez pas d'avance de frais, vous ne payait rien du tout (avantage tarifaire). Ils ont d'autres conventions pour les tiers payants pour les externes, ou de prestations de service (ressortissants par ex, vous appliquerez tel tarif pour l'hébergement temporaire de la famille qui vient dans la même chambre).

MIP : Les Conventions Hospitalières permettent elles d'agir sur les dépassements d'honoraires à votre avis ?

GH : je ne sais pas ; c'est un problème plus général car l'avenant n°8 à la convention du contrat d'accès aux soins, ce n'est pas un problème ... le raisonnement par construction et pas mécanique car comme on prend en charge dans telles limites ; ça incite les professionnels à appliquer un tarif qui ne s'éloigne pas trop des tarifs limites pour le remboursement de base. Ça peut jouer, mais méfiance aux systèmes supposés mécaniques pour des questions de comportements humains, car il ne faut pas oublier un point c'est que la santé est aussi un marché de l'offre et de la demande (y compris dans le champ hospitalier) ; il faut avoir une approche micro économique et c'est ce qui nous manque dans la gestion administrative du système de santé (ex du juste montant des honoraires du chirurgiens orthopédiques, et bien en fonction du territoire dans lequel ils exercent ça ne marche pas, quand il y a des délais d'attente les patients viennent chez lui quand même, peu importe ses tarifs, car il est seul sur le territoire). Le raisonnement par construction mécanique peut porter mais que si l'offre est forte et que la demande est faible ça pourra jouer à condition qu'il y ait une offre à la hauteur de la demande (la limitation-là ne fonctionnera pas, il est à rapporter toujours à une situation donnée et à l'offre et la demande).

MIP : Selon vous et avec votre expérience de Directeur de CPAM, le conventionnement hospitalier est-il un levier pour éviter le renoncement aux soins ?

GH : réflexion ... je ne pense pas on n'est pas vraiment sur des prestations de soins ... il faut voir où on renonce aux soins (prothèses, dentaire, optique oui) pour le secteur 2 à l'hôpital oui. Il faut apprécier

la question dans le renoncement aux soins et se référer à la CMUC qui offre un panier de soins en-dessous de certaines complémentaires ...

La complémentaire santé et le renoncement aux soins est à croiser en fonction des garanties offertes, certaines complémentaires ne rembourse pas la 1^{ère} consultation du médecin, ou de certains médicaments en fonction du contrat, donc on tire vers le haut avec les contrats collectifs ; (éclairage du consommateur face à ces garanties et du type de soins dont il est fait renoncement). Il ne faut pas avoir une vision trop homogène de la complémentaire santé hein. La réponse ne peut donc pas être faite en un seul bloc, ça dépend de ce que proposent les OCAM.

MIP : Facilite-t-il l'accessibilité aux soins des usagers ? (CMU – CMUC)

MH : Quand on parle de complémentaires il faut bien savoir qu'il n'y en a pas qu'une. La classification des contrats par la DRESS montre 5 niveaux de contrats, certains avec une très faible protection assortis de tarifs très faibles, et ceux d'autres de très hauts niveaux ; la CMUC c'est pas mal comme garantie c'est un peu au-dessus, la plupart des hospitalisations sont pris en charge, à part le forfait hospitalier.

MIP : L'ACS bénéficie de davantage de garanties ?

GH : Ça doit être labélisé, c'est tout ressent. L'ACS est une demande d'aide de peur au gros problème de santé alors que c'est lui le mieux pris en charge. Les bénéficiaires ne prennent pas les garanties les plus élevées, car le taux d'effort est important. D'où une volonté pour l'état de labéliser pour améliorer la garantie et de peser sur l'offre pour que la demande soit mieux prise en charge...

GH : Avec la généralisation de la complémentaire santé, les pouvoirs publics ont tendance à sortir de la réglementation pour encadrer la négociation des régimes de complémentaires santé, « devront respecter telles ou telles règles » si la sécurité sociale fait appel à solidarité nationale, la complémentarité reste dans solidarité des contrats professionnels ; ce sont des régimes d'assurance sociales par branche, par entreprise. On parle de sur complémentaires sociales maintenant (une sécurité sociale bis ?)

MIP : Pouvez-vous me décrire la MGEN ?

