

**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

– 2018 –

**« LES RESEAUX DE SOINS DES ORGANISMES  
COMPLEMENTAIRES D'ASSURANCE-MALADIE,  
ENTRE CONCURRENCE IMPARFAITE ET  
MODELE INABOUTI »**

– Groupe n° 10 –

- |                   |                          |
|-------------------|--------------------------|
| – Chloé BRIÈRE    | – Jean-François JOLLIVET |
| – Eléonore DOLLE  | – Elise LUMBROSO         |
| – Diana FERCHICHE | – Serge MORARD           |
| – Virginie GAREL  | – Lise PERRIER           |
| – Céline GAQUIÈRE | – Mathilde POYET         |

*Animateurs :*

- Cyril **BENOÎT**
- Gaël **CORON**

---

# S o m m a i r e

---

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>6</b>
<b>1. LES RESEAUX DE SOINS S'INTEGRENT DANS LE CADRE D'UNE CONVERGENCE LATENTE MAIS NON UNIVOQUE DES OCAM QUI EN ATTENDENT UN SURCROIT D'EFFICACITE ECONOMIQUE.....</b>	<b>- 9 -</b>
1.1 LES RESEAUX DE SOINS PARTICIPENT DE L'HOMOGENEISATION PROGRESSIVE DE L'AMC EN MEME TEMPS QU'ILS CONSTITUENT UNE OPPORTUNITE DE DIFFERENCIATION.....	- 9 -
1.1.1 <i>Le développement des réseaux de soins renforce l'homogénéisation des OCAM.....</i>	- 9 -
1.1.2 <i>Pour faire aux risques d'une trop forte homogénéisation, les OCAM recherchent des moyens de différenciation. ....</i>	- 12 -
1.2 LES RESEAUX DE SOINS ET LEUR STRUCTURATION REPONDENT A UN BESOIN D'EFFICIENCE ECONOMIQUE MAIS QUESTIONNENT LEURS PROMOTEURS SUR LEURS PROPRES PRATIQUES ET SUR LEUR FONCTIONNEMENT. ....	- 15 -
1.2.1 <i>Les réseaux de soins et leur structuration répondent à un besoin d'efficacité économique. -</i>	<i>15 -</i>
1.2.2 <i>Plusieurs niveaux de complexité doivent cependant être introduits et permettre d'opérer des catégorisations plus fines.....</i>	<i>- 16 -</i>
1.2.3 <i>Les réseaux de soins ne sont toutefois pas sans poser des interrogations pour leurs acteurs. -</i>	<i>18</i>
-	-
<b>2. COMPTE TENU DE LEUR INCIDENCE REELLE SUR LA QUALITE ET LE PRIX DES SOINS ET DES DISPOSITIFS MEDICAUX, LES RESEAUX DE SOINS SONT UN MODELE SUSCEPTIBLE D'AMELIORATIONS.....</b>	<b>- 21 -</b>
2.1 LES RESEAUX DE SOINS CREEES PAR LES OCAM PEUVENT INQUIETER LES PROFESSIONNELS ET LES USAGERS ET ONT DES CONSEQUENCES SUR LES PRIX, LA QUALITE DES PRODUITS ET LES PRATIQUES DES PROFESSIONNELS QUI PEUVENT, CEPENDANT, VARIER EN FONCTION DES SECTEURS.....	- 21 -
2.1.1 <i>Les inquiétudes partagées entre usagers et professionnels : la restriction de la liberté de choix et le remboursement différencié.....</i>	<i>- 21 -</i>
2.1.2 <i>Les réseaux de soins ont des conséquences sur les prix et la qualité des produits et prestations fournis par les professionnels de santé, bien que ces conséquences peuvent être difficiles à apprécier.. -</i>	<i>23 -</i>
2.1.3 <i>Les réseaux de soins auraient tendance à modifier de façon substantielle les pratiques des professionnels.....</i>	<i>- 24 -</i>
2.1.4 <i>Pour les usagers l'impact des réseaux de soins varierait en fonction du secteur .....</i>	<i>- 25 -</i>

2.2	L'IMPACT CROISSANT DES RESEAUX DE SOINS SUR LA QUALITE DES SOINS, LES PRIX ET L'ACCES AUX SOINS IMPLIQUE D'AMELIORER L'INFORMATION SUR CES RESEAUX, DE DEVELOPPER LES MESURES ASSURANT LA QUALITE DES SOINS ET D'ACCROITRE LA REGULATION. ....	- 27 -
2.2.1	<i>Améliorer la collecte des données et leur sécurité.....</i>	- 27 -
2.2.2	<i>Renforcer le cadre juridique et les contrôles pour garantir la qualité et la sécurité des soins. ...</i>	28 -
2.2.3	<i>Améliorer le cadre conventionnel applicable aux réseaux de soins. ....</i>	- 30 -
<b>CONCLUSION .....</b>		<b>- 32 -</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>		<b>- 34 -</b>
<b>LISTE DES ANNEXES.....</b>		<b>I</b>
<b>ANNEXE N°1 : ENTRETIEN IGAS.....</b>		<b>III</b>
<b>ANNEXE N°2 : ENTRETIEN AVEC L'UNOCAM.....</b>		<b>VI</b>
<b>ANNEXE N°3 : ENTRETIEN FEDERATION NATIONALE DE LA MUTUALITE FRANÇAISE ..</b>		<b>XI</b>
<b>ANNEXE N° 4 : ENTRETIEN AVEC MBA MUTUELLE .....</b>		<b>XIV</b>
<b>ANNEXE N° 5 : ENTRETIEN AVEC GPS HUMANIS.....</b>		<b>XIX</b>
<b>ANNEXE N°6 : ENTRETIEN GMF .....</b>		<b>XXV</b>
<b>ANNEXE N°7 : ENTRETIEN ALLIANZ.....</b>		<b>XXIX</b>
<b>ANNEXE N°8 : ENTRETIEN SANTECLAIR .....</b>		<b>XXXVI</b>
<b>ANNEXE N°9 : SYNTHESE DE L'ENTRETIEN TELEPHONIQUE REALISE AUPRES DE LA DIRECTRICE OPERATIONNELLE DE LA PLATEFORME KALIVIA, NON ENREGISTRE A SA DEMANDE .....</b>		<b>XLIV</b>
<b>ANNEXE N° 10 : ENTRETIEN AVEC LE DIRECTEUR GENERAL DE GENERATION .....</b>		<b>XLV</b>
<b>ANNEXE N°11 : ENTRETIEN AVEC UN OPTICIEN.....</b>		<b>LII</b>
<b>ANNEXE N° 12 : ENTRETIEN AVEC UNE AUDIOPROTHESISTE .....</b>		<b>LIX</b>
<b>ANNEXE N°13 : ENTRETIEN AVEC UNE IDE LIBERALE .....</b>		<b>LXI</b>
<b>ANNEXE N°14 : ENTRETIEN AVEC LE RESPONSABLE DES ETUDES SANTE AU SEIN DE L'ASSOCIATION UFC-QUE CHOISIR.....</b>		<b>LXVIII</b>
<b>ANNEXE 15 : ENTRETIEN AVEC FREDERIC BIZARD, ECONOMISTE .....</b>		<b>LXXIII</b>
<b>ANNEXE N° 16 : ENTRETIEN AVEC UN ECONOMISTE AU SEIN DU CABINET ASTERÈS .....</b>		<b>LXXXII</b>

---

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

---

Nous tenons à remercier vivement tous les professionnels qui nous ont fait partager leur expertise pour nous permettre de mener à bien ce projet dans des délais contraints.

Nous témoignons de notre reconnaissance à Messieurs Gaël Coron et Cyril Benoît pour leur accompagnement utile et bienveillant.

Enfin, nous remercions Madame Emmanuelle Guevara et Monsieur Christophe Le Rat pour leur organisation efficace de ce module interprofessionnel.

---

## Liste des sigles utilisés

---

ANI : accord national interprofessionnel

AMC : assurance maladie complémentaire

CSBM: consommation de soins et biens médicaux

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

GPS : groupe paritaire et mutualiste de protection sociale

HAS : Haute Autorité de santé

IDE : infirmière diplômée d'Etat

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

IP : institutions de prévoyance

IRDES : institut de recherche et documentation en économie de la santé

MGEN : Mutuelle générale de l'éducation nationale

OCAM : organismes complémentaires d'assurance maladie

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

PIB : produit intérieur brut

RAC0 : reste à charge zéro

SAS : société par actions simplifiée

SSAM : services de soins et d'accompagnement mutualistes

UNOCAM : Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie

UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie

URSSAF : Union de recouvrement pour la sécurité sociale et les allocations familiales

## **Introduction**

A l'occasion du 70ème anniversaire de la Sécurité sociale, le CREDOC a mené en 2015 une enquête sur l'évolution du regard porté par les Français sur leur système de protection sociale. Cette étude montre, d'une part, que la protection sociale est d'abord associée à l'égalité et l'universalité de l'accès aux soins, et d'autre part, que la principale préoccupation des Français concerne la prise en charge des dépenses par la protection sociale. Le remboursement des dépenses de santé s'est imposé comme un sujet politique, économique et social incontournable au cours des dernières années.

Depuis les années 1960, la sécurité sociale et plus précisément la branche maladie connaît un déficit entraînant comme conséquence majeure, une augmentation des restes à charge afin de diminuer les coûts qui pèsent sur l'assurance maladie obligatoire. Pourtant, en 2016, le reste à charge français est l'un des plus faibles parmi les pays de l'OCDE puisqu'il était estimé à 16,5 milliards d'euros, soit 8,3% de la CSBM. Ceci s'explique notamment par le poids important supporté par l'assurance maladie complémentaire : mutualité, instituts de prévoyance, assureurs. En effet, si la mutualité existait dès le 19ème siècle avec pour objectif principal de permettre à ses assurés un accès aux soins, les complémentaires santé se sont multipliées et ont su s'adapter et réorienter leurs missions. Selon l'Union nationale des organismes des complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM), créée par la loi dite Douste-Blazy en date du 13 août 2004, les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) assurent la prise en charge, à titre individuel ou collectif, 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. Ainsi, aujourd'hui, les OCAM ont principalement pour mission de couvrir tout ou partie des restes à charge selon les modalités des contrats conclus entre les complémentaires santé et les assurés sociaux. Néanmoins, en 2014, selon les données de l'Enquête santé Européenne-Enquête santé (EHIS-ESPS), 5% de personnes en France ne bénéficient d'aucune couverture complémentaire santé, avec un fort lien entre l'absence de complémentaire santé et les ressources financières puisque cela concerne 12% des 20% des plus pauvres.

Parallèlement, en 2014, un rapport rendu par la DREES démontre que les renoncements aux soins sont deux fois plus importants pour les personnes n'ayant aucune complémentaire santé. Partant de ce constat, le 11 janvier 2013, dans le cadre d'un accord national interprofessionnel conclu entre les partenaires sociaux sur la compétitivité et la sécurisation

de l'emploi, transposé, par la suite, par la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, a été instaurée une complémentaire généralisée pour l'ensemble des salariés du secteur privé. De plus, depuis plusieurs années, les complémentaires santé sont fiscalement incitées à proposer des contrats responsables. Dorénavant, le marché de la complémentaire santé représente 40 milliards d'euros en France.

Au début des années 2000, un nouveau paysage des organismes des complémentaires santé se dessine. Le progrès technologique, déterminant majeur des dépenses de santé, affecte le secteur par la mise en place de systèmes d'information communicants permettant l'émergence en France des réseaux de soins concrétisés et gérés par des plateformes : les organismes complémentaires d'assurance maladie concluent des conventions avec des professionnels ou des établissements de santé afin de leur adresser leurs assurés en contrepartie du respect de certains engagements (respect de tarifs, d'un cahier des charge ou encore de pratique du tiers-payant). Pour l'assuré, le système doit lui permettre un moindre reste à charge ou bien un remboursement bonifié notamment dans les domaines mal-remboursés par l'assurance maladie de base (audioprothèse, optique et dentaire). Pour l'assureur, ce système doit lui servir à réaliser une maîtrise accrue des risques. Une relation tripartite est de ce fait instaurée.

Les **réseaux de soins** sont à distinguer des **réseaux de santé**. Ces derniers issus de la loi du 4 mars 2002 sont définis à l'article L 6321-1 du Code la Santé Publique « *ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique.* »

Les réseaux de soins ont aujourd'hui une place non négligeable : en 2016, ils attirent de nombreux professionnels de santé, incluent plus de 45 millions de personnes utilisateurs potentiels (soit 3/4 des assurés des complémentaires santé) et tendent à se développer auprès d'autres professionnels libéraux, même si cela reste à l'heure actuelle marginal.

Critiqués comme étant déséquilibrés par une partie des professionnels de santé, ils entraînent des impacts considérables sur les prix, la qualité et sur la liberté des assurés, ont un rôle primordial dans la régulation du parcours de santé et ont un impact favorable sur

l'accès aux soins. Néanmoins, leur avenir est encore incertain. Désireux de supprimer ou du moins de diminuer considérablement les renoncements de soins, une promesse présidentielle a été effectuée par le Président de la République, E. Macron : celle d'instaurer un « Reste à charge zéro ». Affectant les domaines d'intervention des OCAM (optique, audioprothèse et dentaire), le projet, dans ses premières rédactions, suscite l'inquiétude de ces derniers.

Enjeu actuel et majeur, les réseaux de soins recouvrent une variété de réalités qui tendent à s'harmoniser et questionnent donc leurs acteurs sur leur stratégie de différenciation dans un marché fortement concurrentiel. Plus encore, l'efficacité économique des modèles proposés, vient interroger les intervenants sur leur identité, leurs pratiques et leur fonctionnement. Vecteurs de changements, ils peuvent susciter des inquiétudes qu'une régulation visant à accroître leur transparence est susceptible de lever.

Les réseaux de soins connaissent un mouvement de convergence sous-jacent mais non univoque et sont institués par les OCAM à des fins de gains d'efficacité économique (1). Ces réseaux constituent un modèle qui doit être amélioré, en raison notamment des effets notables qu'il a sur la qualité et le prix des soins et des produits (2).

#### Methodologie

Afin de mener à bien le projet proposé dans le cadre du module interprofessionnel, nous nous sommes, dans un premier temps, appuyés sur de nombreuses littératures, notamment le rapport de l'IGAS rendu en 2017 sur les réseaux de soins. En sus, nous avons réalisé seize entretiens semi-directifs, retranscrits en annexe, nous permettant de rencontrer un panel large d'acteurs concernés au niveau national et local : des institutions publiques, des acteurs de l'assurance maladie complémentaire, des plateformes et assimilés, des associations d'usagers, mais aussi des professionnels de santé.

Le groupe, composé de directeurs et d'attachés d'administration hospitalière, a été constitué par l'EHESP. La dynamique de groupe s'est constituée dès la première rencontre et s'est perpétuée lors des six rencontres effectuées sur un modèle participatif. Ce travail collectif a été un réel enrichissement pour notre futur emploi en nous permettant de coopérer sur une thématique commune et choisie par chacun. Pour la rédaction, nous avons constitué des binômes de fonction différentes afin de dynamiser les échanges et diversifier les opinions. MM. CORON et BENOIT ont pu également participer à ces différents temps d'échanges pour nous accompagner tout au long de notre étude.

## **1. Les réseaux de soins s'intègrent dans le cadre d'une convergence latente mais non univoque des OCAM qui en attendent un surcroît d'efficacité économique.**

1.1 Les réseaux de soins participent de l'homogénéisation progressive de l'AMC en même temps qu'ils constituent une opportunité de différenciation.

*1.1.1 Le développement des réseaux de soins renforce l'homogénéisation des OCAM.*

La structuration des OCAM, originellement très fragmentée entre de nombreux acteurs aux stratégies substantiellement différentes, tend à s'uniformiser autour d'un nombre d'acteurs réduit et de stratégies convergentes.

Les OCAM se composent de trois familles distinctes<sup>1</sup> :

1. les mutuelles, qui s'appuient sur le code de la mutualité et reposent sur une charte de la mutualité française défendant la solidarité, la liberté et la responsabilité. Elles forment l'acteur historiquement dominant du marché de la complémentaire santé et sont à but non lucratif. La gouvernance se veut démocratique en impliquant les adhérents. Les mutuelles bénéficient traditionnellement d'un meilleur positionnement sur les adhésions individuelles ;
2. les institutions de prévoyance, qui reposent sur un principe de gestion paritaire entre représentants des salariés et des employeurs et dont l'activité s'est originellement surtout portée vers les contrats collectifs dans les entreprises. Le code de la sécurité sociale encadre ces établissements à but non lucratif ;
3. les assureurs, qui sont encadrés par le code des assurances, arrivés plus tardivement<sup>2</sup> sur le marché de la complémentaire santé et qui sont mus par un but lucratif.

La fragmentation des OCAM se réduit alors que la concentration est forte et que le marché est investi de manière croissante par les sociétés d'assurance. Le nombre de mutuelles a été réduit par trois entre 2001 et 2015,<sup>3</sup> alors même que la part de marché des mutuelles s'est érodée de 60% à 53%, au profit des sociétés d'assurance (de 19% à 29%) pour qui la santé ne représente pourtant qu'une part marginale de leur activité (5%) alors que c'est l'activité

---

<sup>1</sup> BRAS Pierre-Louis et- TABUTEAU Didier, *Les assurances maladie*, PUF, 2012

<sup>2</sup> La forme actuelle des assurances santé est récente, mais dès le XIXème siècle existent des assurances qui investissent le champ de la santé (notamment dans le cadre des accidents de travail).

<sup>3</sup> « La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé », rapport 2016, DREES

principale des mutuelles (83%). Ces changements s'opèrent dans le cadre d'un marché de la complémentaire santé en croissance en raison notamment de changements réglementaires : ainsi, au 1<sup>er</sup> janvier 2016, la généralisation de la complémentaire santé cofinancée par les employeurs a conduit à une forte augmentation des contrats collectifs des assureurs (+15%)<sup>4</sup>. Les différentes OCAM se rapprochent dans leur stratégie et dans leur organisation, ce dont témoignent et facilitent certains processus. La convergence aboutit à un rapprochement vers le fonctionnement assurantiel<sup>5</sup>.

### **Un rapprochement stratégique**

Tout d'abord, les trois familles d'OCAM se concertent de manière croissante et une même stratégie émerge de plus en plus aisément de ces différents acteurs. Ce phénomène a été promu par l'institutionnalisation d'une instance de dialogue et de représentation unifiée en 2004 avec la création de l'UNOCAM<sup>6</sup>. Les trois familles de la protection complémentaire s'efforcent par ce biais de construire des positions communes, tant auprès des pouvoirs publics que du grand public<sup>7</sup>.

En outre, la convergence des trois familles se concrétise par un rapprochement du cadre juridique entourant l'exercice des différentes OCAM. Alors que les mutuelles connaissaient dans le code de la mutualité des principes plus stricts concernant l'application du principe de solidarité, elles ont milité pour l'alignement de leur cadre juridique sur celui des IP et des assureurs, ce qui s'est concrétisé par la loi Le Roux pour la question des réseaux de soins<sup>8</sup>. De même, les normes européennes conduisent à un rapprochement du cadre juridique applicable puisqu'un traitement homogène des organisations d'assurance de personnes est organisé, indépendamment des catégorisations de droit national<sup>9</sup>.

---

<sup>4</sup> « Tableau de bord de l'assurance 2016 », FFA, 2017

<sup>5</sup> Entretien téléphonique, F. Bizard, économiste de la santé, 09/05/2018, annexe n°15.

<sup>6</sup> Entretien, Paris, UNOCAM, secrétaire général administratif, 09/05/2018, annexe n°2.

<sup>7</sup> Voir par exemple la tribune des assureurs complémentaires dans *Les Echos* du 7 mai 2018.

<sup>8</sup> 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

<sup>9</sup> Entretien téléphonique, GPS Humanis, directeur développement ouest, 07/05/2018, annexe n°5.

### **La loi Le Roux et l'influence des OCAM**

Cette loi est d'origine parlementaire et résulte d'une stratégie d'influence intense des mutuelles qui critiquaient la concurrence particulièrement faussée avec les IP et les assureurs, qui pouvaient mettre en œuvre des pratiques qui leur étaient interdites.

Selon un représentant de l'UNOCAM : « *La loi Le Roux est l'illustration du résultat de leur lobbying. Certes, elle a permis de modifier le 1er article du code de la mutualité. Certains organismes mutualistes comme la MGEN avaient pris l'habitude de bonifier le remboursement pour leurs adhérents lorsqu'ils allaient chez des praticiens conventionnés. Il y a eu des recours en disant que cette pratique était contraire à l'article 1er de la mutualité prévoyant que tous les adhérents d'une garantie donnée ont le droit aux mêmes remboursements.* »

### **Un rapprochement organisationnel**

Ce rapprochement est double. D'une part, la formation des groupes paritaires et mutualistes de protection sociale (GPS) permet l'alliance de groupes de nature différentes, mutuelles et IP, même si le paritarisme, entre organisations représentant les salariés et les employeurs, demeure au niveau de l'association sommitale. Le principe d'ouverture à des acteurs divers conduit par exemple le groupe Humanis, lui-même GPS, à se considérer comme « *un port d'accueil pour d'autres groupes de protection sociale qui auraient des projets de co-développement. Une mutuelle pourrait par exemple rejoindre le groupe Humanis pour utiliser son outil de gestion de prestations de santé.* »<sup>10</sup>

D'autre part, le principe des réseaux de soins, et plateformes associées, entretient et accentue le rapprochement des OCAM. En premier lieu, différentes familles d'OCAM sont liées aux mêmes plateformes et aux mêmes réseaux de soins, ce qui annihile *de facto* leurs différences dans le service qu'elles délivrent aux patients, sociétaires ou assurés. L'UFC Que Choisir constate qu'« *il n'y a pas nécessairement une unicité de nature juridique derrière l'actionnariat de chaque réseau, ce qui brouille un peu les cartes* »<sup>11</sup> en citant Kalivia (avec IP et mutuelle derrière) et Santéclair (IP, mutuelles et assureur), et conclut que la distinction entre les différentes familles « *est parfois un peu surjouée par certains, les mutuelles particulièrement qui parlent assez régulièrement de leurs valeurs mutualistes qui ne se retrouvent pas dans les faits.* » En second lieu, le champ des réseaux de soins est limité aux

---

<sup>10</sup> Entretien téléphonique, GPS Humanis, directeur développement ouest, 07/05/2018, annexe n°5.

<sup>11</sup> Entretien, Paris, UFC Que choisir, 03/05/2018, annexe n°14.

domaines où les assureurs complémentaires sont majoritaires dans le remboursement, tels l'optique, le dentaire et l'audioprothésiste. Les OCAM vont chercher à s'investir pleinement dans ces domaines sans pouvoir se différencier fortement par une diversification des domaines sanitaires couverts<sup>12</sup>.

Ces rapprochements organisationnels alimentent le rapprochement stratégique.

*1.1.2 Pour faire aux risques d'une trop forte homogénéisation, les OCAM recherchent des moyens de différenciation.*

La différenciation doit permettre de prévenir « l'érosion des adhérents »<sup>13</sup> et clients des OCAM en limitant la concurrence, qui repose sur la comparaison de produits similaires. Deux stratégies principales sont utilisées.

### **La différenciation par l'indépendance**

Des OCAM peuvent chercher à conserver leur identité propre. Par exemple, dans le cas de de MBA Mutuelle<sup>14</sup>, la séparation d'avec Humanis était vue comme nécessaire afin de ne pas être phagocytée par un grand groupe. Les valeurs des adhérents se reflètent dans l'organisation de la mutuelle. En l'espèce, les artisans revendiquent une indépendance et privilégient la proximité dans le choix de leurs partenaires, y compris dans le cadre de leur mutuelle.

### **La différenciation par l'offre, vers une offre de services plus globale**

#### **Les réseaux de soins sont constitués essentiellement de trois secteurs d'activité**

- 1) L'optique représente la plus grande partie des réseaux de soins gérés par les six plateformes, le taux de recours au réseau est de 60% et représente 5,5 millions de prise en charge. Le tiers payant est obligatoire et le traitement est dématérialisé systématiquement.

---

<sup>12</sup> Entretien téléphonique, Santéclair, 11/05/2018, annexe n°8.

<sup>13</sup> Entretien, Rennes, MBA Mutuelle, responsable prévention et partenariats, 03/05/2018, annexe n°4.

<sup>14</sup> « Notre conseil d'administration est très marqué car ce sont toujours des travailleurs indépendants qui sont très attachés à la notion de proximité et à leur indépendance. Lorsque vous êtes adossés à un grand groupe comme Humanis qui pèse 6000 salariés et que vous, vous en pesez seulement 250, et bien vous n'êtes pas entendus. (...) Alors on a quitté Humanis, au moment crucial qui était celui où il y avait la généralisation de la complémentaire santé en entreprise. », Entretien, Rennes, MBA Mutuelle, responsable prévention et partenariats, 03/05/2018, annexe n°4.

- 2) Les réseaux dentaires sont peu développés, ils regroupent 40 410 chirurgiens-dentistes et le taux de recours est inférieur à 25%. Tous les professionnels proposent la pose de prothèses dentaires, seulement certains d'entre eux les soins d'orthodontie et l'implantologie. Le tiers payant n'est pas imposé.
- 3) Le secteur de l'audition est en progression, le taux de recours passe de 30% en 2015 à 50% en 2016.

Les réseaux de soins sont perçus comme un outil innovant et les plateformes de santé peuvent être créatives en termes d'offre. Ce besoin de diversification par l'offre est d'autant plus justifié qu'« *on était dans un monde où avec la notion de contrats responsables, les garanties des AMC tendaient à se standardiser, la voie de différenciation étaient les services dont les conventionnements ce qu'on appelle les réseaux de soins.* »<sup>15</sup>. Cette différenciation est alors portée conjointement par l'OCAM et par son réseau de soins, le cas échéant avec le gestionnaire de plateforme<sup>16</sup>.

La stratégie de différenciation par l'offre est double. D'une part, la différenciation se traduit plutôt par des activités nouvelles hors secteurs optique, dentaire et audioprothèse. En effet, les médecines douces, par exemple, sont des prises en charge de plus en plus sollicitées par les usagers. Face à cette évolution, les OCAM doivent adopter leurs offres, à l'image d'Humanis<sup>17</sup>, « *Aujourd'hui c'est en pleine extension pour les médecines douces. Ça commence un petit peu à se créer, on a des spécialistes qui ont une attente très forte de la part des assurés, relayées par les entreprises. Il n'y a quasiment plus de contrat collectif sans remboursement sur les médecines douces* ». Kalivia<sup>18</sup> propose cette prestation depuis peu en réponse à une demande des OCAM, formulée lors de leurs clubs utilisateurs annuels. D'autres se distinguent par les services fournis à leurs clients, MBA Mutuelle, par l'intermédiaire de leur plateforme Santéclair, offre la possibilité aux assurés d'avoir recours à cinq consultations téléphoniques par an avec un médecin. Ils adaptent ainsi leurs prestations à leur clientèle, allant jusqu'à la prise de rendez-vous *in fine* si nécessaire<sup>19</sup>.

---

<sup>15</sup>Entretien, Paris, UNOCAM, secrétaire général administratif, 09/05/2018, annexe n°2.

<sup>16</sup> Entretien téléphonique, Génération, 09/05/2018, annexe n°8.

<sup>17</sup> Entretien téléphonique, GPS Humanis, directeur développement ouest, 07/05/2018, annexe n°5.

<sup>18</sup> Entretien téléphonique, Kalivia, 14/05/2018, annexe n°9.

<sup>19</sup> Entretien, Rennes, MBA Mutuelle, responsable prévention et partenariats, 03/05/2018, annexe n°4.

D'autre part, la tendance est également de dépasser la consommation d'une prestation unitaire en évoluant vers un parcours de prise en charge complet pour le client. Santéclair<sup>20</sup> se distingue en proposant une large palette d'activités mais également de services, des outils informatiques, ainsi qu'une orientation vers la médecine de ville qui leur permet de structurer ce parcours patient.

#### **Le cas de Santéclair concernant le parcours global**

Les clients ont à leur disposition un outil informatique d'aide à la décision afin de choisir le lieu où ils souhaitent être opéré. Dès que l'assuré utilise cet outil, le logiciel lui propose d'envisager la suite de sa prise en charge comme la rééducation avec une kinésithérapeute à son domicile. Les plateformes se présentent comme de véritables coordonnateurs du parcours patient, ce qui présente un double intérêt : un surcroît de sérénité pour le patient qui n'a pas à se soucier de cela en sortant de l'hospitalisation et la garantie d'avoir des professionnels de santé disponibles, ce qui est pertinent pour les métiers en tension comme la kinésithérapie.

L'évolution passe par le développement dans de nouveaux champs de la santé. Par exemple, MBA Mutuelle évoque la possibilité de s'inscrire dans la prévention en proposant des consultations d'aide à l'arrêt du tabac tandis que le groupe Audiens envisage la création d'une structure hospitalière en banlieue parisienne pour concentrer des services sanitaires supplémentaires.

#### **Des SSAM aux réseaux de soins, d'une vision ouverte à une vision de club ?**

Les services de soins et d'accompagnement mutualistes (SSAM), qui existent depuis le XIX<sup>ème</sup> siècle, sont déployés par les services de la Mutualité française. A but non lucratif, ils sont ouverts à tous et dépassent le champ des réseaux de soins, en concernant par exemple les consultations médicales et les services d'hospitalisation. A l'inverse, les réseaux de soins sont limités dans leur champ et dans leur public.

---

<sup>20</sup> Cf. entretien Santéclair en annexe

## 1.2 Les réseaux de soins et leur structuration répondent à un besoin d'efficience économique mais questionnent leurs promoteurs sur leurs propres pratiques et sur leur fonctionnement.

### *1.2.1 Les réseaux de soins et leur structuration répondent à un besoin d'efficience économique.*

Le principe d'efficience économique découlant des réseaux plaide pour des réseaux vastes et étendus sur le territoire. De tels réseaux, avec un maillage territorial fin, sont plus efficaces en termes d'allocation des ressources et de liberté du choix du praticien par les assurés.

La mise en place d'un réseau de soins de la part des OCAM vise à assurer une maîtrise du risque financier lié aux dépenses de soins relevant de l'AMC<sup>21</sup>. La volonté originelle de la part des assureurs, *lato sensu*, est de sortir du rôle de « payeur-aveugle » et de rééquilibrer des relations assureur-assuré-professionnel de santé qui ne leur sont pas favorables. Toutefois, les négociations étant principalement menées par la sécurité sociale, les réseaux vont se développer dans des champs comme l'optique, l'audioprothèse et le dentaire où le taux de remboursement de l'assurance maladie de base est très faible.

Pour parvenir à cet objectif, le choix retenu a consisté à se doter d'un pouvoir de négociation à l'égard du professionnel de santé, là où auparavant il était inexistant. L'accord repose sur un effet volume par lequel le professionnel va s'engager à réduire sa marge unitaire en contrepartie de l'augmentation du volume de clientèle apportée par l'OCAM. Pour l'OCAM, négocier avec le professionnel de santé répond à une rationalité économique, celle de travailler à faire baisser les coûts là où ils sont concentrés.

L'effet attendu est une réduction de la marge unitaire en fonction du nombre de clients apporté. C'est alors qu'entrent en jeu les plateformes qui vont regrouper plusieurs OCAM et leurs assurés. Les plateformes vont avoir plusieurs intérêts pour les OCAM. Outre l'augmentation du pouvoir de négociation, elles vont pouvoir mutualiser des fonctions, individuellement et dès l'origine coûteuses, (systèmes d'information, prospection et

---

<sup>21</sup> On peut alors parler de plateforme biface. Sur ce point, voir TIROLE Jean, *Economie du bien commun*, PUF, 2016, pp. 511-512.

recrutement des membres du réseau) et ainsi réduire le risque entrepris par son partage au sein d'une structure externe<sup>22</sup>.

La plateforme permet également une spécialisation des tâches et des fonctions : l'OCAM se concentre sur le recrutement des utilisateurs/assurés/adhérents/clients et procède aux calculs d'actuariat, tandis que la plateforme recrute les professionnels de santé et gère la relation utilisateur au quotidien<sup>23</sup>. Elle constitue donc pour les OCAM une stratégie de coopération à somme positive qui leur permet un effet de levier de réduction sur l'ensemble de leurs coûts aussi bien de gestion du risque que de structure.

Plus largement, l'économie générale du réseau de soins se propose de réaliser des gains pour :

- les OCAM, qui vont pouvoir introduire un embryon de pilotage de leurs risques, et *in fine*, améliorer leurs résultats ;
- les usagers/clients qui bénéficieront soit d'un moindre reste à charge soit d'un meilleur rapport qualité/prix sur leur consommation ;
- les professionnels, qui verront leur coûts fixes mieux amortis par une hausse de leur volume d'activité.

*1.2.2 Plusieurs niveaux de complexité doivent cependant être introduits et permettre d'opérer des catégorisations plus fines.*

En premier lieu, la question du nombre d'assurés ne repose pas que sur le volume d'assurés apporté par les OCAM mais aussi sur l'intensité de la sollicitation du réseau ou plus exactement le taux d'utilisation du réseau par ses destinataires : un réseau comportant un faible nombre d'adhérents qui l'utilisent fortement est plus efficace qu'un réseau large mais inutilisé. Ce point est un enjeu pour les OCAM, les plateformes et les délégataires de gestion qui s'accordent sur le besoin de visibilité des plateformes

---

<sup>22</sup> Le choix de l'externalisation repose aussi sur la baisse significative des coûts de transaction, voir PACHE Gilles et PARAPONARIS Claude, *l'entreprise en réseau*, PUF, 1993.

<sup>23</sup> Entretien téléphonique, Génération, 09/05/2018, annexe n°8.

Dès lors et de fait, il y a une différence entre l'utilisateur issu d'un contrat collectif et l'utilisateur ayant souscrit à titre individuel<sup>24</sup>. Le premier, bien que n'ayant pas négocié lui-même son assurance, est un utilisateur plus fréquent du réseau que le second.

Deux explications peuvent être avancées :

- dans le premier cas, le client de l'OCAM (l'entreprise) porte une communication de proximité qui entraîne une meilleure sensibilisation et donc un meilleur taux d'utilisation.
- Les populations couvertes ne sont pas identiques et reproduisent les problèmes d'inégalités de santé.

En deuxième lieu, une distinction doit être faite entre les réseaux ouverts et fermés car elle confiera plutôt le pouvoir de négociation aux professionnels de santé ou bien aux plateformes. Un réseau ouvert s'expose à la concurrence d'un autre et permet au professionnel de choisir le mieux-disant. Plus encore, cette configuration permet le cumul de réseaux et ainsi d'accéder à une plus grande clientèle sans nécessairement un grand effort pour le professionnel. A l'inverse, le réseau fermé garantira aux professionnels un volume d'activité par l'exclusion des autres professionnels susceptibles d'intervenir dans son champ d'action. Le curseur oscille donc entre liberté de choix pour l'utilisateur ou baisse des prix.

En troisième et dernier lieu, les relations entre OCAM et plateformes sont hétérogènes<sup>25</sup>. Selon que les premiers soient actionnaires des secondes ou simples clients, la perception de l'outil sera sensiblement différente. Dans une approche restreinte, le réseau est un simple service rendu par un sous-traitant qu'est la plateforme. Tandis que dans une approche maximaliste, il peut être un outil de développement, un investissement<sup>26</sup> qui doit permettre la mise en place d'un véritable système autour du patient qui, s'il est abouti, va au-delà de la diminution du reste à charge. On pourrait même imaginer que certains professionnels puissent s'engager à donner des rendez-vous en priorité aux assurés faisant partie d'un réseau

---

<sup>24</sup> On retrouve ici des formes d'inégalités sociales en santé. Sur ce point, voir LANG Thierry et ULRICH Valérie, *les inégalités sociales de santé*, DREES, 2016, et DORMONT Brigitte et TIROLE Jean, *Refonder l'assurance-maladie*, Note du CAE n°12, 2013.

<sup>25</sup> NABETH Marc, *Quelle sera la protection sociale des français en 2025? Nouveaux enjeux, nouveaux défis*, L'Harmattan, 2016.

<sup>26</sup> Entretien Allianz à croiser avec l'entretien Santéclair

de soins grâce à son contrat d'assurance maladie complémentaire, comme c'est le cas au Portugal par exemple<sup>27</sup>.

**La plateforme Kalivia** : Kalivia est une société par action simplifiée (SAS) issue à 50% de la filiale Malakoff Médéric et Union Harmonie Mutuelle. Avec un chiffre d'affaire de 5 millions d'euros, elle emploie 30 personnes. La plateforme travaille avec plusieurs OCAM et possède au total 11 millions de bénéficiaires. L'opération de regroupement entre Kalivia et les réseaux de la MGEN est actuellement en cours.

*1.2.3 Les réseaux de soins ne sont toutefois pas sans poser des interrogations pour leurs acteurs.*

La course à la taille, la recherche de cet effet de masse par les OCAM, s'inscrit, toutes choses égales par ailleurs, en réaction à des nouvelles normes d'origine européenne ou nationale. On peut par exemple citer les directives européennes *Solvabilité 2*<sup>28</sup> de 2009. Norme prudentielle sécurisant le secteur assurantiel et visant à protéger les consommateurs, elle impose aux OCAM une marge de solvabilité de 150% en fonds propres<sup>29</sup>. Ces directives ont eu surtout un impact pour les mutuelles et les IP. Pour atteindre la marge de solvabilité alors qu'ils n'ont pas d'objectif d'accumulation de profits, ils ont été contraints d'atteindre une taille critique par fusions. Le mouvement de concentration était déjà engagé pour réaliser des économies d'échelles, mais il s'est accéléré sous l'effet des normes européennes *Solvabilité 2*<sup>30</sup>.

---

<sup>27</sup> Entretien Generation, annexe « Dans certains pays d'Europe, notamment le Portugal où nous sommes présents, un des intérêts de la complémentaire santé est d'accéder à des réseaux de soins. En sortant de l'espace public pour l'espace privé, vous obtenez votre rendez-vous dans la semaine. »

<sup>28</sup> Directive 2009/138/CE du Parlement européen et du Conseil du 25 novembre 2009 sur l'accès aux activités de l'assurance et de la réassurance et leur exercice

<sup>29</sup> Pour une approche historique, voir BENAMOUZIG Daniel, *Du grand soir au clair-obscur. Expertise économique et privatisation bureaucratique de l'assurance maladie*, ARSS2012/3 (n°193), p. 56-73.

<sup>30</sup> CORON Gaël et BENOIT Cyril, *Les « mises en marché » du risque santé en France : une pluralité de logiques et de séquences de changement*, 2018, à paraître.

**La fusion à l'origine du GPS Humanis :** Le groupe Humanis a été créé en janvier 2012 par fusion de trois groupes qui eux-mêmes étaient issus de fusions de deux groupes. En son sein coexistent des institutions paritaires de prévoyance et de retraite et des mutuelles. Humanis rassemble 700 000 entreprises clientes, parmi elles 40% du CAC 40, soit 10 millions d'assurés. La fusion en 2012 a transformé 6 groupes de 1000 salariés et à dimension de PME en un seul groupe de 6 500 salariés.

Néanmoins, certains OCAM, comme la mutuelle MBA, résistent à ce mouvement de concentration pour conserver leur indépendance<sup>31</sup>. L'harmonisation entre les OCAM demeure en effet imparfaite, les trois familles composant l'assurance maladie complémentaire ayant des règles d'organisation et de gouvernance très différentes. A cet égard, l'UNOCAM ne se positionne pas comme « *régulateur des réseaux de soins* », et refuse d'incarner l'autorité tutélaire dans ce domaine<sup>32</sup>. C'est pourquoi, les pratiques et les perceptions des réseaux de soins par les OCAM sont très hétérogènes. Il n'existe pas de régulation de ces réseaux ; les effets de la concentration des OCAM sur les réseaux sont donc à relativiser. De même, les relations entre OCAM et plateformes diffèrent en fonction de leur historique, mais aussi de leur stratégie concurrentielle<sup>33</sup>. Par ailleurs, certains OCAM sont actionnaires des plateformes vers lesquelles elles renvoient leurs assurés, ce qui atténue l'indépendance de ces dernières vis-à-vis des OCAM<sup>34</sup>.

---

<sup>31</sup> Entretien, Rennes, MBA Mutuelle, responsable prévention et partenariats, 03/05/2018, annexe n°4.

<sup>32</sup> « *Cela a été longtemps demandé par un syndicat de chirurgiens-dentistes qui ont voulu que l'UNOCAM soit le lieu de régulation des réseaux de soins. Notre positionnement n'est pas d'être une autorité tutélaire sur les fédérations, on n'est pas fondé à faire cela.* », Entretien, Paris, UNOCAM, secrétaire général administratif, 09/05/2018, annexe n°2.

<sup>33</sup> « *Certains OCAM ne jouent que sur les prix, d'autres que sur les niveaux de remboursement. C'est en raison de cela qu'il est difficile d'évaluer l'effet sur la baisse des prix, car interviennent beaucoup de paramètres sur lesquels l'IGAS n'avait pas de maîtrise. Pour homogénéiser les pratiques : il faut des référentiels, il faut encadrer les pratiques. Ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Les plateformes sont en concurrence, donc elles ont des stratégies différentes. En outre, il faut distinguer les OCAM et les plateformes qui travaillent pour le cadre des OCAM (elles gèrent les données, les contrats). Les OCAM peuvent avoir des relations différentes avec les plateformes, selon qu'ils soient clients, clients actionnaires...* », Entretien, Paris, IGAS, 10/05/2018, annexe n°1.

<sup>34</sup> Par exemple, le GPS Humanis est actionnaire du réseau de soins ITELIS. Mais la plateforme conserve son indépendance du fait de son poids, et de la diversité des OCAM clients. La société compte 70 clients aujourd'hui (60 en 2016) notamment avec l'arrivée, au 1er janvier 2017, du groupe AG2R LA MONDIALE (site internet de la plateforme ITELIS, <https://itelis.fr/>, page consultée le 22/05/2018).

Malgré tout et par-delà la question des stratégies de différenciation ou d'harmonisation, se posent des interrogations d'identité pour les mutuelles qui au fil des intégrations ont quelque mal à clarifier leur discours sur leurs valeurs. C'est la raison pour laquelle MBA Mutuelle a quitté le groupe Humanis. Elle est toutefois demeurée dans le réseau Santéclair et perdure donc aux côtés d'acteurs nationaux (alors qu'elle revendique une démarche locale).

Plus encore, la société Santéclair est détenue majoritairement par Allianz, assureur *stricto sensu*, et par Covéa, groupe d'assurance mutualiste qui répondent d'intérêts différents sur le marché des OCAM. Les assureurs, *stricto sensu*, viennent sur le marché de l'assurance santé pour diversifier leurs produits et éviter la fuite de leurs clients. Pour les mutualistes présents dans le marché de l'AMC, à nouveau, le message peut être brouillé entre un affichage de valeurs les distinguant des autres acteurs du secteur et, en même temps, une coexistence et une coopération avec eux quand bien même ces derniers portent un message différent<sup>35</sup>.

Pour les plateformes, la question de la dépendance aux OCAM est importante car elle conditionne leurs modalités de développement. Le modèle économique, *Business to Business to Consumer (B to B to C)* pose un défi non négligeable dans la mesure où la satisfaction du client (l'OCAM) ne coïncide pas nécessairement avec celle de l'utilisateur. Or, pour les sociétés qui exploitent les plateformes, la question se pose aujourd'hui de savoir si elles se définissent exclusivement en tant que tel ou si au contraire la plateforme n'est qu'un produit d'appel permettant de développer une approche centrée sur le conseil. Diversifier leur clientèle est donc un enjeu majeur pour elles, dans un contexte de transformation des métiers. Il s'agit en effet de pérenniser leurs activités en étant moins vulnérables et dépendantes des OCAM : Santéclair qui apparaît comme un *leader* du marché n'a en définitive qu'une clientèle inférieure à 100 sociétés. Dans un contexte d'explosion de la e-santé et par la concurrence d'autres services positionnés en *Business to Consumer*, une réflexion est entamée par ces dernières sur leur rôle et leur positionnement<sup>36</sup>.

Deux limites doivent toutefois être soulignées :

---

<sup>35</sup> GINON Anne-Sophie, *Réseaux de soins et identité mutualiste à la lumière de la loi n° 201457 du 27 janvier 2014*, RDSS 2015, pp. 312 et s.

<sup>36</sup> La maturité de cette problématique peut être éclairée par une modélisation sur les relations principal/agent. Pour l'exemple dans un autre domaine LAMBDA Dominique et LE BIHAN Patrick, *Oversight and hierarchies*, IAST working papers, 2015.

- Tout d'abord, les résultats obtenus par les réseaux de soins sont assez disparates en fonction des secteurs. Si l'optique produit des résultats assez conséquents, ceux en dentaire et en audioprothèse sont moindre notamment du fait de l'organisation de ces deux professions.
- Enfin, les réseaux ne répondent que très partiellement au problème fondamental d'économie de la santé qui est celui d'asymétrie de l'information. Leur concurrence, mais également une forme de défiance réciproque entre pouvoirs publics, professionnels de santé et OCAM ne permettent pas aujourd'hui d'établir une transparence de l'information<sup>37</sup>.

## **2. Compte tenu de leur incidence réelle sur la qualité et le prix des soins et des dispositifs médicaux, les réseaux de soins sont un modèle susceptible d'améliorations.**

2.1 Les réseaux de soins créés par les OCAM peuvent inquiéter les professionnels et les usagers et ont des conséquences sur les prix, la qualité des produits et les pratiques des professionnels qui peuvent, cependant, varier en fonction des secteurs.

*2.1.1 Les inquiétudes partagées entre usagers et professionnels : la restriction de la liberté de choix et le remboursement différencié.*

Des inquiétudes sur les réseaux de soins existent, tant du point de vue des professionnels de santé que des usagers, dans la mesure où ils sont susceptibles de borner une liberté à laquelle le système de santé français est particulièrement attaché, la liberté de choix du professionnel par le patient<sup>38</sup>.

En application des dispositions de la loi Le Roux<sup>39</sup>, codifiées à l'article L. 863-8 du Code de la sécurité sociale, les conventions conclues entre les OCAM et les professionnels de santé *« ne peuvent comprendre aucune stipulation portant atteinte au droit fondamental de chaque patient au libre choix du professionnel, de l'établissement ou du service de santé et aux*

---

<sup>37</sup> Sur ce point les entretiens croisés de l'IGAS et d'Allianz sont éclairants : Entretien, Paris, IGAS, 10/05/2018, annexe n°1 et Entretien téléphonique, Allianz, 04/05/2018, annexe n°7.

<sup>38</sup> Terra Nova, *La santé en réseau Qualité des soins, entreprise à mission et contrats dérogatoires*, 14 mai 2018.

<sup>39</sup> 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

*principes d'égalité et de proximité dans l'accès aux soins* ». Néanmoins, le rapport de Frédéric Bizard<sup>40</sup> souligne que « *la liberté de choix de son professionnel de santé est bien, dans le principe même des réseaux, limitée à la liste des professionnels de santé référencés par la plateforme* ». Pour l'association UFC-Que choisir, cette restriction de la liberté de choix du professionnel n'existe que lorsque le remboursement différencié est trop important, « *oui à l'incitation, non à la sanction* »<sup>41</sup>. Le cas échéant, il y a une véritable atteinte aux droits des consommateurs de choisir leur professionnel de santé. Néanmoins, pour l'association « *aujourd'hui dans les contrats on ne voit pas ces écarts faramineux* ».

Par ailleurs, si pour le rapport de l'IGAS de juin 2017<sup>42</sup> il existe « *un écart de prix important entre le réseau et le hors-réseau, notamment en optique* », le cabinet ASTERES, dans son rapport<sup>43</sup>, commandé par l'Observatoire citoyen des restes à charge en santé, soutient que le conventionnement entre les OCAM et les professionnels de santé profite à tous dans la mesure où non seulement il permet de réguler les prix au sein des réseaux, mais également, par le jeu de la concurrence, auprès des professionnels hors réseaux. En effet, ces derniers ne peuvent pas s'éloigner des prix pratiqués au sein des réseaux sans prendre le risque de perdre une part importante de leur clientèle. Pour le cabinet, la croissance des réseaux conventionnés dans le secteur de l'optique à partir de 2010, coïncide avec la stabilisation du prix moyen des lunettes de vue. Cette analyse permet donc de s'interroger sur l'impact réel des réseaux sur la baisse des prix et sur leur potentiel effet sur les personnes non titulaires d'une complémentaire santé, qui font face à une inégalité d'accès aux soins, selon les travaux de l'IRDES de 2015<sup>44</sup>.

L'incidence de ces réseaux de soins sur les professionnels de santé et les usagers est encore aujourd'hui plutôt difficile à décrire, faute de données suffisantes. En adhérant aux réseaux

---

<sup>40</sup> Contre analyse du rapport ASTERES, *Le vrai visage des réseaux de soins*, Frédéric BIZARD.

<sup>41</sup> Entretien, Paris, UFC Que choisir, 03/05/2018, annexe n°14.

<sup>42</sup> Rapport IGAS n°2016-107R de juin 2017

<sup>43</sup> *Les réseaux de soins conventionnés, Pour une meilleure régulation des dépenses médicales*, Rapport ASTERES à l'initiative de l'OBSERVATOIRE CITOYEN DES RESTES A CHARGE EN SANTE, septembre 2016

<sup>44</sup> IRDES, *Quels impacts attendre de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise sur la non-couverture en France ? Une simulation à partir de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012*, Questions d'économie de la santé, numéro 209 mai 2015.

de soins, les professionnels de santé s'engagent contractuellement à respecter des tarifs plafonds pour une liste de produits ou de prestations données, en fournissant également des garanties de qualité ou de service. Les réseaux de soins ont donc un impact direct sur la qualité et les prix des équipements et soins fournis mais l'adhésion à ces réseaux est très différente selon les professions. Il est possible de constater que le taux de recours aux réseaux de soins est de l'ordre de 60% dans le secteur de l'optique (avec un encadrement des produits et des pratiques très avancé), de près de 50% dans le secteur des audioprothèses (avec un cahier des charges très souple et des contrôles quasiment inexistant) mais qu'il est en revanche très peu développé dans le secteur dentaire<sup>45</sup>.