EC : La mutuelle MGEN est un organisme complémentaire gérant le régime obligatoire des fonctionnaires d'Etat et de leurs affiliés et ayant-droits, soit environ 3 millions de personnes. La mutuelle santé prévoyance, perte d'autonomie, tout cela étant intégré dans les offres ; si l'on prend l'ensemble des personnes couvertes par la MGEN, on est aux alentours de 4,1 millions de personnes. La MGEN est également offreur de soins, c'est-à-dire d'un réseau d'établissements sur le territoire. On a notre offre propre avec des petits établissements dont nous sommes propriétaires : santé mentale, EHPAD, Médecine SSR, prise en charge du handicap, centres médicaux et dentaires. Et, par ailleurs, nous cogérons et cofinançons les 2500 SSAM de la mutualité française et ça sur l'ensemble du territoire. On est acteur – opérateur de prévention santé personnelle et familiale et puis au côté des employeurs publics sur le champ de la prévention des risques professionnels. C'est 10 000 salariés, 3 milliards de chiffre d'affaire toutes activités confondues.

MIP : Plus spécifiquement sur l'offre de soins, en quoi la MGEN y participe-t-elle ?

EC : On y participe de 3 façons :

En solvabilisant le système par la complémentaire et le régime obligatoire

On y participe par le conventionnement donc par une dimension de régulation. Conventionnement hospitalier, conventionnement dentaire, conventionnement audio-optique.

Et nous y participons par l'offre en nature. Parce qu'on sait très bien que sur un territoire créer un réseau de soins mutualiste, ça participe à la régulation des tarifs.

Notre ambition dans le cadre du rapprochement qui est en cours avec Harmonie par exemple, c'est de faire en sorte qu'on ne soit pas contraint à un seul rôle de solvabilisateur parce qu'on voit bien que les dépenses de santé augmentent, ect... Nous souhaitons réellement peser sur le système, son organisation et son efficacité. On a structuré notre action autour de 5 axes :

Participer à la réduction des inégalités économiques, territoriales et sociales dans l'accès aux soins. Economique et territorial, on va le développer et social, ça va être dans la dimension de la compréhension du système. Mieux informer, mieux orienter nos adhérents pour éviter la perte de chance. Faire en sorte que dans le système de plus en plus complexe, ils s'y retrouvent toujours.

Le deuxième axe, c'est participer à l'efficacité du système de santé parce qu'on a la conviction que si on ne trouve pas des stratégies la-dessus, à un moment donné, il ne sera plus possible de le pérenniser

dans sa fonction actuelle et on n'aura pas d'autre choix que d'aller vers des boucliers sanitaires et des choses comme ça et je ne pense pas que ce soit très pertinent. C'est-à-dire réfléchir comment on peut faire des parcours un peu plus efficient. On défend et on travaille beaucoup en termes de lobbying institutionnel sur la délégation de tâches et transferts de compétences. Des choses doivent être repensées aujourd'hui.

Le troisième axe est de conforter la démocratie sanitaire, au sens large du terme, c'est-à-dire l'assuré social, le patient, la personne malade soit vraiment au cœur du système et soit décisionnaire de son parcours. La personne est actrice et pas sujet objet de soins.

D'accompagner dans les situations de vie est le quatrième axe et le cinquième axe favoriser l'innovation et la recherche et la qualité à la fois par rapport au premier axe c'est-à-dire pas seulement aux gens capables de se la payer et à la fois parce que ce sont des éléments qui vont être contributeur de l'efficience, le deuxième axe.

On construit toute notre politique, stratégie, positionnement, la hiérarchie de nos investissements en fonctions de ces axes.

MIP : La MGEN a-t-elle une totale liberté d'organiser l'activité présente dans ces centres de soins et établissements sanitaires ?

EC : Pas plus que tous les autres opérateurs. Contraints aux mêmes règles, tous nos établissements participent au service public de santé ou hospitalier et sont ouverts à tous, on n'est pas des HMO. Les établissements ne sont pas réservés à nos adhérents. Dès 1973, tous nos établissements étaient ouverts à tout le monde. Donc on est assujetti aux mêmes règles que tout le monde. Après on va sur des programmes expérimentaux, on va prendre des initiatives mais toujours en relation et en validation de l'ARS, de la CPAM en fonction de ce que l'on fait.

Sur le conventionnement, malheureusement, on est limité aujourd'hui au dentaire, l'optique, l'audio. On ne peut pas faire de convention tarifaire en termes d'honoraires par exemple. Ce dont on continue nous de penser que ça pourrait avoir du sens. Et la proposition de loi de Bruno Le Roux du 27 janvier 2014 adopté par le Parlement a à la fois sécurisé ces trois champs-là mais a réduit et bloqué la possibilité d'expérimenter des réseaux à d'autres secteurs.

MIP : ce que vous faisiez auparavant ?

EC : on avait commencé à développer des conventions d'honoraires dans les établissements hospitaliers notamment avec des praticiens. Et on a dû arrêter à ce moment-là.

MIP : Sur ce sujet, en quoi les SSAM, les services de santé et d'accompagnement mutualistes, contribuent-ils à la régulation des dépassements d'honoraires ?

EC : Ce sera en secteur 1. Sauf que sur certains territoires, lorsque vous êtes secteur 1, vous êtes moins attractifs pour les professionnels. C'est la vraie difficulté.