*2.1.2 Les réseaux de soins ont des conséquences sur les prix et la qualité des produits et prestations fournis par les professionnels de santé, bien que ces conséquences peuvent être difficiles à apprécier.*

Concernant la question du reste à charge, selon l'IGAS, « *les secteurs investis par les réseaux de soins se caractérisent par des prix élevés et de faibles remboursements de la part de l'assurance maladie obligatoire* ». Cela conduit donc à un taux élevé de renoncements aux soins. Les professionnels ont pour la plupart parfaitement conscience que le reste à charge pour les particuliers bénéficiant de leurs soins reste particulièrement élevé, bien que celui-ci varie d'une profession à l'autre, pouvant représenter 56% du prix de l'équipement d'appareils auditifs, 25% de soins dentaires et 24% des équipements optiques<sup>46</sup>. Cependant, les professionnels comme les opticiens ont peu conscience du montant exact qui reste à la charge de l'usager, celui-ci variant en fonction des équipements fournis et des politiques de remboursement des organismes. Beaucoup de professionnels concèdent toutefois qu'il existe en France un vrai renoncement aux soins en raison du reste à charge, comme dans le domaine de l'optique ou des audioprothèses par exemple. En garantissant des prix avantageux et une lisibilité accrue de l'offre, les réseaux de soins seraient ainsi intéressants pour les professionnels de santé qui verraient leur clientèle augmenter. Cependant, pour beaucoup, qu'il s'agisse d'opticiens, d'audioprothésistes ou de dentistes, les réseaux de soins ne conduisent pas nécessairement à un plus grand afflux d'usagers et cela est d'autant plus problématique que les prix imposés par les différents

---

<sup>45</sup> Rapport IGAS n°2016-107R de juin 2017

<sup>46</sup> Les Echos – Comptes de la Sécurité Sociale

organismes complémentaires conduisent le plus souvent à une baisse de leurs marges mais aussi, selon eux, de la qualité des prestations fournies.

En effet, tous secteurs confondus, de nombreux professionnels estiment que la qualité de l'équipement et/ou du soin risque d'être détériorée par l'adhésion aux réseaux de soins. En raison de la restriction de choix de produits proposés, de la pression induite par les grilles tarifaires, de l'encadrement des pratiques, de l'établissement de cahiers des charges parfois très restrictifs (surtout dans le secteur de l'optique) et des contrôles, beaucoup de professionnels craignent que la logique « mercantile » l'emporte sur la qualité des prestations. Il s'agit notamment du point de vue défendu par certains opticiens indépendants et par les dentistes, qui ne voient pas non plus nécessairement un avantage financier à adhérer à un réseau de soins. Cependant, des milliers de professionnels de santé sont rassemblés dans des réseaux de soins et y voient de nombreux avantages, comme les franchises d'opticiens qui bénéficient d'un afflux supplémentaire de clients ou, tout du moins, d'une limitation de la perte de clientèle dans un contexte fortement concurrentiel.

### *2.1.3 Les réseaux de soins auraient tendance à modifier de façon substantielle les pratiques des professionnels.*

Outre l'impact des réseaux de soins sur la qualité et sur les prix des prestations, les professionnels de santé décrivent tous un effet sur leurs pratiques. Il semblerait que les réseaux de soins opèrent une forte restriction de la liberté de prescription des professionnels, en encadrant strictement le choix des produits et les pratiques. Cela conduit, selon eux, à une dégradation de leur autonomie et remet également en cause leur expertise de professionnels. C'est notamment ce que décrivent les opticiens, pour qui la profession se scinde aujourd'hui entre les franchises majoritairement adhérentes aux réseaux de soins et les opticiens indépendants. Les premières se limiteraient principalement à de la vente de lunettes, sans avoir toujours la possibilité d'apporter une plus-value technique sur la vente par manque de temps, tandis que les seconds auraient plutôt un rôle de vente, d'expertise et de suivi. Pour certains, les réseaux de soins risquent de détériorer leur image et leur professionnalisme auprès des consommateurs puisqu'on passerait d'une logique de soins et de suivi à une logique de vente pure.

De plus, nombreux sont ceux qui dénoncent une orientation des patients vers des professionnels de santé « sélectionnés » (par le biais notamment d'un remboursement différencié), ce qui va selon eux à l'encontre du libre choix du professionnel de santé,

d'autant plus que les critères de choix établis par les organismes complémentaires seraient relativement flous. Dans l'ensemble, le principal élément que dénoncent les professionnels est que les réseaux de soins instaurent une relation très déséquilibrée. En effet, ces derniers doivent s'assurer de respecter le cahier des charges établi dans la convention d'adhésion, tout en garantissant la qualité des produits et/ou des prestations et en gérant les demandes de prise en charge. En outre, les plateformes de santé ont des pouvoirs de sanction envers les professionnels de santé qui, en contrepartie, ont peu de recours contre les réseaux de soins. Néanmoins, le poids de ces réseaux se fait aujourd'hui ressentir sur tous les secteurs, notamment en raison d'un manque de contre-pouvoir des syndicats des différentes professions (exception faite des chirurgiens-dentistes). Il est possible de constater que la représentativité des professions joue également un rôle majeur dans l'adhésion ou non aux réseaux de soins et dans la défense des intérêts de la profession. Ainsi, la profession des chirurgiens-dentistes, étant particulièrement soudée et organisée dans sa défense, reste encore en position de force vis-à-vis des réseaux de soins, contrairement à celle des opticiens dont les syndicats sont beaucoup plus éparpillés.

#### *2.1.4 Pour les usagers l'impact des réseaux de soins varierait en fonction du secteur*

Selon le rapport ASTERES<sup>47</sup>, les réseaux de soins ont un effet bénéfique pour les assurés puisqu'ils occasionnent des « prix réduits et une qualité contrôlée ». Ladite étude indique qu'avec les réseaux développés par les OCAM, « *les décotes tarifaires peuvent atteindre jusqu'à 50% du prix moyen du marché* » et que les différents niveaux de contrôle effectués « *persuadent les professionnels de santé de respecter les référentiels de qualité* ». Néanmoins, comme le signale le rapport de l'IGAS de 2016, les réseaux de soins ont « *un poids important dans l'optique, croissant dans l'audition et marginal dans le secteur dentaire* ». Cette distinction entre filières est susceptible de porter atteinte à la qualité des soins selon l'association de consommateurs UFC-Que Choisir. Si l'association a pris position en faveur des réseaux de soins dans le secteur de l'optique, depuis 2013<sup>48</sup>, elle n'a pas la même position pour toutes les filières. Dans le secteur de l'optique, l'association considère que les marges brutes dégagées par les opticiens sont très élevées et expliquent « *le maintien*

---

<sup>47</sup> Les réseaux de soins conventionnés, Pour une meilleure régulation des dépenses médicales, Rapport ASTERES à l'initiative de l'OBSERVATOIRE CITOYEN DES RESTES A CHARGE EN SANTE, septembre 2016

<sup>48</sup> Département des études d'UFC-Que choisir, Distribution de l'optique, *Examen à la loupe d'un marché juteux*, avril 2013.

*de prix en optique plus importants en France qu'ailleurs en Europe* ». Pour l'association ces prix élevés se justifient principalement par un trop grand nombre de magasins. Aussi, dans ce secteur fortement concurrentiel, les réseaux ont un fort pouvoir de négociation, les opticiens étant prêts à diminuer leurs tarifs en contrepartie d'un flux de clientèle.

Par ailleurs, UFC-Que choisir considère que « *les réseaux sont un outil efficace pour faire la négociation des prix que les consommateurs ne peuvent pas faire eux-mêmes car négocier et comprendre le prix de ses lunettes est très compliqué notamment pour les verres. Le consommateur tout seul n'est pas en mesure de vraiment faire jouer la concurrence* ». En ce sens, l'Autorité de la concurrence<sup>49</sup> écrivait en 2009 que « *les gestionnaires de réseaux se comportent, dans le cadre de leurs relations avec les professionnels de santé, en grande partie comme des acheteurs de biens ou de service de santé. Ils agissent ainsi, dans une certaine mesure, comme des clients par subrogation des assurés* ». Dès lors, pour UFC-Que choisir, en matière d'optique, il y a « *une convergence d'intérêt entre organismes complémentaires, donc réseaux, et consommateurs* ». Cette convergence n'est cependant pas la même pour les deux autres principaux réseaux de soins, développés par les plateformes, le dentaire et l'audioprothèse.

Contrairement au secteur de l'optique, le secteur de l'audioprothèse souffre d'un défaut de concurrence en raison d'un manque de professionnel entretenu, jusqu'à récemment, par un *numerus clausus* trop restrictif, décidé par la profession elle-même. Par conséquent, il est beaucoup plus difficile de négocier avec les audioprothésistes car, contrairement aux opticiens, ils n'ont pas de problème de flux. L'association est donc plus réservée sur leur efficacité réelle. Cette analyse est confirmée par le rapport de l'IGAS de 2016 qui indique que « *dans le secteur des audioprothèses, la différence entre le réseau et le hors réseau est plus limitée* » (autours de 10%).

Enfin, dans le secteur du dentaire, selon l'association de consommateur, non seulement les écarts de prix sont très modestes mais en plus, ils peuvent avoir un impact sur la qualité, préjudiciable pour les usagers. Dans un premier temps, si le cabinet ASTERES considère que les niveaux de contrôle *a priori* et *a posteriori* au sein des réseaux permettent de préserver la qualité, l'association UFC-Que Choisir considère que, même si les OCAM effectuent des contrôles, ils ne sont pas suffisants. Pour l'association « *sur un implant dentaire ou une couronne c'est nettement plus compliqué et puis, en plus, il y a cette idée,*

---

<sup>49</sup> Autorité de la concurrence, 9 septembre 2009.

*pas fausse malheureusement, qu'un bon dentiste n'a pas besoin d'un réseau pour avoir des clients* ». Dans un second temps, en raison du fort pouvoir de négociation de la profession, il est très difficile, pour les réseaux, de faire diminuer le prix. Pour ces deux raisons l'association est plus mitigée sur le dentaire.

Tant pour les professionnels que pour les usagers, il n'existe donc pas de consensus sur les réseaux de soins.

## 2.2 L'impact croissant des réseaux de soins sur la qualité des soins, les prix et l'accès aux soins implique d'améliorer l'information sur ces réseaux, de développer les mesures assurant la qualité des soins et d'accroître la régulation.

Un membre de l'IGAS, co-auteur du rapport sur les réseaux de soins, soutient, à propos des réseaux de soins, qu'il s'agit "*d'un sujet très particulier, d'un aspect spécifique de la protection sociale (la complémentaire), d'une actualité nouvelle et peu documentée*<sup>50</sup>". Les réseaux de soins, malgré leur développement progressif, demeurent peu pris en compte par la puissance publique. A cet égard, un certain nombre de propositions peuvent être formulées, concernant les axes d'amélioration de la qualité des soins, la nécessité de produire et recueillir davantage de données objectives et l'intérêt d'une régulation étatique des réseaux de soins.

### *2.2.1 Améliorer la collecte des données et leur sécurité.*

Pour que la puissance publique, et les réseaux eux-mêmes, puissent envisager des pistes d'amélioration de soins, une meilleure connaissance des réseaux apparaît indispensable. L'information est subordonnée au recueil de données objectives, qui ne sont pas toujours accessibles, y compris pour un corps d'inspection comme l'IGAS. Un co-auteur du rapport soulève que « *les informations données ne sont que celles qu'on veut bien nous donner, puisque les personnes interrogées n'ont pas d'obligation de contribuer. Certaines informations n'ont pas été communiquées en raison de plusieurs facteurs : la complexité de l'organisation des réseaux ; le respect de la confidentialité et le contexte concurrentiel* ».

---

<sup>50</sup> Entretien, Paris, IGAS, 10/05/2018, annexe n°1

Les données collectées par les réseaux doivent également être protégées. Les réseaux de soins, à l'instar de toute organisation intervenant dans le domaine de la santé, collectent et traitent de nombreuses informations de nature financière, administrative et médicale. Toutefois, il est noté l'absence de contrôle de la puissance publique visant à s'assurer du respect de la loi Informatique et liberté, qui est applicable aux réseaux. Sur ce point, des mesures pourraient être mises en œuvre aux fins d'améliorer la sécurité des données à caractère personnel et médical collectées par les réseaux de soins.

**Objectif** : Améliorer la collecte des données et leur sécurité.

**Recommandation n°1** : produire une information objective, en missionnant des institutions publiques telles que la DREES.

**Recommandation n°2** : renforcer le cadre juridique et les contrôles visant à assurer la sécurité des données à caractère personnel et médical collectées par les réseaux de soins.

### *2.2.2 Renforcer le cadre juridique et les contrôles pour garantir la qualité et la sécurité des soins.*

Les secteurs de l'optique, du dentaire et des aides auditives sont marqués par une forte asymétrie d'information. Il leur est reproché un risque allégué de dégradation de la qualité. L'IGAS, dans son rapport, estime, à propos de l'optique que la « *qualité et les performances intrinsèques des verres* » sont des « *sujets que les réseaux ont peu investis* ». Le constat est le même concernant l'audition et le dentaire. Le contrôle de la qualité des produits et des pratiques est réalisé majoritairement par les réseaux de soins, qui sont dès lors à la fois juge et partie. Toutefois, le contrôle des réseaux porte principalement sur le respect des grilles tarifaires, plutôt que sur la qualité.

Pour éviter une dégradation de la qualité, et réduire l'asymétrie d'information, la création de référentiels de bonnes pratiques et d'indicateurs objectifs pour apprécier la qualité et la sécurité des soins par un tiers indépendant (telle que la Haute Autorité de santé par exemple) apparaît pertinente.

Les réseaux de soins exercent une régulation de l'offre de soins, à plusieurs titres : contrôle de qualité des produits et des pratiques, référencement et tarification des produits et des soins, par exemple.

Pourtant, les réseaux de soins se caractérisent globalement par une régulation faible. En effet, ils bénéficient d'un cadre juridique peu contraignant. Le cadre juridique qui régit les réseaux de soins est constitué essentiellement de la loi dite Le Roux<sup>51</sup>. Toutefois, tel que le relève l'IGAS dans son rapport sur les réseaux de soins<sup>52</sup>, seules quelques dispositions normatives restreignent le champ d'intervention des réseaux de soins. Les autres dispositions sont trop générales pour avoir une véritable portée juridique.

En outre, les secteurs de l'optique, des aides auditives et du dentaire sont marqués par la faiblesse des contrôles par la puissance publique. Concernant les réseaux de soins, l'engagement de l'assurance maladie et des autres administrations concernées dans le domaine de la santé est relativement limité, tant sur le plan financier que sur celui des contrôles.

Dans ce contexte, parce que les réseaux de soins ont une influence sur l'offre de soins, leur activité devrait être davantage encadrée et contrôlée. L'IGAS, mais également les associations de protection des consommateurs militent en ce sens<sup>53</sup>. Aux fins d'assurer la qualité et la sécurité des soins et l'égalité d'accès aux soins, le cadre juridique pourrait être davantage précisé, notamment concernant l'encadrement de l'activité des réseaux de soins, et son évaluation. Également, il serait profitable que les contrôles soient développés. Ceux-ci pourraient être menés par les Caisses primaires d'assurance maladie, au titre des conventions nationales conclues entre les CPAM et les représentations professionnelles<sup>54</sup>; ainsi que par les Agences régionales de santé, puisque les secteurs de l'optique et de l'audition relèvent du Code de santé publique.

**Objectif** : garantir la sécurité des soins tout en assurant le respect de la liberté contractuelle des OCAM et plateformes.

---

<sup>51</sup> Loi n°2014-57 du 27 janvier 2014 relative aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaires et les professionnels, établissements et services de santé.

<sup>52</sup> Rapport IGAS n° 2016-107 R de juin 2017

<sup>53</sup> Les associations de consommateurs ont " *demandes qui portent sur l'encadrement des réseaux*", Entretien, Paris, UFC Que choisir, 03/05/2018, annexe n°14.

<sup>54</sup> Convention nationale des opticiens conclue en 2003 entre les CNAM et les représentations professionnelles d'opticiens et Arrêté du 13 août 1992 fixant la convention type entre les organismes d'assurance maladie et les audioprothésistes.

**Recommandation n°3** : Définir des référentiels de bonnes pratiques et des indicateurs objectifs, en missionnant par exemple la Haute Autorité de santé et la Direction générale de l'offre de soins

**Recommandation n°4** : redéfinir et renforcer le rôle des autorités sanitaires concernant les contrôles portant sur la qualité. Renforcer les ressources d'inspection par l'attribution de nouveaux moyens (par exemple, par l'instauration d'un prélèvement sur les OCAM, à l'instar du financement du fonds CMU).

### 2.2.3 *Améliorer le cadre conventionnel applicable aux réseaux de soins.*

Dans l'optique de rétablir un équilibre de la relation contractuelle, une intervention publique accrue pourrait également être envisagée concernant les différents contrats élaborés dans le cadre des réseaux de soins, à savoir les contrats entre les réseaux de soins et les professionnels de santé d'une part, et les contrats conclus avec les usagers d'autre part. L'évaluation juridique des conventions conclues dans le cadre des réseaux de soins permettrait de s'assurer du respect des principes fondamentaux du système de santé, tels que la liberté de choix du patient et la liberté de choix du professionnel de santé.

Un certain nombre d'entretiens révèlent que la relation entre les réseaux et les professionnels de santé est déséquilibrée, au profit des réseaux, qui imposent de nombreuses obligations aux professionnels de santé. Également, en raison de la diversité de rédaction, les contrats conclus avec les usagers sont incomparables. Une standardisation de la forme du contrat, par voie réglementaire par exemple, pourrait être défendue, afin de mieux permettre la comparaison entre les différentes offres et ainsi, mieux faire jouer la concurrence que sous-entend les réseaux de soin.

**Objectif** : améliorer le cadre conventionnel des réseaux de soins

**Recommandation n°5** : évaluer la légalité des conventions conclues dans le cadre des réseaux de soins

**Recommandation n°6** : missionner un organisme public pour réfléchir sur l'élaboration d'un contrat standard concernant les prises en charge par les réseaux de soins, à l'instar du contrat responsable et solidaire qui existe déjà pour l'optique.

L'optique, audioprothèses et dentaire sont les trois secteurs les plus investis par les réseaux de soins. Les réseaux paramédicaux et les réseaux hospitaliers sont actuellement peu concernés par les réseaux de soins.

**Objectif** : commanditer une étude sur l'intérêt de développer les réseaux de soins à des secteurs autres que l'optique, l'audioprothèse et le dentaire

**Recommandation n°7** : réfléchir sur le bénéfice d'une extension des réseaux de soins dans le champ hospitalier, par exemple aux réseaux chirurgicaux, et le cas échéant, sur quelles bases (sur la base de conventionnements avec les établissements de santé ?

## **Conclusion**

Les réseaux de soins ont incontestablement modifié le paysage des organismes de complémentaire santé. L'objectif affiché de tels réseaux est une meilleure prise en charge du reste à charge pour les assurés dans des domaines à faible taux de remboursement par l'assurance maladie obligatoire, tout en assurant une qualité et une liberté de choix du professionnel aux usagers. En réalité, certains professionnels de la santé craignent, outre la perte de leur pouvoir de fixation des tarifs, une restriction de la liberté de choix et de prescription du fait des nomenclatures de remboursement définies dans le cadre des réseaux de soins. Si la possibilité de remboursement différencié selon que l'acte soit réalisé dans ou hors réseau de soins a été rejetée, des inquiétudes subsistent quant à l'encadrement du pouvoir de sanction des plateformes vis-à-vis des professionnels. Cela fait apparaître un manque de régulation des pouvoirs publics dans le champ des réseaux de soins, et plus généralement de l'AMC. En particulier, les missions et prérogatives des plateformes demeurent floues tant leurs pratiques sont hétérogènes à ce jour.

Par ailleurs, l'assuré ne doit pas pâtir de cette nouvelle forme d'organisation de l'assurance maladie en raison d'une dévolution des prises en charge à des acteurs privés, c'est à dire les OCAM et les plateformes. Sans régulation publique, l'assuré risque d'être le perdant des réseaux de soins, surtout dans le cas de contrats collectifs dont la négociation repose sur l'entreprise et non pas l'usager lui-même. En outre, il est nécessaire de développer des indicateurs qualité pour que le panier de soins des réseaux de soins ne puisse pas permettre une qualité au rabais pour accroître les marges.

Le projet du gouvernement du reste à charge zéro à mettre en place avant la fin du quinquennat d'Emmanuel Macron, est susceptible de faire évoluer l'état des lieux précédemment dressé. Le but est d'éviter le renoncement aux soins sur trois postes de dépenses des Français : le dentaire, l'optique et l'audioprothèse où le reste à charge est le plus élevé. Les patients financent 22% de leurs soins d'optique et 23% de leurs soins dentaires, contre 2,3% de soins hospitaliers, selon les comptes nationaux de la santé de 2016<sup>55</sup>. Le projet, actuellement en débat, avec les différentes professions porte sur la constitution d'un panier de soins à reste à charge zéro, maîtrisé et libre. Le projet du reste à charge zéro va-t-il mettre fin à la stratégie des réseaux de soins ? Les avis recueillis dans les

---

<sup>55</sup> DREES, *Les dépenses de santé en 2016*, résultats des comptes de la santé, édition 2017 (en ligne), [http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns\\_2017.pdf](http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns_2017.pdf) (page consultée le 18/05/2018).

différents entretiens sont mitigés. On peut en ressortir un rôle des réseaux de soins dans le panier de soins à reste à charge maîtrisé et libre puisqu'il sera encore possible de jouer sur les prix, la qualité et la diversité de choix. En effet, le panier de soins à reste à charge zéro sera limité et ne conviendra pas à tous les usagers. Le reste à charge zéro va modifier le rôle des réseaux de soins mais ceux-ci ne vont pas disparaître car ils ont une volonté de se développer vers d'autres professionnels de santé pour répondre à leur demande d'une meilleure solvabilisation des dépassements d'honoraires notamment. Ce quatrième reste à charge est oublié par le gouvernement alors qu'ils coûtent 2,8 milliards aux patients selon l'Observatoire citoyen des restes à charges en santé en 2014<sup>56</sup>. Il reste ainsi encore un moyen d'action des réseaux de soins si la loi Le Roux évolue puisqu'aujourd'hui, le conventionnement n'est possible que pour les soins où l'assurance maladie complémentaire est financeur majoritaire. Or ce n'est pas le cas pour la médecine.

Les réseaux de soins ont un avenir incertain car leur cadre d'actions est « *de moins en moins libre, dans un mode de fonctionnement quasi public* »<sup>57</sup> selon l'UNOCAM. En effet, l'assurance maladie obligatoire n'a pas réussi à réduire les restes à charges car la pression des syndicats de professionnels de santé est importante lors des négociations conventionnelles et les finances publiques restreintes. Les pouvoirs publics ont donc eu recours aux complémentaires santé pour réussir là où la sécurité sociale a échoué. Les contrats responsables à partir de 2004 en sont un exemple comme le projet du reste à charge zéro.

La question fondamentale n'est donc pas réellement l'avenir des réseaux de soins puisqu'ils sont indispensables dans l'aboutissement de l'objectif d'abaissement du reste à charge mais plutôt le lien entre la sécurité sociale et l'AMC. Si les réseaux de soins dans le cadre de l'AMC remboursent des prestations standards, quel est le rôle de la sécurité sociale ? Autrement dit, n'était-ce pas son rôle d'offrir une assurance maladie de base définie par un panier soins de base ? Il est légitime de se demander si cela ne traduit pas un désengagement de la sécurité sociale en laissant aux OCAM le pouvoir de négocier un panier de soins standard et des normes de qualité minimale. Plus encore, ce constat n'est pas sans lien avec la proposition de Didier Tabuteau de créer une assurance maladie universelle réunissant l'AMO et l'AMC. Ce projet est une révolution pour le système de santé mais est-il réalisable ?

---

<sup>56</sup> OBSERVATOIRE CITOYEN DES RESTES A CHARGE, *Les dépassements d'honoraires toujours à la hausse*, 2015.

<sup>57</sup> Entretien, Paris, UNOCAM, secrétaire général administratif, 09/05/2018, annexe n°2.

---

## **Bibliographie**

---

### **Textes législatifs et réglementaires**

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

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

### **Rapports**

Autorité de la concurrence « Avis n°09-A-46 relatif aux effets sur la concurrence du développement de réseaux de soins agréés », 9 septembre 2009

BIZARD Frédéric, « Le vrai visage des réseaux de soins – Contre analyse du rapport ASTERES », 2016

Cour des comptes, « La sécurité sociale : rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale », 2013

DREES, « Les inégalités sociales de santé », 2016

DREES, « La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé » - Rapport 2016 », 2017

DREES, « Les dépenses de santé en 2016, résultats des comptes de la santé », édition 2017

Fédération française de l'assurance (FFA), « Tableau de bord de l'assurance 2016 », 2017

IGAS (DURAND Nicolas et EMMANUELLI Julien), « Les réseaux de soins », 2017

Observatoire citoyen des restes à charges, « Les réseaux de soins : des prix maîtrisés et une qualité contrôlée », 2016

Observatoire citoyen des restes à charges « Les dépassements d'honoraires des médecins toujours à la hausse », 2015

TERRA NOVA, « La santé en réseau : qualité des soins, entreprise à mission et contrats dérogatoires », 2018

UFC-Que Choisir, « DISTRIBUTION DE L'OPTIQUE, Examen à la loupe d'un marché juteux », 2013

## **Ouvrages**

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

NABETH Marc, *Quelle sera la protection sociale des français en 2025 ? Nouveaux enjeux, nouveaux défis*, 2016, L'Harmattan

PACHE G. et PARAPONARIS C., *L'entreprise en réseau*, PUF, 1993.

TIROLE Jean, *Economie du bien commun*, 2016, PUF

## **Articles**

BEAUDET Thierry, MIE Pierre et SPITZ Bernard, « Santé, retraites, dépendance : l'impératif de solidarité », *Les Echos*, 7 mai 2018

BENOIT Cyril et CORON Gaël, Les « mises en marché » du risque santé en France : une pluralité de logiques et de séquences de changement, 2018, à paraître

BENAMOZIG Daniel, « Du grand soir au clair-obscur. Expertise économique et privatisation bureaucratique de l'assurance maladie », ARSS2012/3 (n°193)

DORMONT Brigittet et TIROLE Jean, « Refonder l'assurance-maladie », Note du Conseil d'Analyse Economique n°12, 2013

FERRON Aurélien, « Diminuez vos frais de santé avec les réseaux de soins », *Le Particulier*, mars 2014, n°1095

GINON Anne-Sophie, Réseaux de soins et identité mutualiste à la lumière de la loi n° 2014-57 du 27 janvier 2014, RDSS 2015, p. 312

IRDES, « Quels impacts attendre de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise sur la non-couverture en France ? Une simulation à partir de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012 », *Questions d'économie de la santé*, mai 2015, n°209

MONTAUT Alexis, « Organismes complémentaires : les sociétés d'assurance dominent la couverture des risques sociaux, sauf en santé », *Etudes et résultats DREES*, juillet 2017, n°1016

SOUAL Hélène, « Les dépenses en santé depuis 1950 », *Etudes et résultats DREES*, juillet 2017, n°1017

VIEL Laure, « Santé : Malakoff Médéric et le groupe Vyv rapprochent leurs réseaux de soins », *L'Argus de l'assurance*, 15 mars 2018

## Liste des annexes

N°	PERSONNE RENCONTRÉE (prénom et nom)	ORGANISME ET FONCTION	DATE	VILLE	ENTRETIEN RÉALISÉ PAR
	<i>Institutions publiques</i>				
1	Julien Emmanuelli	IGAS	10/05/2018	Paris	Diana Ferchiche
	<i>Acteurs de l'AMC</i>				
2	E. B	UNOCAM	09/05/2018	Paris	Lise Perrier
3	A. L	FNMF	15/05/2018	Téléphone	Lise Perrier
4	Marick Fèvre	MBA Mutuelle	3/05/2018	Rennes	Céline Gaquière
5		Humanis	07/05/2018	Téléphone	Chloé Brière
6	Valérie BERGER	GMF	09/05/2018	Chalons sur Saône (71)	Virginie GAREL
7	S.C.	Allianz	04/05/2018	Téléphone	Serge Morard
	<i>Plateformes et assimilées</i>				
8	M.B.	Santéclair	11/05/2018	Téléphone	Serge Morard
9		Kalivia	14/05/2018	Téléphone	Céline Gaquière
10	M.H	Génération	09/05/2011	Téléphone	Serge Morard
	<i>Professionnels de santé</i>				
11	Thibault PICAND	Opticien	14/05/2018	Strasbourg	Eléonore DOLLE
12	Mathilde Cassin	Audioprothésiste	03/05/2018	Téléphone	Mathilde POYET
13	Marie Hélène PASCUAL	IDE	16/5/2018	Granges (71)	Virginie GAREL
	<i>Autres entretiens</i>				
14		UFC Que choisir	03/05/2018	Paris	Elise LUMBROSO
15	Frédéric Bizard	Economiste de la santé	09/10/2018	Téléphone	Jean-François Jollivet
16		Cabinet ASTERES	11/05/2018	Téléphone	Elise LUMBROSO

NOTA : la rencontre avec l'Ordre national des chirurgiens-dentistes n'a pu être conduite en raison des délais contrains du MIP ; néanmoins, des échanges ont eu lieu par téléphone et voie électronique, même s'ils ne sauraient être retranscrits sous la forme d'un entretien formalisé.

## **Annexe n°1 : Entretien IGAS**

### **MIP : Qui a demandé le rapport ?**

IGAS : Une lettre de mission a été adressée par l'ancienne ministre de la santé Marisol Touraine, pour évaluer la loi Le Roux, loi qui donnait un socle à la pratique des réseaux et à la contractualisation des réseaux de soins. En effet, l'article 3 de cette loi prévoit une évaluation du dispositif, qui n'avait pas été faite, d'où la lettre de mission.

### **MIP : Dans quel but affiché, pour quelle horizon politique à court et à moyen terme - est-ce que l'idée c'était de prévoir d'emblée une régulation des réseaux, est-ce qu'au contraire il s'agissait surtout de produire une information, est-ce que l'objectif c'était d'inscrire dans le débat un objet que personne ne comprenait/n'attendait ?**

IGAS : On a des réseaux qui se mettent en place depuis les années 90, dans un certain nombre de domaines (optique, prothèse, dentaire). La loi Le Roux vient encadrer l'activité de contractualisation des OCAM.

Le but du rapport de l'IGAS était de faire l'état des lieux, le bilan des réseaux de soins conformément à la loi Leroux. Il ne s'agit pas proprement dit d'une évaluation car celle-ci n'est possible que s'il existe des éléments pour mesurer les effets, ce qui n'est pas le cas ici. Ce rapport constitue donc plutôt un bilan de la loi Le Roux : il s'agissait d'apprécier le niveau de mise en œuvre de la loi Le Roux, autrement dit son effectivité et les effets constatés.

L'objectif politique : s'il y en avait un, il n'a pas été donné. Selon la lettre de mission (qui est dans le rapport, page 75), la commande était d'évaluer le dispositif des réseaux de soins. Un focus a été plus particulièrement demandé sur l'optique car à ce moment-là, était mis en place l'observatoire du prix et de la prise en charge en optique.

Le fait de dresser un état des lieux était une approche très limitante, car freinée par l'absence de données à l'échelle nationale. En outre, les données sont à aller chercher auprès des plateformes qui travaillent pour des clients, qui sont les OCAM.

A certains égards, il a été difficile d'obtenir certaines données car l'IGAS évalue une politique publique, mais qui fait intervenir des acteurs privés, donc ça relève de leur contribution.

Les acteurs privés ont plutôt joué le jeu mais ont refusé l'accès à des données qui pouvaient porter atteinte au secret professionnel, d'autant plus qu'il s'agit d'un univers concurrentiel. Finalement, ils n'ont donné que ce qu'ils ont voulu donner.

Une des difficultés est que les OCAM et les plateformes ne relèvent pas du domaine de la santé stricto sensu. Il faut travailler avec des commerciaux, qui protègent des intérêts commerciaux (concurrence, confidentialité). La logique est donc différente du secteur public.

### **MIP : Pensez-vous que l'on tend vers une harmonisation des pratiques ?**

IGAS : Les pratiques des plateformes dans leurs relations avec les OCAM sont différentes. L'un des buts des plateformes est de faire bénéficier aux assurés des réductions sur le coût des équipements (pour ce faire, on peut jouer sur les prix, sur les niveaux de remboursement). Les acteurs ont des points communs, mais ils se distinguent dans leur manière de faire. Certains ne jouent que sur les prix, d'autres que sur les niveaux de remboursement. C'est en raison de cela qu'il est difficile d'évaluer l'effet sur la baisse des prix, car interviennent beaucoup de paramètres sur lesquels l'IGAS n'avait pas de maîtrise.

Pour homogénéiser les pratiques : il faut des référentiels, il faut encadrer les pratiques. Ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Les plateformes sont en concurrence, donc elles ont des stratégies différentes.

En outre, il faut distinguer les OCAM et les plateformes qui travaillent pour le cadre des OCAM (elles gèrent les données, les contrats). Les OCAM peuvent avoir des relations différentes avec les plateformes, selon qu'ils soient clients, clients actionnaires ...

**MIP : Comment les auteurs du rapport ont été désignés, sur quelle base ?**

IGAS : Ils ont été désignés conformément à la procédure de répartition des missions de l'IGAS. Il s'agissait de trouver une équipe complémentaire (dans ce rapport, la présence d'un médecin était justifiée à deux titres : concernant d'une part l'information sensible, et d'autre part la thématique de sécurité et qualité des soins qui est abordée dans le rapport), mais également des personnes appétant sur le sujet, et disponibles.

La mission a duré plus de 6 mois. La mission était épouvantablement complexe. En effet, il s'agit d'un sujet très particulier, d'un aspect spécifique de la protection sociale (la complémentaire), d'une actualité nouvelle et peu documentée. Il faut comprendre les enjeux et contextes, et chercher un maximum de données. Or, il y a peu de données produites. Les auteurs ont formulé un nombre faible de recommandation, mais parmi l'une d'entre elles figure la nécessaire production de données pour y voir plus clair.

Les auteurs n'avaient eu aucune instruction spécifique sur le contenu du rapport de la part du commanditaire, si ce n'est de dresser un état des lieux.

**MIP : Quels impacts du rapport ? Est-ce qu'il a fait avancer des dossiers si c'était l'objectif, etc. ?**

IGAS : Ce rapport constitue la synthèse la plus aboutie sur le sujet des réseaux de soins. Il a été sollicité par l'ancienne ministre de la santé mais servira sans doute au nouveau gouvernement, dans le cadre de son projet de reste à charge 0. Le gouvernement peut obtenir d'autres informations dans le cadre des négociations, mais cela ne relèvera plus de l'IGAS. Le rapport a eu plusieurs niveaux d'impact.

Concernant le premier niveau, il s'agit de l'information. Le présent rapport a été largement diffusé et accessible au public. L'impact d'un rapport est mesuré par la manière dont il est accueilli par la presse généraliste et spécialisée, et le grand public. Concernant le rapport sur les réseaux de soins, il a fait l'objet de pas mal d'articles et il a été beaucoup téléchargé. C'était donc un rapport très attendu. Il a été consulté.

Concernant les suites données au rapport : il a été présenté, et restitué aux administrations concernées (au cabinet notamment), et également présenté au sein du comité pour l'avenir de l'assurance maladie.

Le 2<sup>ème</sup> niveau d'impact d'un rapport correspond à la manière dont les politiques s'en saisissent. Le politique a le rapport mais aussi d'autres moyens (ses experts). Ici, l'auteur n'a aucune idée de comment le rapport a été utilisé, suivi.

Aucun complément d'information n'a été demandé ici et les auteurs n'ont eu aucun retour. Pas de suite opérationnelle n'a été demandée suite au rapport (pas de demande de plan d'action).

**MIP : Quelles sont les difficultés que les auteurs ont rencontrées dans leur enquête ?**

IGAS : Les informations données ne sont que celles qu'on veut bien nous donner, puisque les personnes interrogées n'ont pas d'obligation de contribuer.

Certaines informations n'ont pas été communiquées en raison de plusieurs facteurs :

- La complexité de l'organisation des réseaux

- Le respect de la confidentialité
- Le contexte concurrentiel

Ici, il ne s'agissait pas d'une inspection de contrôle. Les auteurs ont obtenu l'aide des fédérations pour obtenir des données, pour élaborer le questionnaire.

**MIP : Des éléments nouveaux depuis le rapport, qui n'ont pas été abordés dans le rapport ?**

IGAS : Non. Toute l'information disponible a été utilisée jusqu'au bout. Tous les acteurs ont été sollicités.

Les auteurs ont donné des pistes pour pouvoir améliorer l'information, avoir plus de données.

Pour le politique, le rapport est une base. Mais ce n'est pas la seule source, il existe à côté des documents internes, des documents grises. L'IGAS essaie d'objectiver, c'est-à-dire affirmer des choses à partir de données concrètes.

**MIP : Quel est votre positionnement sur les annonces du gouvernement (RAC 0) : réalisable, notamment techniquement ?**

IGAS : Comme l'indique le rapport, nous ne disposons pas de certains éléments pour mesurer l'impact sur les prix. Il est donc difficile d'indiquer quel est l'impact des réseaux de soins, leur rôle pour arriver au reste à charge zéro. Il faut lire le rapport plus précisément sur le reste à charge et les constats.

**MIP : Des éléments à rajouter ?**

IGAS : Il faut un dispositif de suivi et d'évaluation pérenne. L'AMC n'est pas dans le viseur des politiques publiques. Pour aller plus loin, il faut prévoir un dispositif pour apprécier plus précisément les choses.

Il faut des rapports neutres sur ce type de sujet, car concernant les réseaux de soins, on distingue des prises de position différentes entre les différents acteurs, en raison de vision idéologique. Quand un sujet donne des visions très différentes, pour nourrir le débat et informer, il faut faire des bilans, il faut objectiver les arguments avancés par chacun. Concernant les réseaux de soins, il est donc nécessaire d'avoir des données neutres pour éclairer les sujets, données émanant de la puissance publique.

La question des réseaux de soins est une question porteuse de forts enjeux mais peu connue.

## Annexe n°2 : Entretien avec l'UNOCAM

### **MIP : Pouvez-vous nous présenter l'UNOCAM ?**

UNOCAM : L'UNOCAM est une association créée par la loi de 2004 relative à l'assurance maladie, la réforme Douste Blazy, c'est une association regroupant les fédérations représentant tous les opérateurs d'assurance maladie complémentaire : mutuelle, assurance, institution de prévoyance, le régime d'Alsace Moselle.

Tous ces opérateurs ont des gouvernances, une implication dans la santé, des modèles économiques et sont régis par des codes différents. Ils sont d'ailleurs concurrents. Le but du législateur était de faire en sorte que ce monde très hétérogène commence à se parler voire à harmoniser des prises de position pour être associé à l'élaboration des politiques publiques en matière de santé et surtout d'assurance maladie.

La loi a prévu à l'époque des modes d'association des complémentaires à la conduite de ces politiques, des avis sur des projets de loi et de décrets notamment sur la loi de financement de sécurité sociale, une invitation à participer aux négociations conventionnelles tripartites menées par l'UNCAM quand nous le souhaitons avec un droit de veto suspensif de 6 mois quand nous ne sommes pas d'accord et que nous sommes les premiers financeurs. C'est le cas pour les chirurgiens-dentistes, l'optique et l'audioprothèse. Sont également prévues la participation à la fixation des prix des médicaments et dispositifs médicaux par le comité économique des produits de santé, l'association à la régulation des accès aux bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire pour faire des études médico-économiques ou de santé publique via l'IDS qui s'appelle maintenant l'INDES, et une représentation dans les politiques de gestion du risque conduite par les ARS et d'autres fonctions résiduelles. Nous ne sommes pas un ensemble où les fédérations qui nous constituent seraient des sous-ensembles. Nous sommes une intersection entre ces fédérations et nous existons dans le cadre prédéfini par la loi. Lorsqu'il s'agit de faire changer la loi, ce sont plutôt les fédérations, elles-mêmes, qui font du lobbying.

### **MIP : Comment vous vous situez vis-à-vis des réseaux de soins ?**

UNOCAM : L'UNOCAM existe dans la relation avec les PS sur un champ très particulier, celui des négociations conventionnelles tripartites menées avec l'UNCAM et les syndicats des professionnels représentés.

L'action des réseaux relève d'un tout autre dispositif : les organisations contractuelles que certains organismes ou ensemble décident d'avoir avec des professionnels de santé, pour les professions pour lesquels c'est possible, en passant ou pas par des plateformes. On est a priori sur deux mondes différents sauf que souvent on a à faire aux mêmes problématiques et aux mêmes interlocuteurs avec des outils différents qu'il faut articuler. C'est le cas avec la négociation de la convention nationale avec les chirurgiens-dentistes.

Par ailleurs, on est aussi concerné par ce sujet quand nous sommes saisis par la Cour des comptes pour faire des rapports et les fédérations sont également convoquées. Les fédérations et l'UNOCAM apportent alors des réponses.

3<sup>ème</sup> élément, il y a un lien avec la question sur les négociations en cours sur le reste à charge zéro. L'UNOCAM est impliquée en première ligne dans la négociation avec les chirurgiens-dentistes. En seconde ligne, car c'est plutôt les fédérations qui sont l'interlocuteur de la DSS pour les concertations sur l'optique et les audioprothèses. L'UNOCAM intervient dans le cadre fixé par la loi et/ou quand les fédérations sont d'accord pour que l'UNOCAM intervienne.

En ce qui concerne les réseaux de soins, le discours de l'ensemble de l'AMC y compris UNOCAM est favorable. Nous sommes favorables au développement d'outils qui permettent aux organismes complémentaires d'assurance maladie d'être des acteurs dans la gestion du risque c'est-à-dire le fait de permettre aux patients d'accéder à des soins de qualité à un moindre coût. Le moindre coût peut être obtenu de deux façons dans le cadre des réseaux de soins. D'abord, en négociant les prix à la baisse et parfois en jouant sur le niveau des remboursements à la hausse, en les « bonifiant ». Quand une profession de santé a-t-elle intérêt à faire diminuer ces prix ? Quand la baisse du prix unitaire se traduit par une hausse des volumes de patients qui s'adressent au professionnel de santé ainsi sélectionné. Ce qu'on perd sur le prix unitaire, on peut le récupérer sur la hausse de la demande. C'est l'équilibre économique d'un professionnel de santé qui décide librement de participer à un réseau de soins.

Il y a des réseaux ouverts c'est-à-dire que tous les professionnels rentrent dans le réseau s'ils le souhaitent et s'ils répondent aux critères. Un réseau fermé ne retient que les X premiers qui répondent aux critères. Le réseau fermé est intéressant quand on est dans le cadre d'une profession de santé à forte démographie ce qui est plutôt rare sauf pour l'optique. Pour faire une comparaison, le réseau ouvert peut être comparé à un examen, le réseau fermé à un concours. Les complémentaires ont développé un certain nombre de réseaux en optique, la Cour des comptes et l'autorité de la concurrence ont considéré que cela avait un rôle pro concurrentiel alors que les réseaux dentaires sont moins poussés à ce stade.

**MIP : Avez -vous une idée du nombre des OCAM réalisant des réseaux de soins ?**

UNOCAM : C'est très difficile à quantifier, le rapport de l'IGAS a reconnu qu'il serait intéressant de mieux l'évaluer. On assiste à une concentration des organismes de complémentaire et généralement les organismes de grande taille ont développé ce service. Il serait donc intéressant de quantifier le nombre de personnes adhérant à un organisme proposant ce service et qui ont effectivement recours à ces réseaux de soins.

**MIP : quel est l'intérêt pour les usagers à adhérer à ce réseau de soins ?**

UNOCAM : L'utilisateur n'adhère pas : il décide de bénéficier ou pas d'un service proposé par sa complémentaire. Dans l'ensemble des services dont il dispose, il y a le recours possible à un réseau de soins. S'il a besoin d'une nouvelle paire de lunettes, il va sur le site internet de l'organisme et peut voir à quelle distance, il bénéficie d'un opticien conventionné bénéficiant d'un meilleur rapport qualité/prix voire d'une bonification de remboursement.

**MIP : L'UNOCAM permet-elle l'harmonisation entre les OCAM ?**

UNOCAM : Non, cela a été longtemps demandé par un syndicat de chirurgiens-dentistes qui a voulu que l'UNOCAM soit le lieu de régulation des réseaux de soins. Notre positionnement n'est pas d'être une autorité tutélaire sur les fédérations, on n'est pas fondé à faire cela. Si on avait ce genre de prétentions, sans doute serions-nous susceptibles d'avoir des difficultés vis-à-vis du droit de la concurrence. Notre engagement est de transmettre les difficultés qui nous sont remontées aux fédérations.

**MIP : Comment peut-on contrôler que le professionnel de santé respecte la qualité ?**

UNOCAM : Les réseaux de soins cherchent à promouvoir la qualité. Cela n'a pas été contesté par le rapport de l'IGAS, par l'Autorité de la concurrence ou la Cour des comptes. Du point de vue des syndicats qui mettent parfois en cause cela, c'est un positionnement délicat qui met en cause les pratiques de professionnels de santé, ceux qui ont fait le choix

de contractualiser avec les organismes et plateformes. Ce positionnement est évidemment délicat au plan de la déontologie.

### **MIP : Est-ce que les réseaux de soins restreignent la liberté des usagers ?**

UNOCAM : Les adhérents (mutuelles) et assurés (assurance et prévoyance) sont libres d'aller voir, ou pas, les professionnels conventionnés avec des réseaux de soins. Ils auront alors des tarifs moindres voire un meilleur remboursement. Chacun fait son choix.

Ces questions ont beaucoup intéressé certains syndicats des professionnels de santé. Ce genre de critiques a été moins entendu du côté de l'optique ; la qualité des référencement est un argument marketing chez les opticiens comme le tiers-payant complémentaire. Du point de vue des audioprothésistes, il y a eu aussi quelques expressions de mécontentement. Dans la plupart des cas, les conventionnements sont réalisés directement auprès des professionnels de santé sans passer par les syndicats.

L'AMO est obligée de conventionner, elle n'a pas le choix de ses partenaires ni des sujets sur lesquels elle conventionne. L'AMC n'est pas dans cette situation, elle doit respecter la loi et notamment le droit de la concurrence mais elle peut choisir avec qui elle conventionne. Pourquoi intégrer un biais dans la négociation avec l'introduction d'un partenaire syndical ? C'est donc deux approches différentes. Les syndicats de professionnels de santé craignent dès lors de voir leur rôle contesté. Certains ont résisté.

La loi Le Roux est l'illustration du résultat de leur lobbying. Certes, elle a permis de modifier le 1<sup>er</sup> article du code de la mutualité. Certains organismes mutualistes comme la MGEN avait pris l'habitude de bonifier le remboursement pour leurs adhérents lorsqu'ils allaient chez des praticiens conventionnés. Il y a eu des recours en disant que cette pratique était contraire à l'article 1<sup>er</sup> de la mutualité prévoyant que tous les adhérents d'une garantie donnée ont le droit aux mêmes remboursements. Toutefois, la contrepartie est que les syndicats médicaux ont obtenu qu'ils ne puissent pas avoir des réseaux de soins avec des médecins sur les tarifs pratiqués par ceux-ci.

### **MIP : Quelles sont les perspectives des réseaux de soins ?**

UNOCAM : La perspective qui est un point important d'accroche de votre travail. On était dans un monde où, avec la notion de contrats responsables, les garanties des AMC tendaient à se standardiser, la voie de différenciation étaient les services dont les conventionnements, ce qu'on appelle les réseaux de soins. Il y a eu des résistances de la part des médecins, des secteurs fonctionnaient bien et d'autres étaient en déclin. Dans un contexte général où la capacité de financement de l'AMO étant limitée, la place résiduelle de l'AMC pouvait augmenter. L'activité des réseaux de soins gestionnaire du risque porteur d'innovation allait s'accroître. C'est le contexte.

Aujourd'hui, ce qui change la donne, c'est la promesse présidentielle d'introduire un reste à charge zéro avant la fin du quinquennat. Si on fixe des tarifs plafonds là où il y avait des tarifs libres et qu'on oblige les organismes complémentaires à rembourser jusqu'au niveau du plafond pour un certain nombre d'actes ou de produits de santé, on standardise les postes de remboursement qui étaient des éléments de différenciation. Or ce sont des postes où les réseaux de soins existent. Que restera-t-il comme poste de dépenses sur lesquels travailler pour les réseaux de soins après l'entrée en vigueur de cette réforme ? Quand on regarde le panier de soins dentaires en cours de négociation, il y aura trois paniers de soins : un panier de soins à reste à charge zéro, un panier de soins à reste à charge maîtrisé avec un plafond et un panier résiduel libre. Pour le panier de soins à reste à charge maîtrisé, on peut imaginer une activité des réseaux comme faire baisser les prix. Pour le panier de soins libre, il y a des choses à faire. Sur l'audioprothèse, à ce stade, il y aurait un panier de soins à reste

à charge zéro et un maîtrisé. Est-ce que le niveau des plafonds sur le panier de soins à reste à charge maîtrisé sera élevé ou bas ? S'il est élevé, il y aura moyen d'exister pour les réseaux de soins. Pour l'optique, il y a aura un panier de soins à reste à charge libre et un à reste à charge zéro, il restera donc une possibilité d'action.

Les réformes en cours vont changer l'équilibre de la répartition entre AMC et AMO. La part de l'AMC dans le financement de la CSBM va augmenter dans un cadre de moins en moins libre, dans un mode de fonctionnement quasi public. Par ailleurs il y aura des fortes tensions sur les hausses des cotisations des complémentaires et donc des difficultés de relation à prévoir entre les pouvoirs publics et le monde de l'assurance complémentaire sur la pertinence de la hausse des cotisations au vu de l'augmentation des dépenses consécutives à la mise en œuvre du reste à charge zéro. Troisième élément, la question se posera de savoir si la part résiduelle d'activité des réseaux de soins sur les trois postes de dépenses est suffisante pour continuer l'activité ou non. Pour les trois dossiers, il y a des éléments de contrôle et de qualité à discuter, il y aura l'évolution du devis dentaire, la démarche qualité en optique et sur les audioprothèses. Fondamentalement, la volonté de réduire le reste à charge sur ces trois postes est une bonne chose. Faire les 3 en quelques années est ambitieux et coûteux pour les professionnels de santé et les organismes complémentaires d'assurance maladie (donc pour les entreprises et les ménages), il pourrait y avoir des effets de bord inconfortables pour tout le monde, il faudra voir cela. Du coup, cela se traduit sur des incertitudes sur le rôle de l'assurance maladie complémentaire.

Ce qui est frappant à ce stade, on a des discussions sur trois restes à charge zéro et on oublie un 4<sup>ème</sup> reste à charge, celui des dépassements d'honoraires. C'est un sujet sur lequel les complémentaires ne peuvent négocier directement avec les professionnels de santé en lien avec la Loi Le Roux. Dans les négociations conventionnelles, on voit parfois émaner des syndicats la volonté de trouver des financements supplémentaires de l'assurance maladie complémentaire dans des cadres innovants ; or la loi Le Roux ne le permet pas. Il est possible qu'au vu de la crise des finances publiques, notamment sociales, il y ait demain des volontés de la part de certains acteurs de revenir sur le modèle de l'AMC pour faire évoluer le cadre. Mais on est dans la politique fiction.

La question qui se pose aujourd'hui : le président devrait faire des annonces sur le reste à charge zéro, les restes à charge à zéro vont-ils tuer les réseaux de soins ?

Il y a aussi des réseaux de soins dans le milieu hospitalier en termes de trois critères : qualité, maillage territorial et financier. On le retrouve dans la négociation sur les chambres particulières.