MIP : Selon vous, comment les SSAM ont-ils évolué depuis les décisions normatives récentes telles que les directives européennes sur la séparation des activités, la généralisation de la complémentaire santé et la loi Le Roux sur les réseaux de soins conventionnés ?

EC : Sur la séparation des métiers, le fait est que sur cette ré-autonomisation en termes de pilotage, l'articulation entre les mutuelles de livre I, II et III fonctionne. En revanche, sur la dimension économique, le changement est radical puisqu'il n'y a plus de possibilité d'affecter des subventions pour assurer le rééquilibre. Ça nécessite un travail assez important pour les structures du livre III pour trouver des modèles économiques stables, pérennes, etc... Et aujourd'hui, on ne peut pas dire que ça a été trouvé partout sur l'ensemble des activités. Il y a un travail de rationalisation, d'optimisation de gestion qui est fait mais pas encore finalisé. Le rapport de l'IGAS de 2014 le démontre très bien et le souci essentiel, c'est la question de la réactivité. C'est-à-dire quant il y a une activité en difficulté, le mode de gouvernance et de pilotage fait qu'il n'y a pas toujours la réactivité pour, en quelques mois, prendre les décisions adéquates de restructuration, de réorganisation voire d'arrêt de certaines activités si elles n'ont pas une plus value sur le domaine sanitaire ou sociale. Moi je suis plutôt favorable à la fermeture. Et ça quelque fois, ça va prendre un an, un an et demi. C'est-à-dire autant de perte sur ces périodes-là. Et ça peut vouloir dire pour des structures solides une vraie fragilisation. Là-dessus, la mutualité française va soumettre des propositions à l'assemblée générale de la mutualité française de juin pour modifier la gouvernance des unions territoriales que portent les activités de soins des groupements mutualistes. Et faire en sorte que l'on soit dans un collège gestionnaire où il y a de une à cinq mutuelles maximum. C'est en refermant la gouvernance pour que les décisions puissent se prendre plus rapidement. Quand il y a trop de groupements autour de la table, il peut y avoir un réflexe de procrastination.

Deuxième élément par rapport à la séparation, il faut avoir en tête la question de la taille des structures. L'organisation historique était purement départementale. Dans certains endroits les départements se sont rapprochés pour faire des unions interdépartementales ou régionales. Et là aussi, dans un souci d'efficience, de capacité à développer parce que si vous voulez des qualitatifs ou des experts en termes de développement dans une structure, si elle est trop petite c'est difficile pour investir sur ces métiers là. On pousse à des regroupements régionaux. Qu'on s'entende, avant la réforme territoriale. Une union à l'échelle de la région aquitaine avec les 5 départements historiques nous semble pertinente. Une union avec les 12 ou 13 départements nous semble trop éloignée d'une relation de proximité. On tente de trouver un équilibre entre efficacité et proximité qui est l'essentiel dans la

question du soin. Proximité à la fois avec les mutuelles, les adhérents et proximité avec les collectivités territoriales.

Par rapport à l'ANI, ça n'a pas d'impact direct. Certaines mutuelles ont mis en avant dans le cadre des contrats groupés l'existence des réseaux conventionnés dont on parlait tout à l'heure et aussi de l'offre de soins en nature que constituent les SSAM. En dehors de cela, je ne vois pas d'impact.

Sur la loi Le Roux, on est très clairement dans notre schizophrénie mutualiste. Il y a à la fois de peser pour faire en sorte de réguler autant que possible le reste à charge en optique ou en dentaire par exemple et de l'autre côté en tant que gestionnaire de l'établissement, on se dit que si le conventionnement est de plus en plus contraignant et fait baisser les marges et les excédents qui permettaient de compenser certaines activités, je les ai moins ou je ne les ai plus. C'est l'équilibre permanent que l'on doit avoir sachant que ce que je rappelle un ensemble de gestionnaire de SSAM, c'est ce pourquoi on a créé les SSAM et ce pourquoi on est en responsabilité, c'est l'adhérent. Le bénéficiaire suivant, c'est l'adhérent des mutuelles santé. Et c'est donc pour lui que l'on doit faire en sorte que les restes à charge soient les plus réduits possibles. Même si les conventionnements nous contraignent en tant que gestionnaire et nous obligent à adapter les schémas, etc..., c'est pas grave et ça suppose que les activités s'équilibrent par elles-mêmes. C'est-à-dire qu'il arrivait avant que l'on développe des modèles qui ne sont plus équilibrables comme des pharmacies avec des pharmaciens salariés mais ce n'était pas grave car il y avait de réseaux optiques par exemple excédentaires qui compensaient et équilibraient la pharmacie. Ce n'est plus possible aujourd'hui et ça vous oblige à ce que cette activité déficitaire soit restructurée soit rayée. On en est à cette phase-là aujourd'hui. Cela induit la nécessité d'être réactif et ne pas attendre qu'il soit trop tard pour agir.