Le reste à charge zéro paraît réduire, en tout cas il rend plus compliquée l'activité des réseaux de soins, mais il ne la supprime pas. Peut-être dans les objectifs implicites de la DSS, il y a une volonté de reprendre la main sur la régulation de ces postes de dépenses. En tout cas, cela va changer la donne. Il y a des postes entiers de dépenses dentaires qui vont rester en dehors du panier de soins à reste à charge zéro ou maîtrisé, comme l'orthodontie. C'est très difficile pour les réseaux de soins de se développer dans l'orthodontie mais il y a une pression des usagers.

### **MIP : Est-il possible d'imaginer que les réseaux de soins puissent s'étendre aux médecins généralistes ?**

UNOCAM : Juridiquement ce n'est pas possible. La question sous-jacente, est-ce qu'on va avoir des assureurs, des HMO, assureurs dès le premier euro qui soient également offreurs de soins ? Le cadre juridique ne le permet pas, la distinction stricte entre financeurs et offreurs de soins est dans l'esprit de chacun.

Votre question a néanmoins une actualité dans le calendrier actuel. Il y a des négociations sur la télémédecine. La loi de financement de la sécurité sociale a prévu le cadre dans lesquels deux actes de télémédecine pouvaient être rémunérés par l'assurance maladie obligatoire : la téléconsultation et la télé-expertise. Une des questions qui se pose : est-ce que le cadre actuel remet en cause des innovations mises en place par les organismes complémentaires ? Alors quand on regarde le texte de loi, ce qui est défini par la loi et la convention, ce sont les conditions par lesquelles les actes de télémédecine peuvent être remboursés par l'AMO, ce qui signifie que des actes de télémédecine peuvent ne pas être remboursés. Cela donne aux AMC la possibilité d'offrir des services médicaux à leurs adhérents mais à ce stade il ne s'agit pas de la même chose que les réseaux de soins. On est plus sur la forme de... centres de santé dématérialisés. Ce ne sont pas des PS libéraux qui travaillent dans le cadre de ces services innovants ; ce sont des salariés, souvent à la vacation.

Il est très difficile de voir comment le système va évoluer. La télémédecine conventionnelle envisagée est très verrouillée, respect du parcours de soins coordonné, alternance de consultations physiques et télémédecine, cela ne s'adressera peut-être pas tout de suite à un public très large. Les mécanismes développés par quelques organismes complémentaires sont beaucoup plus souples. L'ordre des médecins s'est déjà intéressé à certaines questions que pouvait soulever un dispositif plus souple. Par ailleurs, si le modèle très souple tendait à se développer, la question du modèle économique de l'assurance maladie complémentaire qui assure seul le financement de cette prestation se posera.

### **Annexe n°3 : Entretien Fédération nationale de la mutualité française**

#### **MIP : Quel est votre point de vue des réseaux de soins ?**

FNMF : Le terme de réseaux de soins en France fait peur, il est source de fantasmes. Au sein de la mutualité, nous assumons clairement le sujet réseaux sur le domaine de l'optique et de l'audioprothèse, ou en tout cas sur l'optique, c'est très évident. On est sur une spécificité d'un réseau de distribution qui n'a pas d'équivalent dans le monde ; un réseau de distribution qui est pléthorique avec une densité d'opticiens qui est de 2 à 3 fois important que ce qu'on observe dans les pays comparables en Europe. 2,8 paires de lunettes en moyenne par opticien et par jour. On assume une logique de réseaux, il faut restructurer l'organisation de cette distribution, diminuer les marges et faire jouer l'effet prix/volume. Le rapport IGAS montre bien que sur l'optique, les réseaux permettent de diminuer le reste à charge de 50%. Certains ont considéré que le rapport était mitigé, à partir du moment où il dit que cela réduit de 50% le reste à charge en optique, l'objectif est atteint. Ces réseaux sont des organisations, des entreprises qui ont été créés à l'initiative des complémentaires santé et qui sont des prestataires de services pour le compte des complémentaires santé. Ils ont leur propre existence juridique : Carte Blanche, KALIVIA et nous on trouve que c'est effectivement, dans des domaines où la puissance publique avait renoncé, où le financement de l'assurance maladie obligatoire est faible, où les complémentaires santé sont les principaux financeurs et où les pouvoirs publics ont renoncé à une ambition réformatrice, les réseaux sont un élément structurant qui permet de jouer sur les prix et nous, on pense même que cela permet de jouer sur les prix et d'obtenir un bon rapport dans l'intérêt de tous les acteurs en évitant des rentes de situation, des marges au détriment des autres acteurs y compris les professionnels de santé.

Les réseaux permettent la négociation avec les professionnels de santé et permet d'éviter ce qui se passe notamment dans les négociations conventionnelles à l'UNCAM, on passe par des organisations syndicales où les postures, les enjeux sont politisés et des discussions compliquées avec les professionnels de santé. On est ici dans une discussion qui est plus simple, plus personnelle, plus de terrain. On a des leviers pour faire bouger les choses et trouver la bonne rémunération des professionnels de santé et des prix pour l'assuré social par la baisse du reste à charge et pour le financeur. Sur le dentaire, sur l'activité médicale en général, le terme de réseaux n'apparaît pas adapté. Nous, on pense que c'est un conventionnement particulier. Il faut permettre un conventionnement direct entre les professionnels de santé et les complémentaires de santé. Sur le dentaire, cela marche moins bien comme le dit l'IGAS car des dentistes ne veulent pas entrer. Il y a toujours une crainte d'une relation disproportionnée et que le financeur impose des conditions. Cependant cela a marché, par exemple pour la MGEN qui a mis en place un conventionnement spécifique avant même qu'on parle de négociations conventionnelles. Les tarifs plafonds ont été élevés et en réalité, les dentistes conventionnés ne sont même pas allés jusqu'au plafond. Le conventionnement n'est pas forcément contraire à la liberté des professionnels de santé, c'est un moyen de se parler.

Nous, on pense que la problématique du reste à charge ne va pas cesser de se développer parce qu'on a laissé des professions médicales rentrer dans une logique de dépassements d'honoraires, on n'a plus les moyens de faire évoluer les honoraires de l'assurance maladie obligatoire, la base de remboursement à hauteur des revendications des professionnels de santé. Par ailleurs, on manque de professionnels de santé, la relation avec les professionnels est déséquilibrée. On ne voit pas quel gouvernement peut amener au respect des tarifs opposables. Ce développement d'une certaine plage de liberté tarifaire se traduit par une nouvelle évolution d'augmentation des restes à charge après une période où ils avaient

baissé. Le sujet de revenir à une forme d'opposabilité des tarifs pour maîtriser les restes à charge est devant nous. Il faudra réfléchir à cette possibilité. La contractualisation dans le cadre de la loi Le Roux, n'est possible que lorsque les complémentaires santé sont financeurs majoritaires. On ne peut pas le faire sur les spécialités médicales, c'est le sens de l'histoire car le sujet ne peut pas se discuter en négociations conventionnelles.

On est plutôt attaché à ces réseaux, on est pour des réseaux ouverts. Les complémentaires santé ne sont pas légitimes pour dire à tel patient voilà quel est le professionnel de santé qu'on vous conseille. On préfère parler de conventionnement ouvert à chaque professionnel de santé qui le souhaite. Il y a beaucoup de fantasmes chez les médecins et dentistes autour des HMO, ce n'est pas du tout ce système qu'on veut importer. On manque tellement de spécialistes, de généralistes, d'anesthésistes et même de dentistes que cela n'aurait pas de sens d'écarter des professionnels de santé du marché. Ce qu'on peut faire sur l'optique car il y a beaucoup trop d'opticiens, on peut assumer le fait de dire qu'il faut moins d'opticiens, cela n'a aucun sens pour les professionnels de santé où on est en pénurie. L'idée n'est pas de créer des réseaux sur la médecine demain, à imposer des conditions nouvelles pour l'exercice médicale, ce n'est pas du tout le projet. En revanche, il faut qu'on permette à un assuré quand il choisit sa complémentaire, d'avoir une réponse où la complémentaire lui propose un remboursement et un service, il y a un certain nombre de professionnels de santé qui se sont engagés à respecter le tarif remboursé par la complémentaire, la complémentaire fait un effort sur une meilleure solvabilisation des honoraires au-delà de ce que rembourse la sécurité sociale et en contrepartie, on ramène une partie de telles ou telles professions dans le cadre de l'opposabilité tarifaire.

#### **MIP : Comment négociez-vous avec les professionnels de santé ?**

FNMF : C'est en stand-by, l'actualité est le reste à charge zéro, le projet du gouvernement. La CCMF souhaite une meilleure solvabilisation des dépassements d'honoraires et souhaite discuter avec les complémentaires sur ce type de solvabilisation. De la même manière, les pharmaciens aimeraient bien une meilleure solvabilisation des médicaments non remboursés par la sécurité sociale ou les médicaments en auto-prescription. Il y a des accords au niveau local entre certaines complémentaires santé et pharmaciens pour prendre en charge l'automédication, des forfaits automédication. Ce sont des conventionnements spécifiques qui permettent de dire à l'assuré d'avoir une meilleure prise en charge et un reste à charge maîtrisé. On fait de la prospective, ce sont des analyses à venir, il n'y a pas de négociations. L'urgence va être de savoir le rôle des restes à charge zéro. A partir du moment où il va y avoir des prix limites de vente et une nomenclature avec une offre à reste à charge zéro disponible partout auprès de l'ensemble des opticiens et audioprothésistes. Quelle sera la place des réseaux sur ces postes ? Il y a deux choses, au-delà du panier RAC 0, pour les personnes qui voudront plus de services et de choix, il continuera à y avoir une offre en accès libre et sur lequel il faut trouver le meilleur rapport qualité/prix. Même pour le panier RAC 0, on voit que d'un audioprothèse à l'autre, il pourra avoir une offre différente, le réseau peut avoir une volonté de maîtriser la qualité du verre, de la monture ou de l'équipement et de maîtriser la marge du professionnel alors qu'on peut avoir tendance ailleurs à avoir des professionnels qui voudront sanctuariser leur marge et vendre dans ce panier de soins des produits de moins bonne qualité ou de coût de fabrication moins bonne. Il y aura un rôle à jouer dans le panier RAC 0 à garantir qualité/prix et un rôle à jouer au-delà du RAC pour un meilleur rapport qualité/prix et la maîtrise du reste à charge pour les personnes qui choisiront de garder un certain reste à charge pour avoir plus de choix.

**MIP : Quel est le profil des personnes utilisant ces réseaux de soins ?**

FNMF : Le problème qui existe est l'information des usagers. Certaines personnes ont une complémentaire santé et ne savent pas qu'elle propose un réseau de soin. Il y a donc un levier d'amélioration.

Cela dit quand on regarde MGEN, Harmonie Mutuelle ou Malakoff Médéric, les taux d'utilisations des réseaux en optique sont plutôt élevés, plus de 70% d'utilisation des réseaux par les adhérents. Les usagers sont plutôt demandeurs, quand ils sont informés et qu'ils ont compris que cela permettait d'avoir une offre qualitative et rééquilibrer le rapport entre le professionnel de santé et le client. Quand vous allez chez l'opticien et qu'il vous conseille, ce n'est pas évidemment de discuter alors que c'est un commerçant comme un autre qui va vous conseiller en fonction de sa marge. Le réseau permet d'être en confiance, que le professionnel de santé tient un engagement et rend des comptes. Sur le dentaire, c'est compliqué, dès qu'on s'approche du soin, la relation de confiance l'emporte. C'est plus compliqué de changer de dentistes pour aller dans un réseau, chez un dentiste qu'on connaît. Il y a une maturité plus grande des usagers que des professionnels de santé.

**MIP : Y-a-t-il un rapprochement entre les complémentaires de santé ? Comment faire pour avoir un argument marketing supplémentaire ?**

FNMF : C'est un champ concurrentiel. Il y a des professionnels de santé qui peuvent adhérer à plusieurs réseaux de soins. On voit dans le paysage de la complémentaire santé, des regroupements. Malakoff et groupe VYV viennent de fusionner leur réseau de soins pour construire KALIVIA. Il y a une course à la concentration pour tenir plus sur les marges, sur les achats. Plus vous avez du volume, plus vous pouvez faire baisser les prix. La logique est un effet-volume important.

## Annexe n° 4 : Entretien avec MBA Mutuelle

**MIP : Nous réalisons un travail sur les réseaux de soins mis en place par les organismes complémentaires d'assurance maladie et je vous remercie de nous recevoir en entretien. Pourriez-vous nous présenter la société pour laquelle vous travaillez ?**

MBA Mutuelle : Je m'appelle M.F, je suis en charge de la prévention et des partenariats à MBA MUTUELLE. J'y travaille depuis 15 ans et avant je travaillais chez Harmonie mutuelle. J'ai une expérience assez importante du monde mutualiste.

MBA MUTUELLE existe depuis 70 ans et elle a comme particularité d'avoir été créée par des travailleurs indépendants, qui étaient administrateurs des chambres des métiers et d'artisanat, qui ont décidé en 1945, alors qu'on venait de créer la sécurité sociale pour les salariés et uniquement pour les salariés, de se trouver un système complémentaire. Et il y avait une caisse de sécurité sociale, il y avait l'ancêtre du RSI qui était là, mais il n'y avait pas de complémentaire obligatoire pour les travailleurs indépendants. Donc, cette mutuelle est créée par les administrateurs, avec une marque forte sur l'entrepreneuriat, l'artisanat. Aux grés des évolutions législatives, on a saisi en 1969, l'opportunité d'avoir une délégation de gestion du RSI et on s'est retrouvé caisse de sécurité sociale par délégation de gestion et donc à assurer la sécurité sociale des travailleurs indépendants en plus de la partie complémentaire. Jusqu'à ce que cela soit possible, on a assuré l'encaissement des cotisations et puis après cela a été mis aux URSSAF et là, on a encore la délégation de gestion du RSI, notamment pour la liquidation des prestations que nous perdons comme tous les organismes conventionnés, car comme vous le savez le RSI disparaît et sera intégré à la sécurité sociale.

Voilà pour le profil de la mutuelle sur sa particularité. L'autre élément, c'est que c'est une mutuelle de la Mutualité française, qui partage ses valeurs c'est-à-dire non lucratif, un adhérent/une voix, transparence des comptes, économie sociale et solidaire. Ce sont des éléments de base du monde mutualiste. Je vous dis cela car dans vos OCAM, vous n'avez pas que des mutualités.

On a aussi testé nous, les regroupements depuis longtemps. On a été la première mutuelle à s'associer, à s'adosser à un institut de prévoyance qui était l'ancêtre d'Humanis, pour pouvoir proposer de nouveaux services en terme démultipliés. Et les premières réflexions sur les réseaux de soins sont venues notamment quand on a été associé chez Humanis et à l'époque on s'appelait Radiance groupe Humanis.

Après on a aussi été la première mutuelle à divorcer d'une institution de prévoyance et donc on a claqué la porte en 2015 et on assume aujourd'hui d'être une PME mutualiste de territoire c'est-à-dire une mutuelle qui a l'ambition de rester une PME et de ne pas devenir un gros groupe.

**MIP : C'était votre choix, c'était la raison de votre séparation...**

MBA Mutuelle : Voilà... Et pourquoi je vous dis cela, et que c'est important parce que cela ramène à l'historique, comme je vous le disais au début. Notre conseil d'administration est très marqué car ce sont toujours des travailleurs indépendants qui sont très attachés à la notion de proximité et à leur indépendance. Lorsque vous êtes adossés à un grand groupe comme Humanis qui pèse 6000 salariés et que vous, vous en pesez seulement 250, et bien vous n'êtes pas entendus. Cette spécificité des travailleurs indépendants, elle était totalement absorbée dans ces grands groupes de protection sociale qui raisonnent « salariés ». Ils emportent des branches complètes professionnelles etc... Alors on a quitté Humanis, au moment crucial qui était celui où il y avait la généralisation de la complémentaire santé en entreprise. Ben, je vais vous dire que 3 ans plus tard, la mutuelle est toujours là et on s'en sort plutôt bien, on a fait les meilleurs résultats des dix

dernières années. Il y a toujours, euh, comme toutes les structures on est confronté à l'érosion des adhérents. Vous allez avoir nos chiffres d'affaires c'est sûr, mais l'érosion des adhérents vous le retrouvez partout. Parce qu'à la fois, avec la CMU qui draine une population plus ACS, quand on a des revenus qui sont légèrement supérieurs à la CMU, la généralisation de la complémentaire santé en entreprise, les mutuelles de ville... Les mutuelles de villages... Je ne sais pas si vous en avez entendu parler mais aujourd'hui, des communes décident, les communes décident qu'il y ait une mutuelle par habitant.

**MIP : Cela je ne connaissais pas**

MBA Mutuelle : Ce qui fait qu'il y a de plus en plus d'initiatives comme cela. Ainsi quand vous négociez, vous négociez pour une garanti unique, un tarif unique donc là ben si c'est le cas vous pouvez perdre tous vos habitants sur un secteur donné ou les gagner si vous remportez le marché. Donc elle, on doit être vigilante comme toutes les mutuelles sur l'érosion des adhérents mais elle n'est pas plus préoccupante dans ma mutuelle que dans n'importe quelle mutuelle.

Pourquoi je vous parle des résultats, et de l'érosion parce que dans la mise en place des réseaux de soins, cela répond à 2 logiques :

Une 1<sup>ière</sup> logique qui est la maîtrise des coûts, quand on dit qu'on a amélioré les résultats alors qu'on a une érosion des résultats, c'est parce qu'on maîtrise le coût des dépenses de santé. On était très clairement, dans une phase ascendante où il y avait une surenchère totale et que pour emporter des marchés, les assureurs mutualistes et non mutualistes se mettaient à proposer des tarifs, et on l'a particulièrement vu avec la généralisation de la complémentaire santé en entreprise, c'est-à-dire que le dumping sur les contrats on l'a vraiment vu à ce moment-là. Nous, techniciens du métier, quand on perdait l'entreprise et qu'on savait à quel prix l'avait emporté la concurrence on savait qu'il n'équilibrait pas le contrat. Je ne sais pas si vous savez ce que c'est l'équilibre du contrat, c'est ce que l'on appelle le P/C : c'est ce que vous remboursez en prestations par rapport à ce que vous encaissez en cotisations, auxquels il faut rajouter inévitablement une partie des frais de gestion. Vous payez des gens pour faire la mise à jour des adresses, la maintenance des contrats, et autres, liquider des prestations, enfin tout ce genre de choses. Dans votre contrat le P/C doit être au moins à 85, c'est pour ça qu'on cherche à réduire les frais de gestions, pour que vous ne perdiez pas trop d'argent. Et on a vu le dumping, une des solutions à toutes ces questions face à l'envol de la consommation et également la maîtrise des dépenses, donc du P/C, c'est le réseau de soins. Comment voulez-vous jouer mieux que par le réseau de soins sur les dépenses ? Notamment sur les postes les plus chers : dentaires, optique, appareillage auditif. Plus conventionnement sur les structures hospitalières qui se développent de plus en plus.

**MIP : Le conventionnement, vous le faites sur les chambres particulières par exemple ?**

MBA Mutuelle : Alors ça du coup c'est inhérent au monde mutualiste, c'est la mutualiste qui du coup va mener la politique de conventionnement des mutuelles. Elle la mène au nom des mutuelles de son secteur. C'est la Mutualité Bretagne qui va négocier pour toutes les mutuelles adhérent à la Mutualité Française Bretagne, un conventionnement avec telle structure hospitalière, telle clinique, tel centre de rééducation.

**MIP : Donc les réseaux de soins cela permet pour vous, de maîtriser les dépenses de remboursements que vous faites ?**

MBA Mutuelle : Ben oui, nous là si on a fait du résultat, c'est qu'on a remboursé moins de prestations et on a remboursé moins de prestations, ce n'est pas parce que nos garanties sont

moins bonnes mais parce qu'on a remboursé moins cher sur les postes en optique car avec les réseaux de soins, cela nous permet de jouer sur les volumes et sur les montants.

**MIP : Quel est le rôle des plateformes pour vos adhérents ?**

MBA Mutuelle : Avec Santéclair, un adhérent crée son espace adhérent et s'il veut un devis sur une prothèse auditive, il a juste à cliquer en géolocalisation où est-ce qu'il est et il a, du coup, tout autour de lui tous les professionnels qui travaillent avec Santéclair qu'il peut aller voir. Il peut faire autant de devis qu'il le souhaite et via Santéclair, il a une analyse de son devis et peut voir le montant de son reste à charge. Il ne peut être qu'incité à prendre à charge le moins cher possible. Et le nombre d'adhérents qui ont eu recours à cela sur l'appareillage auditif c'est flagrant, cela va jusqu'à des économies de 1200€. Voyez, ce n'est pas de la petite économie.

**MIP : Par contre, comment vous faites pour faire connaître ses réseaux auprès de vos adhérents car cela semble peu connu ?**

MBA Mutuelle : En fait, on fait le choix de les accompagner via notre centre d'adhérents, qui est un centre d'appel, basé à Rennes, car ils continuent à appeler et nous, on les envoie et on compte sur le bouche à oreille. Mais c'est vrai qu'on a beau faire de la communication très régulière sur le site internet, via leurs décomptes, tout un tas de choses... sur le coup, cela ne passe pas bien, par contre, une fois qu'ils ont été accompagnés une fois, ils le font ensuite systématiquement pour les lunettes, l'appareil dentaire etc... vraiment les postes les plus chers. Aujourd'hui avec des systèmes comme Santéclair, vous n'êtes plus avec des lunettes qui sont l'équipement de la sécurité sociale qu'on avait l'impression de sortir de l'époque communiste. Je me suis fait faire deux paires de lunettes l'année dernière, du coup vous avez le tiers payant, et vous ne sortez pas d'argent.

**MIP : Vous, en tant que mutuelle, qu'attendez-vous d'une plateforme comme Santéclair ?**

MBA Mutuelle : Nous, on attend surtout que les professionnels de santé soient de qualité. Santéclair, on l'a choisi car ils étaient exigeants sur le cahier des charges des professionnels qui intègrent leurs réseaux. Et d'ailleurs, c'est ce qui fait que les professionnels de santé râlent car ils trouvent que les critères sont trop stricts et nous on préfère ça, c'est un gage. Ensuite ce qui nous plaisait, c'est que Santéclair est à Nantes et comme on se revendique PME mutualiste de territoire, on aime bien cette proximité. L'autre élément, c'est que Santéclair avait toujours des perspectives d'innovation à proposer à nos adhérents. Comme nous souhaitons être différent, cela nous aussi beaucoup plu. Par exemple, depuis le 01.01.2018, un adhérent à la mutuelle a droit à 5 consultations médicales téléphoniques gratuites par an, soit un avis médical mais cela peut aller jusqu'à l'envoi d'un renouvellement d'ordonnance. Par exemple, vous êtes en vacances et vous avez besoin d'un avis et vous ne connaissez pas le médecin de garde, vous appelez gratuitement 24/24 et 7 jours/7 même de l'étranger cela marche aussi. Cela fait vraiment parti des éléments différenciant parce qu'on couvre des travailleurs indépendants que l'on sait qu'ils ont du mal à aller chez le médecin, ça pour nous c'est une vraie valeur ajoutée. Que pour faire face aux déserts médicaux, on peut savoir quels professionnels de santé agréés Santéclair sont les plus proches de chez nous. Et on va jusqu'à pouvoir prendre le rdv avec le médecin via Santéclair.

**MIP : Est-ce que l'on ne pourrait pas penser que les réseaux de soins limitent la liberté de choix des usagers ?**

MBA Mutuelle : Ils ne sont pas obligés d'avoir recours à Santéclair. Et vous me tendez la perche pour l'autre partie, c'est que l'appropriation par les usagers n'est pas si importante que cela. Aujourd'hui, cela nous sert en communication car cela fait toujours bien de dire qu'on fait partie d'un réseau de soins, on vous promet un reste à charge maîtrisé proche de zéro etc... Ce sont des engagements réels, on ne vous ment pas quand on vous dit cela. Mais l'adhérent est habitué à aller chez son opticien qui n'est pas nécessairement à Santéclair et que c'est inclus dans la garantie pour l'adhérent sans supplément pour lui. Par contre, cela pèse clairement sur les frais de gestion de la mutuelle.

**MIP : Quel est le supplément pour la mutuelle ?**

MBA Mutuelle : En fait avec Santéclair on avait une première offre dentaire, optique etc... quand on a rajouté les 5 avis médicaux, Santéclair nous l'a facturé sur notre volume d'adhérents global et là ce n'est pas à la consommation. On paye potentiellement pour l'ensemble des adhérents.

**MIP : Vous n'avez pas forcément un retour sur investissement ?**

MBA Mutuelle : Aujourd'hui, non

**MIP : Qu'est-ce qui vous pousse à poursuivre ?**

MBA Mutuelle : C'est qu'aujourd'hui, on paye moins de prestations donc quand ils y vont, on le voit. Ce n'est pas qu'on paye moins parce que les adhérents consultent moins mais, parce que mathématiquement cela fait baisser le volume de ce que l'on rembourse. Sur l'appareillage auditif, c'est flagrant avec 1200€ d'économie, sur l'appareillage dentaire, c'est de l'ordre de 600€ et en optique, autour de 400€.

**MIP : En termes de profil d'utilisateur, est-ce que vous avez fait une étude sur les adhérents qui ont recours aux réseaux de soins ?**

MBA Mutuelle : Ce sont des femmes, par contre on ne sort pas d'autres statistiques, car notamment on n'a pas les revenus de nos adhérents et par rapport aux professions on ne le fait pas non plus. Ce qu'on peut dire, c'est que les personnes les plus attachées à leurs médecins sont les plus âgées. Les jeunes sont plus ouverts, ils n'ont pas de souci pour créer leurs espaces adhérents, se géolocaliser etc...