MIP : Vous pensez qu'il faut agir de quelle manière ?

EC : Il y a des activités, je promeus la fin de certaines activités. Aujourd'hui, une structure équilibrée ne pose pas de problèmes. Si une pharmacie mutualiste est déséquilibrée structurellement, objectivement il faut l'arrêter. Pourquoi ? Compte tenu que le tiers payant généralisé est acquis, que le prix de médicaments est encadrés etc... La pharmacie mutualiste n'a plus de plus-value fondamentale par rapport à une pharmacie d'officine traditionnelle. Il n'y a pas de raison d'aller mobiliser des ressources mutualistes pour équilibrer une activité où la plus-value sanitaire et sociale n'existe pas ou n'est pas majeure. C'est la clef de lecture et d'arbitrage qui m'amène à prendre certaines décisions. Cela nécessite une vraie pédagogie de l'ensemble des acteurs.

MIP : Dans quel sens ?

EC : parce qu'il y a déjà une responsabilité sociale, il y a des emplois derrière. Ces décisions ne sont pas simples à prendre et puis parce qu'on avait des pharmacies à un moment donné où elles apportaient une réelle plus value et ce n'est pas simple de se dire qu'aujourd'hui la plus value est moindre. Il faut donc régulièrement réinterroger l'utilité sanitaire, sociale de l'ensemble des réalisations. L'utilité sanitaire n'est pas induite parce qu'elle est mutualiste. Elle est induite parce qu'elle apporte quelque chose dans l'environnement, dans le territoire, en termes de réduction des restes à charge, d'innovations que l'on ne trouve pas ailleurs, du conseil que l'on ne trouve pas ailleurs etc...

Il faut en permanence que nos réalisations sanitaires et sociales constituent une plus-value.

MIP : Comment voyez vous l'avenir des mutuelles et SSAM du livre III ?

EC : Moi je pense qu'il faut réfléchir à une évolution sur la question des parcours. C'est le prochain grand sujet. Comment on structure avec les autres acteurs la question des parcours, de l'orientation, éviter la perte de chance, éviter l'hospitalisation et accompagner la bascule vers l'ambulatoire. Là, il y a un vrai sujet. Nous avons la relation de confiance duale entre la mutuelle et les adhérents. On a l'intérêt à l'efficacité et donc il faut travailler sur cette question-là.

Cela ne veut pas dire que l'on ne va pas créer de nouveaux services ou établissements en tant que tels mais je pense qu'il y a un gros travail sur du service un peu immatériel. Ce ne sera pas du dentaire en tant que tel, ni de l'optique en tant que tel, ce ne sera pas une clinique de MCO mais plutôt comment gérer le parcours. Je pense qu'il y a un vrai sujet autour de ça, ce qui n'est pas simple.

MIP : Est-ce que vous pensez que les personnels qui travaillent dans les SSAM soient satisfaits des évolutions actuelles ? J'ai entendu qu'il y a avait eu un conflit dans un centre MGEN Vaugirard ?

EC : Non il n'y a pas eu de conflit, j'ai réorganisé les activités, j'ai changé les conventions collectives. Comme tout changement de ce type-là, ça n'amène pas nécessairement une grande satisfaction et des personnels ont décidé au moment du changement de convention collective de ne pas s'inscrire avec 40% de médecins qui sont partis. Ce n'est pas un conflit. A un moment donné, il faut trancher, il faut agir. On l'a fait, il y a eu des négociations sociales et validation de la nouvelle convention par les organisations syndicales. Le dialogue a bien eu lieu et après c'est normal que tout le monde ne s'y retrouve pas puisque des gens ont été recrutés avec une convention collective et une nouvelle convention arrive et modifie des choses. On a modifié les paramètres entre la part fixe et la part variable liée à l'activité. Au final, si vous allez voir les médecins aujourd'hui certains ont la même rémunération et d'autres ont une rémunération qui a augmenté. L'objectif n'était pas celui-là même si c'est ce qu'a craint une partie des praticiens légitimement puisque c'est un changement radical du mode et des règles

du jeu mais au final, moi j'avais fait le pari que ça ne serait pas le cas. L'objectif n'était pas de pressurer les médecins. C'était de changer les logiques et à un moment donné dans un centre de santé, si vous n'avez pas une productivité minimale comme en cabinet libéral et bien ça ne fonctionne pas. Après c'était la question des feuilles. Etaient-elles acceptables ? Permettaient-elles des visites de qualité ou pas ? Certains ont estimés que ça n'était pas le cas. J'ai estimé que quatre consultations à l'heure en médecine générale, c'est correct. Voilà, c'est des choix.