**MIP : Hormis l'exigence de qualité, est-ce que vous négociez autre chose avec Santéclair ? Les prix des professionnels ? Le recrutement des professionnels ?**

MBA Mutuelle : Non, nous n'avons pas la main la dessus, cela appartient à Santéclair.

**MIP : Est-ce qu'en termes d'innovations, il y aurait autre chose que vous aimeriez développer avec Santéclair ?**

MBA Mutuelle : Moi qui fait de la prévention, je pense que de l'accompagnement d'aide à l'arrêt du tabac cela peut être intéressant. Ce genre de chose, par téléconsultation. Parce qu'en fait quand un adhérent appelle pour connaître le remboursement d'un substitut nicotinique c'est facile de lui proposer une consultation avec un tabacologue ou une IDE tabacologue, c'est une vraie valeur ajoutée.

**MIP : Que pouvez-vous nous dire sur la pérennité des réseaux de soins ?**

MBA Mutuelle : Pour moi, c'est l'avenir. Les syndicats d'opticiens et autres ont beau monter au créneau, cela va prendre de l'ampleur. Je ne vois pas comment cela peut être autrement car vous l'avez très bien dit dans votre dernier point, c'est que le gouvernement pousse au reste à charge zéro et c'est impossible sans les réseaux de soins aujourd'hui.

**MIP : Cela vous paraît possible la paire de lunettes à RAC zéro sans tomber dans le modèle du type communiste donc vous parliez précédemment ?**

MBA Mutuelle : Oui A.Buzyn en a parlé à la radio, et a précisé que sans être la paire de lunettes Chanel, cela ne serait pas du bas de gamme. Il faut aussi savoir ce qu'il y avait comme dérives de pratiques des professionnels derrière quand ce n'était pas réglementé derrière. Les opticiens ont profité un maximum de la poule aux œufs d'or. A un moment tout le monde paye, quand on rembourse des lunettes, tout le monde paye. Sur l'appareillage auditif, cela a poussé un certain nombre de personnes à renoncer à s'équiper car si vous vouliez quelque chose de pas trop cher, vous vous retrouviez avec un gros appareil... En hospitalisation, vous pouvez avoir, grâce au conventionnement, une chambre seule en ambulatoire, par exemple.

**MIP : Concernant l'hospitalisation, des OCAM (assurance) proposent à leurs adhérents des centres d'hospitalisations qui leur seraient réservés, qu'en pensez-vous ?**

MBA Mutuelle : Ce n'est pas une idée neuve, parce que la MGEN a été la première à créer un EHPAD pour ses enseignants retraités. Certains vont jusqu'à créer des sociétés de pompes funèbres, d'ambulances.

**MIP : Quel est le principal bénéficiaire de ces réseaux de soins ?**

MBA Mutuelle : Les adhérents, à partir du moment où il en bénéficie : il n'a pas d'avance de frais pour des professionnels de qualité situés près de chez lui, il n'a plus rien à faire.

**MIP : Est-ce que vous souhaitez rajouter quelque chose sur le sujet ?**

MBA Mutuelle : Je trouve que les professionnels de santé sont de mauvaise foi sur ces questions. Les opticiens ont marché sur des acquis pendant des années sans nécessairement faire de la qualité. Il y a eu de gros scandales sur les verres car pour faire encore plus de marges, les verres étaient fabriqués n'importe où. Alors que là avec les réseaux de soins, on vous contrôle, le verre est bien taillé, en France, tout ce genre de choses. Ils sont de mauvaise foi car ils oublient que ce n'est pas toujours le contribuable qui paye la santé, c'est nos impôts, donc là je trouve que ce n'est pas ... Je vous dirai la même chose avec les médecins généralistes qui revendiquent une augmentation de la consultation, lorsqu'ils augmentent la consultation d'1€, ils prennent un SMIC de plus par mois. Quelle est la profession qui aujourd'hui connaît cette augmentation du pouvoir d'achat ? Là aussi, c'est nous qui payons. Alors, je ne dis pas qu'ils n'ont pas plein de responsabilités etc ...

**Je vous remercie du temps que vous nous avez accordé.**

## Annexe n° 5 : entretien avec GPS Humanis

**MIP : Pouvez-vous présenter votre structure (Humanis), sa gouvernance, le nombre d'assurés... ?**

GPS Humanis : Le groupe Humanis est jeune, il a été créé en janvier 2012 par fusion de trois groupes qui eux-mêmes étaient issus de fusions de deux groupes. On a fait un groupe qui a fusionné six groupes. Six cultures d'entreprises différentes ont été mélangées.

**MIP : Cette fusion est-elle liée à la loi Le Roux ?**

GPS Humanis : Non absolument pas, c'est un calendrier propre à notre groupe et aux discussions sur la création du groupe unique. Humanis est un groupe que je définis comme paritaire et mutualiste. En son sein, on a à la fois des institutions paritaires de prévoyance et de retraite et des mutuelles

**MIP : Et vous faites partis d'un GPS ?**

GPS Humanis : Humanis est un GPS (groupe de protection sociale) à lui seul. Pour aller un peu plus loin, il est fédéral et en architecture ouverte. C'est un port d'accueil pour d'autres groupes de protection sociale qui auraient des projets de co-développement. Une mutuelle pourrait par exemple rejoindre le groupe Humanis pour utiliser son outil de gestion de prestations de santé. Aujourd'hui vous savez l'importance des systèmes d'informations dans toutes les structures. Et la complémentaire santé c'est un marché qui pèse pas loin de 40 milliards d'euros. Il faut bien des organismes et des systèmes d'information importants et dimensionnés pour gérer tout ça. Il se trouve que le groupe Humanis a un système d'information et de gestion important. Des mutuelles qui voudraient changer d'outils, pourraient choisir le nôtre dans le cadre d'une coopération technique plutôt que d'investir dans un nouvel outil.

**MIP : Vous vous appuyez sur ces coopérations de systèmes d'information dans le cadre des réseaux de soin ?**

GPS Humanis : Évidemment que oui, j'y reviendrai un peu plus tard.

Pour revenir à ça, on est ouverts à des partenariats de co-développement aussi bien commerciaux que techniques, avec des organismes qui relèvent principalement des familles des mutuelles ou des GPS, car on est dans le non lucratif, il faut quand même une compatibilité génétique avec ces organismes car nous faisons partis de l'ESS.

En chiffres ronds, Humanis c'est 700 000 entreprises clientes, parmi elles 40 pour cent du CAC 40, c'est 10 millions de personnes assurées et 6500 collaborateurs.

**MIP : Quel est votre principal canal de communication ? Les entreprises ?**

GPS Humanis : Oui, c'est une question importante.

Pour revenir sur nos métiers, me permettra de répondre à votre question. D'ailleurs je vous invite à aller consulter l'accord de juillet 2009 sur la création des GPS. Cet accord définit un GPS comme ayant 2 pieds. Le premier pied est la gestion des retraites complémentaires AGIRC-ARRCO par délégation de gestion. Cette délégation de gestion constitue le 2<sup>e</sup> pilier de gestion des assurances vieillesse en France après le régime général, MSA et autres régimes de retraite de base. Les groupes de protection sociale (GPS) ont le mandat de gestion. Il n'y a que les 3 familles d'organismes de protection sociale, c'est à dire celle qui dépend du code de la mutualité, celle qui dépend du code des assurance et celle qui

dépend du code de la SS qui exercent ce métier de délégation de service public en retraite complémentaire. Le 2<sup>ème</sup> pied, c'est le concurrentiel. Chez nous on a la gestion de la santé avant tout collective.

Chez Humanis, l'épargne est avant tout collective, la prévoyance est collective, notre activité internationale, avant tout collective aussi. Le dernier métier transverse c'est l'action sociale car nous sommes des organismes à but non lucratif. Une partie de nos excédents viennent doter des budgets de l'action sociale qui nous aident à accompagner des entreprises mais aussi des salariés actifs ou retraités. Humanis est orienté B to B (business to business), d'entreprises à entreprises. Ce n'est pas le cas de tous les GPS. Les mutuelles historiquement étaient plutôt orientées B to C, c'est à dire moins vers le collectif. Nous on a le but de satisfaire nos clientes, qui sont les entreprises, et le salarié à l'intérieur de l'entreprise mais dans un second temps. Nos contacts ce sont les DRH et les directeurs financiers des entreprises, mais aussi les partenaires sociaux, les organisations syndicales au sein des entreprises. L'individu vient en usager final mais ce n'est pas notre premier contact.

Pour terminer sur Humanis, notre gouvernance est paritaire. Il y a un vrai sujet autour des organisations paritaires. Il y a des représentants des employeurs et des organisations syndicales. Notre organe politique est une espèce de grand conseil d'administration avec 15 représentants des organisations patronales et 15 représentants des organisations syndicales. Chaque syndicat historique a 3 représentants (FO, CGT etc ...). C'est important car les GPS aujourd'hui, ce sont une petite famille qui regroupe à peu près 10 groupes et on chemine dans les 5 ans à venir vers 4 groupes maximum sous l'effet de fusions.

### **MIP : vous pensez que ce mouvement de concentration contribue à la standardisation des méthodes et des couvertures santé ?**

GPS Humanis : Si on prend un peu de hauteur, ces dernières années deux leviers très forts ont joué dans l'accélération de la concentration.

D'abord le levier de l'industrialisation, l'automatisation et la digitalisation et de recherche de productivité en général. Avant la création d'Humanis en 2012, il y avait 6 groupes de 1000 salariés on en a fait un seul groupe de 6500 salariés. On est passé de six PME à la grande industrie. L'enjeu de cette fusion c'était de ne pas rater le tournant de l'industrialisation pour générer des gains de productivité et pour générer de la digitalisation et de l'automatisation. C'est un des principaux motifs de la fusion en 2012, il faut l'avoir en tête.

Le deuxième levier, c'est les normes de plus en plus exigeantes, ou des standards comme vous dites.

Il y a des normes de deux natures : des normes européennes et des normes nationales. Les normes européennes sont entrées dans notre secteur dès 1992 avec notamment la libre prestation de service. Concrètement en 1992 on a décidé que du point de vue européen toutes les organisations d'assurance de personnes, comme Humanis, devaient être traitées sur un même plan en termes de fonctionnement et de traitement fiscal. L'Europe a souhaité faire disparaître un certain nombre de spécificités. La mise en place des normes européennes a été très progressive, il s'est écoulé presque 20 ans avant que l'intégration des normes européennes soit définitive. Les mutuelles qui ont été les dernières résistantes, je crois qu'elles ont intégré les normes européennes qu'en 2011/2012. Aujourd'hui du fait de ces normes européennes, on n'est plus exonérés d'impôts, on paie l'impôt sur les sociétés comme les sociétés d'assurance qu'on ne payait pas avant.

La 2<sup>e</sup> norme a fait beaucoup de bruit et elle est entrée en vigueur, on va dire depuis 2016 opérationnellement, c'est la norme Solvabilité II. La philosophie de l'Europe c'est de protéger de plus en plus le consommateur donc il faut que les organismes qui font de

l'assurance de personnes respectent un certain nombre de conditions et se soumettent à de plus en plus de normes. On est actuellement dans une phase transitoire dans laquelle on nous impose une marge de solvabilité supérieure à 150%. Cela entraîne plein de modifications. Il y a d'autres normes mais ces deux-là ont été des leviers très importants de concentration.

Le troisième levier ça a été les normes nationales. Dans les normes nationales, on peut en citer plusieurs mais on va en citer une dans la retraite complémentaire par exemple. On a décidé que tous les salariés du secteur privé aient un bilan retraite qui soit fait à partir de 45 ans avec une reconstitution de carrière. Avant le salarié devait faire une synthèse pour tous les régimes dans lesquels il avait cotisé pour avoir au final un état des lieux partiel. Aujourd'hui, il y a une reconstitution totale de la carrière quel que soit le parcours du salarié. C'est un nouvel outil qui a réunifié toutes les retraites.

Dans le domaine de la santé, la norme qui s'est imposée en 2014 c'est le contrat responsable dans sa deuxième version. On a effectivement eu en 2003 le premier contrat responsable. J'imagine qu'il y en aura une troisième.

Il se trouve que pour rendre responsable un peu plus les régimes santé, on a, directement liés, les réseaux de soins. Les réseaux de soins sont apparus en 2001 pour les premiers, ils sont partis d'expérimentations. Je n'ai plus en tête dans quel cadre réglementaires mais il me semble que le rapport parlementaire Barbusio a lancé les réseaux de soins. On avait constaté des dérives et qu'on avait du mal à contrôler les dépenses de santé donc on a permis des expérimentations. Du coup des grands assureurs comme AXA se sont lancés et ont commencé à labelliser des professionnels de santé. Ces assureurs ont encadré les pratiques avec des chartes dans lesquelles les professionnels s'engageaient à ne pas pratiquer des dépassements d'honoraires trop importants ou avoir une pratique sur l'optique par exemple de ne pas gagner trop de marges et du coup ça a amené la création des premiers réseaux de soins. Il y a, en 2018, 5 ou 6 réseaux de soins conséquents.

Humanis a fait le choix d'un réseau de soins dont nous sommes d'ailleurs actionnaires. Ce réseau de soins s'appelle ITIELIS, il existe depuis 2001, ce n'est donc pas un réseau tout neuf, 17 ans déjà. Aujourd'hui dans quasiment tous nos contrats collectifs on propose évidemment l'accès au réseau de soins ITIELIS.

### **MIP : Comment vous recrutez les professionnels, comment les choisissez-vous pour les intégrer aux réseaux de soins ?**

GPS Humanis : Effectivement la loi le Roux est venue structurer tout ça et renforcer. Parce qu'il y avait à un moment donné un doute sur les réseaux. On favorisait le fait d'aller dans les réseaux mais les professionnels de santé étaient vent debout contre les réseaux de soins parce que ça menaçait l'exercice libéral.

Les réseaux de soins marchent le mieux pour les opticiens. Le réseau de soins a fait ses preuves dans le domaine de l'optique parce que l'opticien est plus commerçant que la profession libérale. Je crois qu'on a autant d'opticiens en France que d'opticiens aux USA. Tout le monde sait que les opticiens n'ont pas subi la crise, on a vu fleurir des magasins d'optique car c'est très lucratif grâce au remboursement des mutuelles et au levier très fort du tiers payant optique. Les gens n'avancent plus les frais, dès lors beaucoup de salariés ont eu des dépenses d'optique beaucoup plus importantes que s'il y avait un reste à charge important.

L'optique est devenu un sujet non plus de garantie médicalisée mais de garantie de confort et d'esthétique, comme des accessoires de mode. Il a fallu effectivement contrôler, sachant que l'optique est principalement supporté par les complémentaires santé, en prenant deux mesures importantes. La première mesure c'est le contrat responsable qui est venu limiter l'optique à un appareillage optique tous les 2 ans au lieu de tous les ans. Que les

salariés soient demandeurs ou pas, auparavant ils utilisaient tout leur budget à cause de la politique de l'offre qui les incitait à dépenser. On s'est retrouvés avec des dépenses optiques qui ont explosé. Le contrat responsable c'est donc un appareillage optique tous les 2 ans, une monture plafonnée à 150 euros. Et puis le réseau permet de contrôler les bonnes pratiques ; il évite que l'opticien bidouille la facture en chargeant les verres plutôt que la monture car les verres étaient pris en charge par la mutuelle. Le deal c'est si les opticiens ne respectent pas les bonnes pratiques ils sortent du réseau.

On essaie dans le réseau chez Humanis d'avoir un opticien tous les 10 km pour avoir un maillage territorial. Le premier sujet, c'est donc la proximité. Le deuxième sujet, c'est d'être ouverts à plusieurs enseignes, y compris les indépendants, ce n'est pas limité à une seule enseigne. On leur dit que pour que les assurés viennent chez eux il faut pratiquer des baisses tarifaires entre moins 30 et 40 pour cent pour diminuer les restes à charge et sans rogner sur la qualité avec des verres low-cost. Il faut que les verres soient de haute qualité et que ce soit quand même socialement responsable, sans faire travailler les enfants dans les pays pauvres. En contrepartie on amène une clientèle nouvelle et importante ; charge à eux d'accepter ou pas le marché. Des nouveaux opticiens se sont dit que c'est intéressant d'intégrer le réseau pour se former une clientèle.

Notre réseau comprend 2500 opticiens sur le réseau national. Sur l'optique les réseaux sont actifs et ça marche.

**MIP : pour vous, c'est un argument de vente, vous le mettez en avant auprès de vos assurés ?**

GPS Humanis : Oui, les entreprises sont intéressées parce que du coup effectivement le salarié, il est content parce qu'au lieu de payer 1000 euros sa monture et ses verres il a moins 40 pour cent et il payera que 600 euros.

**MIP : Est-ce que ça marche aussi bien pour les secteurs dentaires et des audioprothèses ?**

GPS Humanis : Les autres gros réseaux qui existent aujourd'hui (santé claire par exemple) fonctionnent aussi pour l'optique. Ils rencontrent en revanche des difficultés, comme nous, sur le dentaire et l'audioprothèse. Car pour le dentaire et l'audioprothèse ce sont avant tout des commerçants. Je ne sais pas si vous avez remarqué mais les opticiens se lancent aussi dans l'audioprothèse. C'est très rentable, on a une population qui vieillit et chaque appareillage coûte 2500 euros environ, il y a des grosses marges. Il y a quelques grandes marques connues d'audioprothésistes mais aussi beaucoup d'opticiens qui sont venus sur le marché. On voit que derrière ce n'est pas tant des professions médicales que des commerçants qui viennent sur les marchés à forte valeur ajoutée. C'est pourquoi qu'on a besoin de régulateurs comme les réseaux de soins.

Je pense que l'audioprothèse ça va bien marcher pour les réseaux comme l'optique, mais ce n'est pas encore le même niveau de maturité.

Pour les dentistes typiquement, les réseaux de soins c'est très compliqué. On a 2500 dentistes dans le réseau ITELIS, avec aussi des remises sur les prothèses dentaires de l'ordre de 30 ou 40 pour cent. Facialement ça paraît intéressant mais ça marche moins bien. La première raison c'est la rareté des dentistes, et les gens ont leur dentiste attiré. Le dentiste on veut pas qu'il fasse mal, c'est souvent un dentiste familial installé depuis plusieurs années. Autant toute la famille porte pas des lunettes autant toute la famille va chez les dentistes. Du coup on a le problème de la présence de dentiste, les dentistes qui s'en vont sont pas toujours remplacés, les gens n'ont plus le choix. L'acte du dentiste c'est un acte médical, soigner une carie ou mettre un implant c'est pas comme poser deux verres, on est dans de la chirurgie.

Les gens sont beaucoup plus exigeants et ne vont pas s'amuser à faire des devis à droite à gauche.

**MIP : Est-ce que vous ne trouvez pas que c'est même l'inverse, un dentiste qui affiche des prix peu élevés, envoie un mauvais signal qualité ?**

GPS Humanis : C'est possible aussi. Un dentiste trop bon marché peut inquiéter les patients. Les réseaux dentaires ont du mal à prendre, les gens ne franchissent pas le pas sauf s'ils ont un dentiste ITELIS à côté de chez eux ou si leur dentiste familial ne veulent pas faire des actes lourds et passent le relais à un confrère. Dans ce cas-là ça marche, mais pas en première intention.

**MIP : Est-ce que les rapports entre vous et les dentistes ont changé depuis leur intégration dans les réseaux de soins ?**

GPS Humanis : C'est beaucoup moins évident chez les dentistes que chez les opticiens. Clairement aujourd'hui c'est un peu comme les médecins, il y a raréfaction donc les gens ont beaucoup moins de possibilités et ne s'amuse pas à faire jouer la concurrence. En milieu rural ou semi-rural c'est compliqué.

Par contre les opticiens se sont beaucoup enrichis sur les complémentaires mais les rapports de force ont été rééquilibrés avec le contrat responsable. Ils continuent à gagner très bien leur vie, personne n'a intérêt à ce que les opticiens disparaissent car il y a de l'emploi à la clé, on leur a simplement fait comprendre qu'ils pouvaient faire un effort et gagner un tout petit moins bien leur vie. Les réseaux de soins ont agi sur les pratiques et sur les marges principalement des professionnels de santé.

**MIP : Chez Humanis quel est votre positionnement vis à vis des réseaux de soins ? Vous croyez à leur avenir et à leur extension à la médecine libérale ?**

GPS Humanis : Aujourd'hui c'est en pleine extension pour les médecines douces. Ça commence un petit peu à se créer, on a des spécialistes qui ont une attente très forte de la part des assurés, relayées par les entreprises. Il n'y a quasiment plus de contrat collectif sans remboursement sur les médecines douces. Un contrat sans médecine douce, c'est discriminant. Les médecines douces c'est des ribambelles de professions. Quand vous les mettez bout à bout c'est beaucoup. Les gens sont vraiment très demandeurs. Donc il y a des réseaux qui émergent notamment pour les jeunes qui s'installent et préfèrent être labellisés par un réseau pour se faire une clientèle. C'est un rapport gagnant gagnant, clientèle contre tarifs limités.

**MIP : Et dans les autres champs de la santé ça se développe aussi ?**

GPS Humanis : Oui les hôpitaux, et notamment les dépassements d'honoraires totalement anormaux des grands professeurs à l'hôpital. Il y a un gros sujet qui a été mis à l'index et qui pourrait passer par les réseaux. Cela concerne les hôpitaux publics comme privés. Il faut une régulation qui pourrait passer par les réseaux de soins.

**MIP : Il y a déjà des expérimentations dans le domaine hospitalier ?**

GPS Humanis : Je ne sais pas trop mais à défaut d'expérimentations il y a des réflexions. Il faudrait regarder chez AXA qui a été précurseur pour les réseaux de soins. En plus, les complémentaires interviennent de plus en plus avec le forfait hospitalier, les chambres particulières avec la télé, puis le retour à domicile, les gens sont de plus en plus exigeants. Il y a des consultations qui peuvent coûter 300 euros, pas toujours payées dans des conditions

normales. On se dit qu'il faut réguler ça autrement. C'est un vrai sujet de réseaux de soin pour demain et après-demain.

**MIP : Si je devais résumer, selon vous les réseaux de soins sont un vrai enjeu d'avenir ?**

GPS Humanis : Oui oui, bien sûr.

Évidemment côté professionnels de santé il y a un discours anti réseaux car cela encadre leurs tarifs et on arrive un peu comme des gendarmes et on limite leur liberté.

Mais je pense que les réseaux de soins sont pérennes. En termes de partenariats innovants, sur les datas par exemple, ou l'intelligence artificielle, ça peut être intéressant.

Pour terminer, j'ai oublié un point important. Il existe des réseaux fermés et des réseaux ouverts, et notre réseau ITELIS est un réseau ouvert, c'est important dans notre approche des réseaux. Ils sont destinés à se développer encore.

## **Annexe n°6 : Entretien GMF**

### **MIP : Pouvez-vous présenter en quelques mots ?**

GMF : Société mutualiste qui a été créée il y a quelques années déjà, plus de 80 ans. Elle fait partie d'un SGAM aujourd'hui qui s'appelle COVEA qui est une grosse société où l'on retrouve 21000 salariés MAAF, MMA, pleins d'autres sociétés protection juridique, beaucoup d'autres sociétés. Nous gardons des entités différentes. C'est la mise en commun de moyens.

### **MIP : Votre position par rapport aux acteurs, les liens qui vous pouvez faire avec eux par rapport aux plateformes ; est ce COVÉA qui gère ?**

GMF : Non pas du tout. Nous on travaille avec GESPRES qui est à Strasbourg spécialiste de la gestion santé. Au niveau de la mutuelle, on la commercialise et gère par GESPRES à Strasbourg et c'est la plateforme SANTECLAIR qui gère.

### **MIP : Vous êtes avec SANTECLAIR ? Que l'on n'arrive pas à avoir**

GMF : C'est vrai, je pense que c'est compliqué de les avoir.  
SANTECLAIR travaille pour un nombre de mutuelles (MGEN, MNH, MNT ...). Et l'on s'aperçoit que la santé aujourd'hui c'est quelques acteurs.

### **MIP : Votre politique de communication par rapport à cette mutuelle de santé, comment vous la commercialisez, par démarchage ?**

GMF : Nous on ne fait pas de démarchage, jamais à la GMF  
Il y a des campagnes publicitaires nationales que ce soit radio TV et l'on envoie des mailings à nos sociétaires et nos réseaux des agences

### **MIP : Quelle position par rapport à la loi Le Roux ?**

GMF : Aucune idée, je ne sais pas ce qu'est cette loi

### **MIP : C'est par rapport à la mise en concurrence des mutuelles qui est possible. Votre vision du marché, est ce que vous savez ce que cela représente comme part de marché la mutuelle complémentaire, au niveau de la GMF ?**

GMF : Je ne sais pas vraiment. 7 à 8% de personnes qui sont sans couverture ni mutuelle  
Il y a eu la loi ANI qui a fait beaucoup de mal. Après comme nous avons une population de la fonction publique avant tout ils ne sont pas concernés par l'ANI et souvent il y a un conjoint en règle générale qui lui est concerné par l'ANI.

### **MIP : Non il n'y a pas de % sur les adhérents**

GMF : Donc je ne l'ai pas. Comme on n'est pas un réseau d'agents mais de salariés on n'a pas ces données là si vous voulez. Voilà je suis salariée, je ne suis pas à la commission et on ne fait pas de démarchage extérieur. Donc effectivement on n'est pas très au fait

### **MIP : J'aime bien cette façon de faire car pour moi c'est avant tout solidaire et un réseau cela passe par là**

GMF : C'est-à-dire demain vous allez faire votre contrat à Montceau les Mines, Marseille, Paris, ils verront le même dossier et puis voilà cela sert à ça

**MIP : Ils m'ont interpellé la GMF puisqu'ils viennent à l'EHESP et je leur ai dit que j'étais chez vous et que j'étais satisfaite de ma conseillère et qu'il fallait que je négocie tous les ans avec vous**

GMF : Parce que vous allez sur Rennes ?

**MIP : Est-ce que vous voyez un intérêt particulier à participer à ce marché des mutuelles de santé ?**

GMF : Oui parce que la mutuelle de santé est un produit qui est fidélisant et puis en fait la GMF a développé une surcomplémentaire depuis quelques années au moment de la mise en place de l'ANI permettant que l'entreprise qui propose une mutuelle aux employés où l'employeur participe autour de 50% donc financièrement les salariés ne peuvent pas refuser cela même s'ils ont le droit de refuser ils peuvent pas voilà mais parfois elle est défailante en termes de garanties et donc du coup on leur propose une surcomplémentaire qui est possible même pour une personne qui aurait une mutuelle de la fonction publique qui permet à un prix assez peu élevé à mon sens d'avoir une couverture meilleure et qui intervient en 3ème position après le régime général, la mutuelle et intervient la surcomplémentaire.

**MIP : Au niveau des usagers, le profil : la fonction publique en priorité cela on est ok Et au niveau des privés, les personnes qui sont-elles ?**

GMF : C'est souvent l'environnement familial, le conjoint qui relève du statut de la fonction publique ou de la fonction publique, 90% la majorité donc le reste est assez insignifiant

**MIP : L'information, je vais faire le lien avec vos procédures de communication par rapport à leurs différents contrats, leur couverture par rapport à la complémentaire, comment vous procédez ?**

GMF : On a des outils d'aide sur ce qui se fait ailleurs, on sait que la majorité des mutuelles de la fonction publique ne rembourse pas les vignettes à 15% par exemple des choses comme cela qui ont été alimenté par nos sièges.

Et après c'est en questionnant nos assurés eux sur leurs besoins aussi et comment ils sont car parfois les gens disent j'ai une super mutuelle ; alors c'est quoi une super mutuelle car ce n'est pas la même chose pour tout le monde ; on met pas tous le curseur au même niveau euh voilà ; une bonne mutuelle c'est quoi ne pas avoir de reste à charge, à quel moment l'on estime que le reste à charge est acceptable alors notamment c'est un peu surtout sur des points qui fâchent optique dentaire surtout optique dentaire

**MIP : Et puis l'audio**

GMF : Oui alors là j'avoue aujourd'hui dans notre eux est ce que l'on est trop jeune je ne sais pas sur le marché on est assez peu sollicité pour cela

**MIP : Ce que l'on a lu dans le groupe, optique occupe 30% du marché, l'audio et le dentaire 10%**

GMF : L'optique est fort développé car cela date. Nous l'on va le développer sur tout le réseau sur tous les points c'est toujours pareil on est en Saône et Loire et on n'est pas sur des grandes villes donc vous n'allez pas trouver. Sur Chalon il y a un dentiste agréé pour l'implantologie par exemple mais sinon après il faut aller dans les grandes villes après à Lyon sinon on vous envoie sur Lyon après.

**MIP : Est-ce que les usagers sont inclus dans votre gouvernance, est ce qu'il y a des représentants des usagers ? Ils sont élus ?**

GMF : Oui bien sûr des représentants des sociétaires. Oui oui. Vous cotisez sur chaque contrat quelques centimes

**MIP : Concernant les professionnels de santé, c'est tout SANTECLAIR qui traite ou vous qui faites les démarchages par rapport au réseau ?**

GMF : Aucune idée. On doit avoir un cahier des charges où SANTECLAIR doit répondre

**MIP : Les perspectives pour l'avenir, vos réseaux vous souhaitez les développer au niveau des PM et des PNM ou pas ?**

GMF : Je ne sais pas

**MIP : Le but c'est le reste à charge 0 pour les sociétaires ?**

GMF : Je ne suis pas sûre. Parce qu'aujourd'hui le reste à charge 0 il n'existe pas car par la limitation du remboursement de la sécu au niveau de l'optique on ne peut plus être dans une optique de reste à charge 0 après on est dans de la stratégie d'entreprise à laquelle je ne suis pas associée

**MIP : Par rapport au fusion/concentration avec d'autres ?**

GMF : Le SGAM cela date qui est un regroupement de moyens et non une fusion

**MIP : Cela date de ? Vous ne savez pas ?**

GMF : Cela date d'au moins 10 à 15 ans d'entité je dois pouvoir vous le retrouver

**MIP : Non c'est bon je vais mettre 10/15 ans**

GMF : On reste des entités concurrentes, il n'y a pas de projet de fusion ou autres. On voit que dans la santé il y a eu de gros changements avec le regroupement de certaines mutuelles, à un moment s'ils veulent survivre et c'était pareil il y a quelques années avec le marché des assurances

**MIP : Pour vous, il faut que les réseaux de soins soient pérennes mais pas forcément en Saône et Loire**

GMF : On peut répondre pour des soins basiques je dirais mais pour l'orthodontie il n'y a pas de centre agréé ; ceci étant ils sont beaucoup moins chers que les prix pratiqués à Paris ; donc souvent le réseau de soins est moins développé par nature et le coût est moindre ; ici on n'a pas de cliniques ou d'hôpitaux non agréés qui en dehors du système l'Hôpital Américain c'est l'Hôpital Américain on n'a pas cela et heureusement. Même si vous allez à la clinique Ste Marie ou Dracy.

**MIP : Vous faites le tiers payant ?**

GMF : Voilà, tout à fait

**MIP : Avec les libéraux, vous pensez conventionner ?**

GMF : Aucune idée

**MIP : Cela revient à la stratégie à la question que je vous ai posé tout à l'heure C'est terminé, je vous remercie**

GMF : Je suis désolée je n'ai pas été forcément experte dans mes réponses mais je suis responsable d'agence tout en étant salariée

## Annexe n°7 : Entretien Allianz

### **MIP : Pourriez-vous nous présenter la société Allianz ?**

Allianz : Allianz est le leader européen de l'assurance et est un acteur qui aujourd'hui en France couvre en santé près de 2 millions de personnes.

### **MIP : Quel est votre positionnement par rapport à la notion de réseaux de soins ? Quels sont vos liens avec votre plateforme, avec les professionnels de santé, avec vos clients/assurés ?**

Allianz : Je suis dirigeant de cette activité chez Allianz et Allianz est un des actionnaires fondateurs de Santéclair et donc je suis administrateur de Santéclair. J'en assure donc la présidence tournante avec nos collègues de COVEA. Du point de vue des relations avec la plateforme, ça se passe très bien.

Nous travaillons en lien extrêmement étroits avec la plateforme. Formellement, des points de suivis bimensuels sont effectués, mais j'échange avec la Directrice Générale de la plateforme de manière hebdomadaire voire quotidienne, comme c'est le cas actuellement, le modèle étant mis à mal par les projets du gouvernement. Il y a des interactions très régulières.

### **MIP : Pour vous, le réseau de soin est-il une ressource, un outil, un partenaire ?**

Allianz : C'est sur ce point que vous verrez une grande différence entre les acteurs. Il est important de prendre un peu de temps pour comprendre les différents schémas en présence. Il y a des OCAM qui considèrent que le réseau de soins est un outil marketing, c'est-à-dire qu'ils considèrent que cela fait partie des éléments "amusants" à mettre en avant lors de la vente du produit d'assurance, qu'il s'agisse d'un produit d'assurance individuelle ou collective. Grosso modo, ça n'a pas vocation à être extrêmement étudié. C'est juste un mal nécessaire au moment de la vente du contrat, car si vous ne l'avez pas, vous n'allez pas réussir à convaincre votre client qui aura vu cette fonctionnalité ailleurs. Notre approche est radicalement opposée. Je ne dis pas qu'il y en a une qui est meilleure que l'autre. Les gens qui retiennent la première approche font autre chose.

Notre approche est d'assigner au réseau de soin une mission de Recherche et Développement et de suivi des nouveaux services qui pourraient être conçus pour se différencier et un outil important de maîtrise de la charge technique. Nous concevons les réseaux de soins comme un outil qui vise à faire réduire la charge sinistre, c'est-à-dire qui va *in fine* faire baisser les cotisations versées par les assurés en leur fournissant soit une puissance d'achat supérieure dans les négociations avec les opticiens, les verriers et les audioprothésistes par ailleurs, soit en leur assurant une meilleure information, un meilleur accès, une meilleure orientation, pour faire en sorte qu'ils soient soignés par les meilleurs professionnels possibles en évitant ainsi, les complications, les ré hospitalisations les soins de suite. Nous assignons à Santéclair une triple mission :

- faire bénéficier l'assuré du pouvoir de négociation que confère le fait d'avoir 10 millions de personnes utilisatrices du réseau de soins.
- Mobiliser de la R&D pour inventer l'assurance complémentaire santé de demain.
- Rendre l'information facilement accessible et faciliter l'orientation des patients dans le réseau de soins pour que les assurés trouvent facilement le meilleur endroit où se faire soigner, non pas le moins cher, mais vraiment l'endroit qui dispose de la meilleure expertise pour soigner l'assuré et lui donner la meilleure chance.

**MIP : En termes de fournisseurs, quelles sont vos relations, en tant qu'OCAM, avec les professionnels de santé ?**

Allianz : Le marché de l'assurance santé est une vraie nébuleuse de groupuscules différents. Nous n'avons pas de liens directs et structurés avec les professionnels de santé, ni avec les syndicats médicaux - qui sont souvent en première ligne. Par contre et par le biais de la Fédération Française des Assurances, on participe aux négociations de places qui ont lieu notamment à l'UNOCAM. Comme nous sommes un acteur important de l'assurance santé en France, nous siégeons dans les différentes instances de la FFA et nous essayons de peser sur les orientations qui sont prises. Je dois vous avouer qu'il ne s'agit pas de l'organe qui a le plus de poids dans les discussions.

**MIP : Par rapport aux clients et aux assurés, comment vous positionnez-vous ? Qui sont vos publics ?**

Allianz : Nous disposons d'offres individuelles grand public, des offres collectives, des offres à destination des travailleurs non-salariés pour la loi Madelin, des offres pour des populations à besoins spécifiques notamment les forces armées. Nous sommes un assureur référencé du Ministère de la Défense. Typiquement, un militaire dans la force active ou un CRS ne peut bénéficier d'un contrat classique qui prévoit des exclusions de garanties au titre de la participation active au conflit. Quelques fournisseurs garantissent que les exclusions sont adaptées à la profession des assurés. C'est notre cas. Nous participons à tous les compartiments du jeu : grand public, salariés, non-salariés, seniors, fonctionnaires sur référencement de certains ministères et entreprises et grandes entreprises. Notre chiffre d'affaire est de 600 millions d'euros en assurance individuelle et 1 milliard en collective. Nous sommes assez présents dans les deux marchés.

**MIP : Quelles sont vos relations avec les pouvoirs publics ?**

Allianz : Il y a plusieurs éléments. Il y a les discussions qui sont canalisées par la FFA sur les projets de réforme et en ce cas les échanges peuvent être soit avec le corps politique soit de nature technique avec notamment la Direction de la Sécurité Sociale sur la partie de la mise en œuvre des choix politiques qui sont faits. Nous pouvons être sollicités ponctuellement sur des propositions ou des projets qui passent principalement par le canal de la DSS en tant qu'interlocuteur. Parfois, il peut s'agir du Trésor, de Matignon ou de l'Elysée. Il y a des interactions naturelles qui ont lieu quand des réformes touchent au domaine de l'assurance et qui peuvent être soit bilatérales soit organisées par la Fédération.

**MIP : Quelle est votre vision du marché des OCAM ? Quel a été votre intérêt à venir sur ce marché notamment des réseaux de soins ? Quel est votre avantage comparatif ?**

Allianz : Nous étions un des tous premiers réseaux de soins. Santéclair s'est montée à la fin des années 90. L'idée était vraiment d'avoir un endroit où regrouper la masse des assurés Allianz et la masse des assurés COVEA qui reprend Azur, GMF, MAAF, MMA et d'avoir un nombre significatif d'acteurs pour pouvoir mettre en place une logique de négociation avec des opticiens et des audioprothésistes en proposant un marché gagnant-gagnant : une maîtrise et un encadrement des tarifs pour nos assurés en échange de quoi nous leur adressons un volume d'activité qui représente au moins 25% du chiffre d'affaire de l'établissement. Le marché avec les opticiens, souvent caricaturé, est de négocier des marges raisonnables en échange de quoi nous leur adressons beaucoup de monde. Sur le volume, les opticiens s'y retrouvent. Preuve en est, quand nous faisons des appels d'offre pour reconstituer le réseau, la plupart des opticiens candidatent et se battent farouchement pour

en faire partie parce qu'ils voient bien que la perte de marge unitaire est largement compensée par la hausse du volume.

**MIP : Quels sont vos objectifs et votre stratégie de développement ?**

Allianz : Aujourd'hui je suis très embêté pour vous répondre. Comme vous le savez certainement, des projets extrêmement structurants sont en cours de discussion avec le Ministère de la Santé et notamment la DSS, partis de la promesse présidentielle de mettre en place un reste à charge zéro en optique et en audioprothèse - on l'enterre d'ailleurs - que nous nous proposons de mettre en œuvre par le biais des réseaux de soins efficaces, car nous avons déjà des offres sans reste à charge dans les réseaux, les propositions mises en place actuellement sont celles de prix limite de vente et de la limitation par les pouvoirs publics des points de vente. Cela veut dire que les points de vente créeraient de fait un réseau public et qui pose la question de déterminer le rôle pour les réseaux de soins demain en optique, en dentaire, en audioprothèse s'il y a déjà un mécanisme public de référencement.

Surtout ce mécanisme risque d'être beaucoup moins efficace dans sa formulation : proposer à un opticien un prix limite de vente, disons 50€, sur un verre donne la certitude qu'il fixera son prix à ce maximum, alors qu'aujourd'hui nous proposons référence de verre par référence de verre, notamment sur tout le catalogue Essilor, un prix public et un prix négocié. Nous indiquons verre par verre le montant que nous sommes prêts à payer et beaucoup sont en-dessous de 50 €. Si vous prenez un verre simple pour un enfant de 10 ans qui a besoin d'une correction de 0.5 dioptrie, le verre ne vaut pas 50 €. La difficulté est que les réseaux de soins se sont construits par le biais de catalogue de référence qui sont mis à jour quasiment quatre fois par an par des négociations intelligentes avec les verriers, soit une logique qui ne s'accorde pas du tout avec celle d'une réglementation par décret avec mise à jour tous les deux ans des grilles de prix. Nous avons un peu peur que la mise en place d'un prix limite de vente qui part d'une bonne idée de dire qu'il ne faut pas que les prix s'envolent inutilement, n'aboutisse finalement à une forte hausse des prix des verres très simples et une perte de qualité sur les verres. Dire à un opticien qu'il peut vendre les verres jusqu'à 50€, conduit à la certitude qu'il les vendra à 50€. A partir du moment où le prix de vente est de 50€, il a intérêt à les acheter le moins cher possible. Dans ces cas-là, il n'a aucun intérêt à acheter le verre Essilor aminci, endurci, antireflet etc... Mais plutôt à choisir un verre exotique acheté on ne sait où sans grande traçabilité, qu'il va pouvoir acheter pour quelques euros voire moins de manière à maximiser sa marge. Là-dessus, ce n'est pas condamnable, le système le pousse à faire ça.

**MIP : En somme et pour vous, la régulation par contrat fonctionne-t-elle mieux que celle par décret ?**

Allianz : Je suis totalement agnostique sur le principe. Je ne dis pas que la régulation par contrat marche mieux tout le temps. Je dis: "dans un marché où il y a autant de références que les verres et que l'optique et dans un marché où il y a une telle pléthore d'offres, un des gros soucis en France est l'excédent des magasins d'optique par rapport à tous les comparatifs européens par exemple, dans ce marché-là, il faut avoir une régulation extrêmement fine et qui garantit à la fois que le verre est venu au juste prix et qu'il n'y a pas une baisse en gamme et fourniture d'un verre de mauvaise qualité pour baisser la marge. La prise en charge des dépassements par rapport à un prix limite de vente est aujourd'hui probablement trop grossière par rapport aux pratiques des réseaux. Mon principal sujet de préoccupation aujourd'hui est que cela coûte beaucoup plus cher à la complémentaire santé (des verres très simples vont être vendus beaucoup plus chers qu'avant).

Par ailleurs quel rôle pour les complémentaires santé ? Aujourd'hui le marché avec les opticiens qui fait qu'ils veulent rentrer dans les réseaux de soins : nous vous garantissons que nous en prenons moins à l'unité mais qu'au final cela représente 25 à 30 % de votre clientèle ; ce marché-là ajoute le fait d'accepter le prix que nous indiquons et d'accepter les contrôles que nous faisons pour s'assurer de la traçabilité des verres, de leur correspondance entre montage et facturation etc...

Demain si un prix limite de vente s'impose à tous, pourquoi les opticiens accepteraient-ils des contraintes supplémentaires ? C'est une vraie question donc la capacité des réseaux : à contrôler, à piloter, à vérifier que les verres posés sont bien ceux facturés ; va être remise en cause.

Ce que nous allons faire dépend vraiment de la manière dont va évoluer la réglementation dans les mois à venir.

### **MIP : Quelle est votre politique de communication autour des réseaux de soins ?**

Allianz : La question peut être comprise de deux manières. La première est de dire que pour nous, la politique de communication de Santéclair a une liberté de ton que nous n'aurions probablement pas pour la marque Allianz. Santéclair a un positionnement clairement consumériste. Son point de vue est celui des usagers du système de santé en général. Santéclair prend position fortement avec 60 millions de consommateurs, avec les associations de malades, sur toute une série de thématiques pour améliorer l'orientation et la prise en charge de certains assurés. Ils ont donc une liberté de ton, une liberté de communication que l'on surveille mais que l'on cherche à préserver.

Deuxièmement, vis-à-vis des assurés, c'est-à-dire concrètement sur la carte de tiers payant, aujourd'hui la grande difficulté est que vous avez quatre acteurs qui se battent pour être visibles du consommateur, de l'assuré : l'assureur, le délégataire de gestion (dans la plupart des contrats collectifs, ce n'est pas l'assureur qui gère mais un organisme justement en charge de faire cette gestion de recevoir les appels, de payer les prestations, de demander les prises en charge hospitalières...), le réseau de soins (mentionné notamment pour le tiers payant en optique en dentaire) et en plus vous avez l'opérateur de tiers payant pour la pharmacie. Tout cela est extrêmement peu lisible pour le client, qui se retrouve avec une carte trois volets totalement incommode parce qu'elle s'adresse à des publics très différents. Vis-à-vis du client utilisateur, il est compliqué de faire simple.

### **MIP : Quelle est votre politique de contrôle en matière de qualité ? De quels moyens disposez-vous pour vous assurer que les marchés sont respectés ?**

Allianz : Il faut différencier en fonction des cas. Sur l'optique, nous disposons de toute une gamme de contrôles. Le plus simple est celui par lequel nous assurons que tout est conforme : le client mystère ou des vérifications chez l'assuré des verres qui lui ont été posés par des opticiens salariés de Santéclair. Nous avons en plus des cellules spécifiques de lutte contre la fraude qui repèrent soit des facturations étonnantes et qui sont même équipées d'outils extrêmement avancés de type intelligence artificielle, big data... pour faire du croisement de données et qui repèrent les points de vente dont le chiffre d'affaire est anormalement bas dans le réseau ou des points de vente qui ont des typologies de vente anormales par rapport au niveau moyen de revenus de points de leur catégorie. Ce type de mécanique est extrêmement avancé en termes d'études quantitatives, permet de sortir des schémas de fraude éventuelle qui après sont investigués et qui parfois aboutit à l'exclusion de certains opticiens malveillants.

Pour les audioprothèses, les mécanismes sont identiques.

Sur le volet dentaire, on est sur un domaine beaucoup plus médical. Nous avons des dentistes-conseil chez Santéclair qui vont intervenir sur les plans de soins très importants et pas sur les cas simples (pose d'une couronne). Pour des assurés qui, pour des raisons diverses et variées, ont un plan de soins depuis un accident ou des pathologies particulières et ont un grand nombre de dents à refaire, des dentistes spécialistes interagissent avec le dentiste qui a fait un devis pour savoir si la voie thérapeutique choisie est effectivement la meilleure ou qui permet d'informer le client que les mêmes soins prodigués dans le réseau par un dentiste certifié peuvent diminuer fortement son reste à charge. Le point important à comprendre est que l'assureur n'a aucun intérêt financier dans l'affaire puisque la seule chose qui baisse, c'est le reste à charge. Nous ne cherchons pas à baisser le montant payé par l'assureur puisque de toute façon c'est encadré par les garanties du contrat. Notre intérêt est de baisser le reste à charge du client et d'améliorer sa satisfaction.

**MIP : Quel bilan tirez-vous du réseau de soins ? Les résultats obtenus sont-ils identiques dans les trois secteurs ?**

Allianz : Non, aujourd'hui le taux d'orientation dans le réseau en optique est de l'ordre de 40%. Cet ordre est de 15% en dentaire. Nous ne sommes pas sur les mêmes logiques pour des rationnelles et irrationnelles. En optique, pendant longtemps, le gros argument des réseaux de soins est qu'il permettait le tiers payant. C'était quelque chose d'extrêmement pratique pour les assurés et cela facilitait fortement l'orientation.

En dentaire, il y a la peur de tomber sur un dentiste qui fait mal. Il est compliqué de faire changer les gens de dentiste. Quand ils ont trouvé un qui ne fait pas mal, ils sont persuadés qu'il est bon. Je ne suis pas dentiste donc je ne peux vous dire s'il est bon ou non, mais en tout cas on observe que les gens ont plus de mal à changer de dentiste et à recourir à un dentiste suite à une orientation par Santéclair.

Sur l'audioprothèse, les réductions qui sont consenties par le réseau sont tellement gigantesques que cela prouve que ce marché a besoin d'une moralisation. Nous sommes sur une situation anormale.

**MIP : Tirez-vous un bilan de la loi le Roux ?**

Allianz : La loi le Roux est intervenue à point nommé pour calmer la colère des internes. Elle n'avait aucun rapport avec les réseaux de soins puisqu'à aucun moment les demandes des médecins étaient de ne pas être soumises à des réseaux de soins. Ce n'était pas non plus la revendication des internes qui voulaient une revalorisation de leurs conditions de travail et accessoirement de la manière dont les gardes étaient rémunérées. Le dispositif relatif aux réseaux de soins était inadapté ou en tout cas ne répondait pas à un besoin particulier. La loi le Roux consacre l'existence des réseaux de soins mais elle interdit simplement leur mise en place avec des médecins. Nous le regrettons. Je ne sais pas si un réseau de soins avec des médecins a du sens mais il y a des choses sur lesquelles on aurait pu travailler intelligemment avec les professions médicales.

**MIP : Quelles sont les insuffisances, les pistes d'amélioration du marché ? Comment pensez-vous qu'il va évoluer ?**

Allianz : Le problème est qu'aujourd'hui ce n'est pas un marché. Pour le coup, tout le monde est d'accord. Nous ne sommes pas en présence d'un marché mais de quelque chose à la confluence de la politique publique et de l'offre de soins sur un secteur dans lequel il n'y a pas de vision très claire de la part des pouvoirs publics aujourd'hui sur les rôles et les missions à confier aux OCAM et sur leur place demain. Les OCAM sont un tiers payeur qui permet de limiter le reste à charge des assurés. Il n'y a pas de relation de confiance établie

entre les pouvoirs publics et les OCAM qui consistent à dire : "vous allez nous aider à réguler telle partie de l'activité". Une fois encore, si je prends l'audioprothèse qui est le domaine le plus scandaleux, vous voyez bien qu'un audioprothésiste à bac+3 dont le salaire d'embauche est à plus de 8 000 € pose un problème évident de rente manifeste qui nuit à l'équipement des français.

Il y a des endroits où les réseaux de soins auraient pu participer activement à la régulation en bonne intelligence avec les pouvoirs publics. Il y a toujours la hantise de la part des pouvoirs publics d'un futur où les OCAM interviendraient plus fort sur le conventionnement. Ils perdraient ainsi la main sur une somme d'actes. Ce n'est pas le souhait aujourd'hui du Ministère de la Santé qui fait preuve d'une grande défiance par crainte de laisser une place trop importante aux OCAM.

Pour le moment, il est difficile de vous renseigner car pour le moment nous ne sommes pas sur un marché sur lequel il y a une offre et une demande en fonction du prix qui est difficile à comprendre. Nous sommes sur de la fourniture de soins qui est éminemment multifactorielle. Il y a un volet démographie médicale, un volet offre de soins, un volet évolution des pratiques médicales, un volet coût de prise en charge. Il y a dix ans, il y avait dix fois moins d'ambulatoire qu'aujourd'hui.

Je ne sais pas. Ce dont je suis convaincu, c'est que le système de soins est hautement inégalitaire. La principale injustice est l'accès à l'information. Aujourd'hui, quand vous souffrez de certaines pathologies savoir où commencer votre parcours de soins a un impact direct sur votre espérance de vie. A titre personnel, je reçois aujourd'hui trois à quatre demandes par semaine pour savoir vers quel médecin se tourner. Ce rôle pourrait être tenu par les OCAM, non pas dans une logique de réduction du coût mais dans une logique de fourniture simple d'une information totalement objective sur la détermination du bon endroit pour aller se faire soigner pathologie par pathologie. Fournir ce service serait une valeur ajoutée que l'on pourrait faire de manière totalement transparente avec les comités d'éthique adaptés. Aujourd'hui, les pouvoirs publics ne sont pas prêts à confier ce simple rôle.