Si vous êtes à des niveaux trop bas et même si peut-être dans le cadre du rapport singulier avec le patient c'est intéressant, à un moment donné le modèle économique ne tient pas.

Comme dans beaucoup de choses, il faut trouver le juste équilibre, le bon compromis, proposer des choses. A priori, ce ne sont pas des conditions si mauvaises que cela puisqu'on arrive à recruter.

MIP : Selon vous, comment les SSAM, tels les centres de santé MGEN, doivent-ils se différencier par rapport aux autres centres ou établissements non mutualistes ?

EC : Les centres de santé sont tous déficitaires structurellement aujourd'hui et le resteront car les modes de tarifications ne permettent pas l'équilibre. Est-ce que le tiers payant généralisé va modifier les règles du jeu et va nous permettre de... parce que ça coûte très cher le TPG à mettre en place techniquement... Est-ce que ça va nous permettre parce qu'il est généralisé de faire quelques économies ? C'est trop tôt pour le dire mais ça peut être une piste et c'est un truc que l'on regarde attentivement.

Alors après, qu'est-ce qui nous différencie ? C'est le projet de santé parce qu'il est adapté. D'un centre à un autre, les projets de santé sont différents. Normalement les centres médicaux et dentaires sont sensés faire de projets de santé soumis à l'agence. Chacun s'adapte à la population et aux programmes de prévention qu'on souhaite porter aussi. Nous, on souhaite au travers de nos centres développer une dimension prévention secondaire importante et l'éducation thérapeutique importante parce que cela nous semble pertinent au regard des besoins du système de santé. Donc on le propose, on propose des programmes aux ARS notamment dont certains sont déjà validés et d'autres en cours de discussion. On essaye de faire des petits bouts de parcours dans nos centres car la sociologie dans lesquelles l'âge, etc est adapté, on a proposé un parcours de la femme enceinte. Il y a un besoin et nous avons passé un partenariat avec la maternité, des sages-femmes et ça fonctionne bien. Sur un autre on va être plutôt sur la prise en charge des maladies cardio-vasculaires, du diabète plus particulièrement avec toute une approche globale notamment sur les rétinopathies. La politique du centre permet de proposer des choses très adaptées et innovantes. Notre idée n'est pas d'avoir une identité des centres médicaux MGEN. L'idée par exemple est qu'à Nancy il faut que ce soit adapté à la population. Si c'est à Nice, il faut que ce soit adapté à la population de Nice.

MIP : Selon vous, en quoi les mutuelles livre III concourent-elles à l'accessibilité aux soins et à l'amélioration de l'offre de soins ? Est-ce qu'elles permettent une diminution du coût de l'offre de soins ?

EC : Elles permettent de la réguler donc nécessairement d'un point de vue systémique du coût car je pense que s'il n'y avait aucune structure mutualiste aujourd'hui, la part des dépassements d'honoraires serait plus importante qu'elle ne l'est déjà. Les réalisations sociales et sanitaires mutualistes restent pertinentes aujourd'hui et utiles pour autant qu'on arrive à les gérer et équilibrer.

En quoi le livre III participe à l'accès aux soins ? Et bien tout simplement parce que, moi j'estime que notre métier d'aujourd'hui, ce n'est plus de payer des prestations complémentaires au RO ou au RC. Ça, n'importe quel acteur peut le faire. La plus-value que nous avons et la relation de confiance avec nos adhérents et le métier à développer dans l'avenir, c'est la garantie de l'accès affectif aux soins. L'accès effectif aux soins, c'est la dimension économique, la dimension territoriale et la capacité à se repérer dans le système et allier le où il faut / Quand il faut. Je pense que nous devons travailler sur la question de l'orientation, etc...

Le conventionnement participe de la réduction du reste à charge et l'offre en nature participe de l'existence sur le terrain de structure permettant l'accès aux soins. Sur certaines activités la part mutualiste est epsilon, sur d'autres elle n'est pas ridicule. En optique, on doit être à 10% de l'offre sur le territoire.

C'est la combinaison du conventionnement et de l'offre en nature qui est intéressante. L'offre en nature et le fait que vous êtes capable de démontrer que vous êtes capable de gérer une clinique par exemple, que vous la gérez en secteur I, que vous innovez, cela donne d'autant plus de poids et d'arguments pour discuter avec une clinique privée, publique pour mettre en place un conventionnement qualitatif, de supplément de chambre particulière pour les populations. Ça nous permet aussi de crédibiliser nos discours. On ne gérerait rien, on pourrait avoir face à nous des gestionnaires qui nous diraient que ce que vous demandez est infaisable. Etre gestionnaire dans un type d'activités identiques et parvenir à réaliser l'équilibre tout en investissant permet de crédibiliser le discours et ne pas nous mettre dans des postures dogmatiques et incantatoires en disant « nous on veut le tarif à tel niveau » alors qu'on sait très bien que dans nos propres établissements on ne serait pas le faire. Ça nous responsabilise et crédibilise.

MIP : En quoi le conventionnement participe-t-il à la baisse du reste à charge ?

EC : par la maîtrise des tarifs. Aujourd'hui, c'est grâce au conventionnement qu'on permet par exemple dans le dentaire de développer les implants, parce qu'on les a protocolisés, on a pu le intégrer

dans notre dispositif prestataire et ce qui est intéressant c'est de voir le RO s'en emparer et c'est très bien.

Le conventionnement vous permet à la fois une régulation des coûts et une qualité car les conventionnements ne sont pas qu'une question de prix et permettent aussi d'innover et de dire que sur certaines choses on va y aller et parfois avant que le RO ne décide de l'intégrer dans les prestations au remboursement.

MIP : Est-ce que le fait pour la MGEN d'être délégataire du RO lui donne une plus grande légitimité et une plus grande capacité d'action pour agir sur l'offre de soins ?

EC : non, c'est surtout une simplicité pour les assurés sociaux dans le fait d'avoir un guichet unique. Sur l'organisation du système, je ne saurais pas dire. Si ce n'est peut-être parce qu'on a développé un programme par exemple qui s'appelle cifoptyne sur 2 régions expérimentales en Bourgogne et en Franche-Comté. Le fait qu'on ait le RO et le RC nous permet de faire de la GDR, la gestion du risque RO – RC, et donc un programme qui va de la prévention primaire, dépistage, à la prévention secondaire, éducation thérapeutique avec toute une approche digitale en plus et un relai avec des médecins et des paramédicaux. Ensuite, une étude en cours autour des risques cardiovasculaires, c'est vrai que le fait d'être en RO et en RC nous permet de faire ce programme de GDR complet. Je ne peux pas vous dire encore car on l'évalue sur ses dimensions sanitaire et médico-économique.

Ça n'est pas tant en offre de soins que nous intervenons que dans la capacité à orienter la personne et à lui mettre à disposition des outils, la connaissance et les accompagnements dont elle a besoin.

MIP : Dans quelle mesure le rapprochement entre le MGEN et Harmonie aura-t-il une influence sur les centres gérés par le MGEN ?

EC : On va mettre en commun l'ensemble de ces établissements, ceux d'Harmonie, ceux qui souhaiteront s'inscrire dans le groupe et ceux de la MGEN dans le même groupe. Donc il va y avoir une capacité à structurer des filières, des réseaux intéressants. Peut-être initier des coopérations etc... MGEN restera propriétaire des ses propres établissements mais le fait de les mettre ensemble, imaginer les programmes de développement, de coordination de centres va permettre d'apporter de la plus-value.

Là où ça va être intéressant aussi, c'est qu'on va mettre en commun nos capacités d'investissement sur le champ sanitaire, social et médico-social. On va créer par ce biais-là, le premier réseau national de structures non lucratives en France. 750 structures réparties sur 50 départements (1 sur 2), 15 000 salariés, 1,4 milliards de chiffre d'affaire. Ça donne des capacités de déploiement plus importants que si on reste chacun de son côté.

MIP : Est-ce que vous êtes satisfait de la manière dont les UT gèrent les SSAM ?

EC : Je n'ai pas à être satisfait ou pas, les UT, c'est nous avec les autres mutuelles. Donc si à certains endroits ce n'est pas bien, c'est parce qu'on n'est pas bon. Quand je dis ça, c'est vrai qu'il y a des endroits où les UT se développent très bien, sont dynamiques et puis des endroits où on est un peu dans ce que je vous disais tout à l'heure. On ne prend pas les décisions. Mais c'est de notre responsabilité de nous transformer pour être plus réactif et proactif. Adapter en permanence les structures à l'environnement, aux besoins des adhérents, aux besoins du territoire. Quand sur un territoire parce que la population a vieilli, qu'elle est déficitaire en nombre de population, il faut ajuster l'offre à la réalité. Ça ne sert à rien de garder des offres qui ne correspondent plus aux besoins. Il faut en permanence réinterroger l'utilité sanitaire et sociale.

C'est notre responsabilité. On est présent dans toutes les réunions des UT. On représente 15 à 18 % des forces dans les unions. On est coresponsable en tant que cogestionnaire et cofinanceur. Avec toutes les autres mutuelles, il faut qu'on prenne exemple des UT qui vont bien. On sait qu'on sait le faire puisqu'on sait le faire sur une partie du territoire. Il faut s'inspirer des choses qui fonctionnent bien pour les importer la méthode là où s'est plus difficile.