Le terrain est mouvant. Des nouveaux besoins émergent. Il faut voir si la réglementation nous permet d'y répondre- ce sont les contraintes de la loi le Roux- et puis il y a des volontés consuméristes très fortes d'avoir accès à l'information d'une part et d'un droit au meilleur traitement d'autre part. Il faut voir comment cela peut se coordonner entre un régime obligatoire, des OCAM qui sont en concurrence sur un marché extrêmement concurrentiel et des médecins qui sont de moins en moins nombreux à vouloir soigner.

**MIP : Comment percevez-vous l'évolution du marché entre les OCAM ? Se dirige-t-on vers un mouvement de fusion ou de concentration du secteur ? A l'inverse, l'approche retenue est-elle partenariale ?**

Allianz : Il y avait 1 700 OCAM, il y a 10 ans. Il y en a 500 aujourd'hui. Il est probable que le mouvement de concentration, notamment dans les mutuelles, ait vocation à se poursuivre fortement. Harmonie mutuelle est par exemple un ensemble qui a vocation à agréger beaucoup de mutuelles qui n'ont pas la taille critique. Aujourd'hui, l'investissement nécessaire en termes d'informatique est tout de même significatif. Les coûts de distribution d'assurance augmentent également. Le mouvement de concentration va donc se poursuivre mais plus pour les mutuelles et les institutions de prévoyance que chez les assureurs.

Chez les assureurs, la concentration est moins probable. Par ailleurs, les assureurs mettent en place des synergies entre eux soit par le biais des réseaux de soins soit par le biais des délégataires de gestion. Les assureurs ont plein d'autres lignes d'activité et l'assurance santé est une partie mais qui est presque secondaire par rapport à l'ensemble de l'activité des assureurs. Ils peuvent mutualiser les outils informatiques, les services de gestion, les réseaux

de soins et font des partenariats ad hoc en tant que de besoin parce qu'un assureur fait de l'assurance auto, de l'assurance habitation, de l'assurance vie, et plein d'autres types d'assurances. Il a besoin de fournir l'assurance santé la plupart du temps parce qu'il a des clients qui lui demandent et qu'il fournit déjà toutes ces assurances et il n'a pas envie que ces clients aillent voir ailleurs juste pour l'assurance santé. Par contre, il peut en déléguer la conception et la gestion à plein d'autres acteurs.

Je vois donc moins de concentration chez les assureurs et plus de concentration chez les mutuelles qui, comme elles ne font que de la santé sont parfois beaucoup plus contraintes quand elles n'ont pas la taille critique.

### **MIP : Les réseaux de soins sont-ils pérennes ?**

Allianz : Sur le devenir des réseaux de soins, nous nous trouvons à la croisée des chemins. Vous pouvez avoir un chemin où les réseaux de soins empruntent, je n'ose pas dire "à l'américaine" car cela fait peur à tout le monde, mais dans lequel ces derniers deviennent un acteur clé de la régulation des prix en s'assurant que les gens sont orientés vers les établissements qui prodiguent les meilleurs soins avec le plus faible nombre de complications possibles, le plus faible nombre d'erreurs opératoire, le plus faible nombre d'erreurs de diagnostics, toute une série de critères objectifs sur lesquels repose la qualité des soins, ce qui concentrera la demande vers ces établissements et du coup entraînera de facto une concentration des moyens sur ces établissements - c'est la vertu de la T2A - et moins dans les endroits qui n'ont pas la taille critique ou qui n'ont pas les moyens de vous fournir des soins de grande qualité même s'il s'agit de soins de proximité.

Vous pouvez imaginer qu'il y a un chemin très radieux pour les réseaux de soins demain sur cette voie-là et vous pouvez imaginer aussi qu'il y ait une réforme en cours sur le prix limite de vente tels que décrits dans les projets actuels sur les restes à charge zéro qui finalement entraînent une marginalisation complète des réseaux de soins, une perte complète de capacité de négociation vis-à-vis des opticiens, des dentistes et des audioprothésistes qui font que finalement, ils ne deviennent qu'un acteur tout à fait secondaire dans le dispositif.

## **Annexe n°8 : Entretien Santéclair**

### **MIP : Pourriez-vous présenter votre société, votre activité et vos métiers ?**

Santéclair : Santéclair est une entreprise d'aide au consommateur dans le domaine de la santé, c'est-à-dire que nous aidons les français, nos clients, à se diriger dans le système de santé pour obtenir un bon rapport qualité/prix. Nous avons des activités dans des domaines variés, notamment les domaines où les prix sont libres par exemple en optique, en dentaire, en audioprothèse. On a aussi des activités dans le domaine hospitalier, dans le domaine des médecines douces comme l'ostéopathie ou les problèmes de diététique et puis, depuis peu, on a lancé toute une série de services dans le domaine de la médecine de ville. C'est assez large. Ce n'est pas seulement des réseaux, ça peut être des outils d'aide à la prise de rendez-vous, des outils digitaux d'aide à la décision, des outils d'évaluation de différents segments. Cela peut aller de l'évaluation de l'automédication à celle des pratiques de soins en cancérologie. Cela peut être assez varié. On parle de nous comme étant des réseaux de soins, mais les réseaux ne sont qu'un des outils, certes le plus emblématique, que nous mettons à la disposition des consommateurs. Ce n'est pas la finalité de notre entreprise.

### **MIP : Quel est votre positionnement avec les divers acteurs ? Tout d'abord avec les OCAM ? Si je ne me trompe pas, vous êtes constitué par Allianz et Covéa.**

Santéclair : Ce sont nos actionnaires principaux, mais nous avons aussi d'autres actionnaires comme la mutuelle de la police, MGT et une association de prévoyance appelée IPK. En dehors de ces actionnaires, on a 70% de nos clients qui ne sont pas actionnaires. En terme de portefeuille client, cela recoupe 53 complémentaires santé différentes, actionnaires inclus. Cela représente environ 10,5 millions de personnes protégées qui ont accès à nos services. Cela ne signifie pas qu'ils les utilisent tous, malheureusement, ça viendra peut-être. En tous cas, ils ont accès à nos services via leurs complémentaires santé, via leur assistant, via leur gestionnaire. Nos clients ne sont pas que des complémentaires santé.

### **MIP : Quelles sont vos interactions avec les professionnels ? Etes-vous en charge du recrutement ? Le cas échéant comment se passe-t-il ?**

Santéclair : Lorsque l'on fait des réseaux, il y a bien sûr une notion de recrutement par le biais d'appels d'offre, de référencements. Il y a tout un processus qui est assez lourd avec des cahiers des charges, des sélections, des contrôles de référence et des tarifs. Dans ce cadre, nous sommes en charge de la sélection.

Après, lorsque l'on fait des devis-conseil que l'on analyse ou lorsque l'on fait de l'orientation vers les meilleurs établissements pour tel et tel type de chirurgie, on n'est plus sur de la négociation mais sur de la transmission digeste d'informations au consommateur qui lui permette de s'orienter.

Lorsqu'il y a relation avec les professionnels de santé, nous gérons cette relation.

### **MIP : Vis-à-vis des consommateurs, avez-vous des liens directs ?**

Santéclair : Pour l'instant notre mode de commercialisation, sauf exceptions, est sur le modèle *Business to Business to Consumer* (B to B to C). Nous vendons notre panier de services à des complémentaires ou à des gestionnaires ou à des assistants. Ils peuvent ensuite les mettre à disposition du client final. Ensuite, nous sommes en contact avec le client final lorsqu'il consomme nos services, c'est-à-dire lorsqu'il nous téléphone pour avoir des adresses ou parce que quelque chose ne s'est pas bien passé ou s'il fait une réclamation, lorsqu'il va dans le réseau en tiers payant en contrôlant que tous les paramètres négociés dans le réseau

ont été respectés ou encore lorsqu'il fait une demande de cotation pour savoir combien il aura à sa charge pour un devis qu'il a fait remplir et que ce reste à charge est important et que nous l'aidons à trouver des solutions pour réduire son reste à charges, ou lorsque nous l'aidons dans le système de santé pour choisir un bon établissement ou un bon médicament d'automédication. On est en contact avec lui soit par téléphone soit par moyens digitaux désormais.

**MIP : Avez-vous un profil-type du consommateur de votre plateforme ?**

Santéclair : C'est difficile à dire. Ça dépend des types de service. C'est globalement un peu plus féminin que masculin et c'est en moyenne un peu plus âgé que la moyenne des bénéficiaires des contrats d'assurance. Mais je pense que cette petite distorsion sur l'âge est tirée par les volumes de consommation qui sont supérieurs en fonction des classes d'âge et du type de service que nous rendons par exemple les prothèses auditives commencent à partir de 65 ans ; les lunettes, passé 55 ans, on a 100% de porteurs, alors que dans les âges jeunes on est à 30%. Sur le réseau dont nous disposons sur les prothèses orthopédiques, il s'agit essentiellement de prothèses de hanche ou de genoux, destinées plutôt à une clientèle plus âgée.

Effectivement, une bonne part de nos services sont destinés à une clientèle plus âgée mais par exemple et pour caricaturer, l'accès à notre réseau d'orthodontie, ce ne sont pratiquement que des enfants via leur famille (père ou mère). L'aide à l'automédication est un service qui s'adresse aux plus jeunes. Nous venons de lancer un service en médecine de ville qui s'appelle "Trouve ton doc" avec à la fois des outils consolidés de prise de rendez-vous, de calcul du reste à charge ou d'accès à des téléconsultations. C'est aussi un outil un peu plus jeune. Cela dépend aussi du type de service que l'on propose. Il est dur de faire une généralité.

**MIP : Viennent-ils plutôt des contrats individuels ou des contrats collectifs ?**

Santéclair : Aujourd'hui, on va avoir à peu près moitié-moitié. Il y a encore pas mal de contrats individuels et nous travaillons aussi avec le grand courtage, les contrats collectifs. On va être plutôt sur du collectif de forte taille plus que sur les TPE et sinon beaucoup sur l'individuel. Nous avons ainsi une vision assez globale des problématiques parce que nous sommes positionnés à la fois ville et campagne, à la fois individus et entreprises voire très grandes entreprises. On a une vision assez acérée quand même de ce qui peut se passer en Ile-de-France comme de ce qui peut se passer en Bretagne. On n'a pas de typologie qui ferait qu'on s'intéresse plus aux villes qu'aux campagnes ou plus aux grandes villes qu'aux villes moyennes.

On a vraiment une diversité sur nos 10,5 millions de bénéficiaires. Pour des clients MAAF ou MACIF, les individus seront plutôt de petites ou moyennes villes, issus du commerce, de l'artisanat et - de manière caricaturale - avec des problématiques de garanties un peu plus faibles et de revenus moyens voire faibles.

Puis, on peut être via Allianz collective ou le grand courtage comme Eon ou Verspiren ou Verlingue, plutôt sur des contrats collectifs, plutôt siège social d'entreprise de grande taille donc plutôt dans les grandes villes, Ile-de-France pour beaucoup avec des contrats qui disposent de garanties généreuses.

Puis on va avoir vraiment une grande différence quand on prend des mutuelles du type de celle des militaires comme Léo où là on sera sur la population des militaires et leur famille ou la mutuelle de la police, avec la population des policiers et de leur famille, la mutuelle des cheminots.

On va donc avoir une vision assez large, des populations assez distinctes et finalement devoir être assez généraliste : être capable de rendre des services à la fois au parisien pressé qui a des belles garanties et qui est cadre supérieur dans une grande entreprise qu'à l'employé de garage ou d'un salon de coiffure qui a souscrit individuellement ou le retraité.

Quelle est votre vision des réseaux de soins ? Plus exactement, quelle est votre vision de Santéclair par rapport aux plateformes concurrentes ?

Santéclair a 15 ans d'existence (nous avons été créés en 2003). Nous avons toujours eu un peu l'image de leader, et ça nous va bien, d'être un peu poil à gratter, de défricher, d'ailleurs de prendre parfois un peu des coups, d'être en avance. Ça reste le cas. Nous avons un positionnement assez clair sur le fait qu'on est pas là pour que les professionnels de santé nous adore tous mais vraiment pour rendre service au client final et lui apporter de la valeur ajoutée aussi bien sur les tarifs que sur le contrôle de la qualité que sur la mise à disposition d'informations qui sont parfois difficiles à récolter et parfois cachées.

Donc on a un positionnement, je dirais, assez engagé par rapport à notre rôle vis-à-vis des consommateurs et peut-être plus fortement engagés que certains de nos concurrents qui ont choisi d'avoir des positionnements un peu plus intermédiaires entre le fait de plaire aux professionnels de santé et de plaire au client final, pour caricaturer.

Globalement, dans la concurrence qui se passe, il y a quand même des éléments qui peuvent être communs à toutes les plateformes et qui nous réunissent, parfois dans des combats communs, comme ce qu'il se passe en ce moment sur le zéro reste à charge. Notre mécontentement est assez collectif.

**MIP : Par rapport aux professionnels et pour reprendre vos termes de poil à gratter, est-ce totalement assumé ou bien est-ce une difficulté pour recruter des professionnels, notamment en matière d'audioprothèse et d'implants dentaires ?**

Santéclair : Si vous voulez toute la difficulté réside dans le fait d'avoir suffisamment de professionnels mais avec des prix suffisamment attractifs. Tout dépend d'où vous fixez le curseur si vous faites faiblement baisser les prix, vous avez plus de professionnels mais vous obtenez un moindre résultat pour le client final. On réduit cette problématique pour la rendre tenable par l'effet volume de nos 10,5 millions de clients qui fait que ne pas signer avec nous signifie se priver de pas mal de clients. On fait beaucoup de marketing, les assureurs en font aussi pour que nos réseaux soient fréquentés. Ces derniers sont souvent reconnus comme étant des réseaux réellement fréquentés. On a aussi utilisé en optique par exemple le numerus clausus pour faire que l'on ait vraiment des volumes chiffre d'affaire suffisant pour les opticiens qui compense leur perte de marge.

Pour l'audioprothèse on a beaucoup travaillé sur le modèle alternatif consistant à être capable de délivrer des prestations de qualité en audioprothèse au sein des magasins d'optique. C'est un modèle qu'on a beaucoup encouragé, qu'on a contribué à créer. Aujourd'hui, il représente à peu près 20% du marché et pourrait représenter encore beaucoup plus si j'arrivais à recruter sans trop de problèmes.

Aujourd'hui, dans notre réseau, on est assez content finalement du volume parce qu'on a, à peu près, 750 audioprothésistes. Ce serait peut-être mieux si on en avait 800 ou 900, mais ce n'est déjà pas mal. Ils sont plutôt bien répartis et, pour une bonne moitié d'entre eux, proviennent de point de vente issus de magasins d'optique pour lesquels il y a un audioprothésiste en titre -sans quoi il ne pourrait pas exercer- mais qui nous permettent d'atteindre du coup des tarifs nettement moins élevés que nos concurrents puisqu'aujourd'hui en audioprothèse on est à un peu moins de 1 000 euros par oreille alors que le marché est à 1 500. Et on a des taux d'équipement binauraux (des deux oreilles) supérieurs à ce qui se fait

en moyenne sur le marché. Ce que j'en déduis aussi c'est que la baisse de tarif permet aussi aux gens de s'équiper des deux oreilles ce qui semble, somme toute, assez logique. Au global, l'audioprothésiste qui nous fait confiance, travaille avec nous, vend moins cher, mais vend plus et plus souvent deux équipements à la fois. Donc lorsqu'ils sont partenaires, ils ne s'en vont pas. Ils sont contents, ils restent. On a même plutôt tendance à augmenter notre nombre de partenaires. Mais ce que nous cherchons est que ceux qui ont un contrat avec nous et qui sont nos partenaires soient satisfaits de ce qu'ils en retirent. Après ceux qui n'ont pas de partenariats avec nous trouvent nos prix agressifs, mais si c'est en contrepartie de volumes plus importants ça vaut la peine. En tous cas, c'est un domaine où l'aspect volumétrie peut apporter du bien. Par exemple, aujourd'hui quand on facture pour deux audioprothèses, on facture deux fois une. C'est-à-dire, si l'une est à 1 500, la seconde aussi. Or quand vous équipez quelqu'un des deux oreilles, ça ne vous prend pas plus de temps que de l'équiper d'une oreille. Il vaut mieux vendre deux fois 1 000 euros si on compte même le prix d'achat de la deuxième prothèse, ça ne vous fait pas perdre plus d'argent que d'équiper une seule oreille à 1 500 €.

Il y a des effets de volume qui sont réels. Il y a aussi le fait d'avoir moins de temps mort dans son magasin, plus de remplissage car aujourd'hui une partie de la problématique de la distribution consiste à financer des points de vente, des points de distribution. Si ceux-ci sont plus actifs, le coût marginal n'est pas égal au coût moyen ce qui permet de descendre les prix. Il y a des secteurs où on peut les descendre beaucoup plus bas que la moyenne du marché: par exemple le cas de l'implantologie; c'est aussi le cas de l'optique; c'est partiellement le cas de l'audioprothèse; Et puis des secteurs où c'est beaucoup moins facile comme l'ostéopathie qui est typiquement le domaine où vous avez une faible élasticité prix/volume.

Donc nous essayons lorsque l'élasticité prix/volume est forte de descendre fortement les prix. D'ailleurs, on y arrive parce que par exemple dans l'implantologie on est par exemple à 1 150 euros en implant pilier couronne alors que le marché est plutôt à 2 100. Donc sur un implant, les gens qui ont notre réseau, qui est un réseau très spécialisé, ont déjà gagné sur un seul implant 1 000 euros.

Il y a des cas où on n'y arrive pas, où on y arrive moins, typiquement l'orthodontie est un exemple. Même en baissant faiblement les prix, on n'y arrive pas beaucoup pour une raison assez simple : il y a une grande pénurie d'orthodontistes. Cette pénurie est organisée puisqu'on en diplôme peu de la même façon qu'on diplôme peu d'audioprothésistes en France. Cela ne nous aide pas car lorsqu'on a organisé la rareté de la profession, il est difficile de négocier des tarifs avantageux pour le consommateur car le pouvoir est du côté du professionnel et pas du côté du consommateur.

**MIP : Pour vous, le facteur limitant est-il plus le service (la pose du dispositif) que la maturité technologique (le dispositif lui-même) ? La question du coût repose-t-elle essentiellement sur le "dernier kilomètre" ?**

Santéclair: Le "dernier kilomètre" représente 85% des coûts. C'est peut-être le dernier kilomètre mais c'est là que le prix est concentré. La partie industrielle est certes perfectible. C'est pour cela que nous avons été les premiers à faire un appel d'offres pour les verriers. Nous n'en avons sélectionné que trois pour avoir aussi un impact sur la partie industrielle. C'est plutôt sur l'aspect qualité que l'on peut avoir un impact, l'aspect prix est plutôt tiré par l'aspect distribution.

Un implantologue français (environ un dentiste sur trois) réalise en moyenne une trentaine d'implantations par an. Dans notre réseau d'implantologues, il faut qu'ils en posent

en moyenne 300 par an et, pour beaucoup d'entre eux, ils en posent plus de 1 000 par an. Le détenteur du record en pose plus de 2 000 par an.

Quand vous avez une structure où l'on pose plus de 1 000 implants par an, vous ne travaillez pas du tout avec les mêmes process de travail que lorsque vous en posez 30 par an. Déjà, vous achetez moins cher. Il ne faut pas être grand clerc pour savoir que quand vous achetez 1 000 implants, quand vous êtes en plus une figure de proue un peu emblématique par rapport aux industriels, vous allez avoir des tarifs plus intéressants. Ou alors organisés dans des associations, ils vont pouvoir négocier avec des grands fournisseurs.

Ensuite, ils vont avoir des plans de soins plus conséquents : quand ils poseront des implants, ils n'en poseront pas 1 mais en moyenne 2,8 et souvent 3, 4 ou 5 dans la même intervention. Les gens vont donc aller vers eux pour des gros plans de soin. Un gros plan de soin va voir la pose de 7 ou 8 implants en prenant le même temps, la même immobilisation à la fois du plateau technique et de leur concentration que lorsqu'un autre va en poser un seul.

Derrière ça, lorsqu'ils affichent un prix de 1 150 euros, ils s'en sortent encore très bien parce que ce ne sont plus les mêmes process d'exécution et de délivrance de l'acte. Lorsqu'on arrive à des savoirs de ce type, qui sont presque des savoirs industriels, des façons de travailler, qui sont presque du lean management, on arrive à faire baisser vraiment les prix.

Il y a des demandes comme celles de l'orthodontie, où l'on pourrait y arriver, car c'est un domaine qui pourrait être "énormément industrialisé", mais qui ne l'est pas car il y a une telle pénurie professionnelle que l'on organise très peu de cabinets de groupe. Il pourrait y avoir un orthodontiste qui supervise le plan initial, ensuite un travail en fauteuil beaucoup mieux réparti avec pas mal de fauteuils en même temps, un peu comme les kinésithérapeutes. Là, on pourrait baisser de manière très significative les prix. En orthodontie, il n'y a aucune fatalité à ce que l'on soit à 1 000 euros le semestre. C'est hallucinant ! ce n'est pas le prix des bagues d'achat des implants ou des verres qui fait le coût. Le prix des verres, c'est 15% au pire du prix final. Parfois c'est 3%, 5%. Même si vous gagnez 20% de 15%, vous ne gagnez que 3 points. Alors que si vous gagnez 15% de 85%, vous gagnez presque 13 points. Voilà pourquoi nous nous sommes beaucoup concentrés sur la distribution.

### **MIP : Quels sont vos objectifs à court et moyen termes pour votre stratégie développement ?**

Santéclair : Elargir nos offres, vous parler de médecine de ville, d'hospitalisation, vraiment de couvrir tous les champs de l'offre de soins pour essayer d'apporter des services à valeur ajoutée de manière large. Nous allons aussi aider le consommateur, dans chacun de ces champs, à envisager l'étape suivante, c'est-à-dire travailler plus en parcours qu'en consommation unitaire.

Je vous donne un exemple : nous avons un outil pour aider les personnes à choisir l'endroit où se faire opérer ou se faire soigner leur cancer. Dès le moment où ils envisagent d'utiliser cet outil, on peut les aider à anticiper ce qui va se passer au moment où ils vont rentrer à domicile, leur apporter des outils qui vont là aussi faire en sorte qu'un kiné vienne à domicile, le trouver, qu'il soit prévu, faire fonctionner leur garantie d'assistance au bon moment. Dans les cas où, à la suite d'un cancer il est important de compléter les soins par de l'exercice physique, comment les en informer, les renseigner sur les coachs sportifs labellisés par rapport aux différentes ALD dans leur secteur géographique. Vous voyez notre travail c'est de plus en plus, à partir d'un domaine, d'être pertinent pour des points clés, mais aussi d'aider les gens à anticiper l'étape suivante et leur fournir des services dans ce sens.

**MIP : Sur la politique de communication, pensez-vous être assez visible ? Avez-vous des marges de progression ? Quels sont les biais de votre communication ?**

Santéclair : Elle est très insuffisante dans la mesure où dans le pacte initial de Santéclair et des plateformes en général, il était prévu que les assureurs communiquent sur les services et les plateformes avec les professionnels de santé. C'est une chose qui a déjà un peu de plomb dans l'aile car on a bien vu que c'est à l'occasion d'un service rendu que l'on va lui parler d'un autre service, que l'on va rebondir d'un service sur un autre.

Mais en tout cas, tout ce qui a été communication grand public, vu qu'il s'agit d'un service B to B to C, nous n'avons pas été préemptés. Aujourd'hui, les consommateurs ne connaissent pas les marques Itelis, Kalivia ou Santéclair, Sévéane ou Carte Blanche. Ce ne sont pas des marques grand public. Je pense que ça va changer parce que le service pour être mis en avant doit être vraiment porté et au niveau du consommateur final.

La complexité est que tous les consommateurs finaux n'ont pas accès à Santéclair. Il faut trouver des façons de communiquer sur un service qui ne s'adresse pas à tous. Je crois que le moment est venu parce que, malgré tous les efforts des assureurs, et le RGPD ne va pas nous aider là-dessus, ils n'arrivent pas à cibler leur communication sur des gens qui en ont besoin. Et plus on va vers des services pointus, moins il est facile de communiquer.

C'est plus facile de parler sur les réseaux d'opticiens, qui concernent 60 % des français, que de parler sur la prothèse de hanche qui va concerner chaque année 0,3% des français. On a besoin de faire savoir au client final tout ce qu'il gagne en allant dans le réseau et on ne peut pas se contenter de la communication par les complémentaires santé. Ce n'est pas suffisant et ça n'arrive pas nécessairement sous la bonne forme à la bonne personne. Beaucoup de gens arrivent chez nous en utilisant un service et n'en connaissent pas d'autre. Ils utilisent le réseau d'optique et ne savent pas que nous avons un réseau audio.

Il y a un vrai challenge pour les plateformes et pour les assureurs de réfléchir ensemble sur comment mieux informer sur nos services au bon moment, aux bonnes personnes et comment faire vivre ses services, non pas indépendamment mais en plus de la marque de l'assureur.

**MIP : Y a-t-il une problématique de concurrence avec la marque de l'assureur ?**

Santéclair : De concurrence, non. De complément. Je pense que justement la maturité est là pour vivre cela comme un complément parce qu'il est difficile de communiquer sur des services quand on est un assureur. Il est plus facile de communiquer sur des services et