MIP : Est-ce que les réseaux de soins sont des acteurs incontournables et quel bilan tirez-vous des réalisations de la MGEN et d'ISTYA dans ce domaine ?

EC : Déjà une satisfaction plus grande des adhérents, une réduction des restes à charge vraiment importante sur ces champs-là. Rien que pour ça, c'est plutôt une raison de se satisfaire. Ce sont des indicateurs suivis par la MGEN. On a démontré l'utilité mutualiste et la performance de ces réseaux. Cela fait partie des choses à développer et à étendre à d'autres secteurs. Toujours dans une idée double et pas seulement tarifaire, c'est-à-dire qualité et tarifs. Ce qu'on a fait sur l'audio et ça a été souligné par la profession, c'est que ça a permis d'encadrer les choses au plan tarifaire mais aussi de faire du conseil au moment de l'équipement, en long court pour les personnes qui étaient équipées. Ça a été quelque chose de satisfaisant pour les professionnels et les patients. C'est utile et pertinent. A quoi sert d'équiper quelqu'un si c'est pour rester au fond d'un tiroir faute d'être adapté. Il faut qu'on soit dans une logique d'usage.

MIP : A quels secteurs faudrait-il étendre ces réseaux ?

EC : A tout ce qui peut concourir aux soins de premiers recours, à ce qui permet d'entrer dans le système, à ce qui retarde ou diffère la prise en charge. Regardez les études, 19 à 20% des concitoyens renoncent ou diffèrent les soins et chez les moins de 30 ans, c'est 34% ; on a une vraie problématique. Donc la question sur les soins de premiers recours me paraît essentielle. Vont y contribuer les centres

de santé en général municipaux, mutualistes ou associatifs ou les maisons de santé. J'espère que les pouvoirs publics reverront leur politique et leur stratégie sur la question des relations avec les médecins pour ceux qui le souhaitent.

Et dans les autres acteurs du système de santé qui concourent aux soins de premiers recours. Il y a les pharmaciens aussi. Ils sont un réseau de proximité compte tenu du réseau territorial des pharmacies et qui ne doivent pas être du tout oubliées dans cette dimension là. Aujourd'hui, beaucoup de gens ont recours à l'automédication. Le pharmacien, c'est un professionnel qui peut être un relai important dans le conseil. Voilà comment on peut par leur biais faciliter l'accès à la vaccination, faciliter l'accès à certains programmes de prévention, il y a des choses intéressantes à réfléchir de ce point de vue. Et puis des programmes pour les patients chroniques où une réflexion peut être menée sur les délégations de tâches.

MIP : Est-ce que le tiers payant réalisé dans les SSAM est le levier essentiel à l'accessibilité aux soins ?

EC : Je pense que c'est un levier utile. Est-ce que s'il n'existait pas, les patients ne viendraient plus ? Pour les plus modestes, ce serait un frein. Est-ce que les autres patients qui viennent non pas pour des facilités économiques mais parce qu'ils y trouvent de la qualité, de l'innovation, de la coordination des soins. Est-ce qu'ils ne viendraient plus sans le tiers payant ? Je ne saurais pas le dire.

Quoi qu'il arrive, ça me semble être quelque chose d'intéressant, d'utile, de coûteux parfois dans les modalités.

Le fait que ce soit ouvert à tous dans les centres mutualistes, c'est un élément de non différenciation. C'est un élément d'égalité.

Annexe 4 Résultats économétriques du test de significativité de la corrélation entre meilleure couverture complémentaire et dépassements d'honoraires (Dormont, Péron, 2015)

Table 3: Impact of better coverage on visits to a specialist, recourse to Sector 2 specialists and average amounts of balance billing

Estimations with individual fixed effects, T=2010,2012

	N	%	log(Q)	log(Q2/Q)	log(BB/Q)	log(BB/Q2)
(1) Whole sample / OLS Whole sample / 2SLS ‡ (Hausman test p-value)	58,336	100%	0.00 0.15 (0.21)	0.01 0.09** (0.03)	0.04* 0.34* (0.10)	-0.00 -0.15 (0.11)
(2) Ile de France Ile de France / 2SLS ‡ (Hausman test p-value)	10,524	18%	0.04 0.38 (0.20)	0.02* 0.14 (0.15)	0.12*** 0.72* (0.15)	0.01 0.09 (0.65)
(3) PACA, Aquitaine, Rhône, Alsace / OLS PACA, Aquitaine, Rhône, Alsace / 2SLS ‡ (Hausman test p-value)	15,857	27%	0.01 0.06 (0.21)	0.02* 0.20** (0.02)	0.08* 0.77** (0.05)	0.00 -0.11 (0.56)
(4) Normandie, Bretagne, Pays de Loire / OLS Normandie, Bretagne, Pays de Loire / 2SLS ‡ (Hausman test p-value)	7,806	13%	-0.00 0.06 (0.29)	-0.02 0.04 (0.69)	-0.09 -0.11 (0.96)	0.02 -0.10 (0.76)
(5) Low SPR2/ OLS Low SPR2/ 2SLS ‡ (Hausman test p-value)	6,248	11%	-0.05 0.56 (0.22)	0.01 0.04 (0.27)	0.06 -0.52 (0.42)	0.08 -0.91* (0.05)
(6) High SPR2 / OLS High SPR2 / 2SLS ‡ (Hausman test p-value)	28,711	49%	0.03 0.14 (0.56)	0.01* 0.19*** (0.01)	0.08** 0.80** (0.03)	0.00 0.01 (0.96)
(7) High SPR2*High SPR1 / OLS High SPR2*High SPR1 / 2SLS ‡ (Hausman test p-value)	13,974	24%	0.01 0.12 (0.76)	0.01 0.15 (0.26)	0.07 0.61 (0.34)	0.00 -0.04 (0.86)
(8) High SPR2*Low and medium SPR1 / OLS High SPR2*Low and medium SPR1 / 2SLS ‡ (Hausman test p-value)	14,737	25%	0.03 0.15 (0.65)	0.01 0.23** (0.02)	0.07* 0.99** (0.03)	0.00 0.06 (0.77)
(9) High SPR2*Low SPR1 / OLS High SPR2*Low SPR1 / 2SLS ‡ (Hausman test p-value)	5,951	10%	0.04 0.60* (0.07)	0.02 0.17* (0.11)	0.10* 0.96** (0.07)	0.01 0.07 (0.86)
(10) High SPR2*Low SPR1*Proportion of S2>50% / OLS High SPR2*Low SPR1*Proportion of S2>50% / 2SLS ‡ (Hausman test p-value)	3,735	6.4%	0.01 0.85** (0.03)	0.01 0.20 (0.11)	0.08 1.19* (0.05)	-0.00 -0.14 (0.71)

* p<0.1, ** p<0.05, *** p<0.01

MGEN sample: 58,336 individuals with at least one specialist consultation

log(BB/Q2): subsample of 34,536 individuals with at least one S2 specialist consultation

Other regressors: 2012, income, CD, inpatient stays, GP, specialist population ratio, exp.phy.

Instrument: ‡ = Retired before 55; † = moved out

Hausman test: H0: QUIT may be treated as exogenous

SPR1: S1 Specialist:population ratio ; SPR2: S2 Specialist:population ratio

High SPR2: départements where SPR2 is above 29 per 100,000 inhabitants (last quartile of SPR2)

Low SPR2: départements where SPR2 is under 12 per 100,000 inhabitants (first quartile of SPR2)

High SPR1: départements where SPR1 is above 56 per 100,000 inhabitants (last quartile of SPR1)

Thème n°16, Animé par : Coron, Gaël, Enseignant-Chercheur en sociologie

Organismes complémentaires d'assurance maladie et offre de soins

CABOUCHE Alexandre (DESSMS), CORNET Benoît (IASS), CRETINEAU Antoine (DESSMS), LESAGE Ludovic (DS), SCHUMM Sophie (DESSMS), SOUILLARD Caroline (AAH), VALLAURI Antoine (DH)

Résumé :

Les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) sont devenus des acteurs de marché qui interviennent sur l'offre de soins par différentes voies. Hétérogènes, obéissant à des logiques différentes, ils ont historiquement cherché à intervenir directement sur l'offre de soins en constituant un modèle spécifique à travers les services de soins et d'accompagnement mutualistes (SSAM).

En outre, les OCAM, confortés par les pouvoirs publics, mettent en place différents partenariats avec les professionnels de santé qui correspondent mieux à leur identité marchande. De "financeurs aveugles", ils tendent à devenir des financeurs "responsables" en contribuant à la régulation de l'offre de soins qui demeure toutefois limitée, notamment au regard des dépassements d'honoraires. Les effets économiques de leurs activités restent sujets à caution, particulièrement pour l'accès aux soins.

A l'heure actuelle, les OCAM doivent répondre à certains défis qui interrogent leur capacité à réguler l'offre de soins tels que la gestion du risque.

Enfin, les relations entre OCAM et offreurs de soins gagneraient à être revues dans le cadre d'une réforme plus globale visant à une clarification des responsabilités, à une régulation partagée et à une réduction des inégalités.

Mots clés : Assurance maladie complémentaire - Offreurs de soins - Régulation de l'offre de soins – Services de Soins et d'Accompagnement Mutualistes (SSAM) - Conventonnement - Réseaux de soins – Contrats responsables - Accès aux soins

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs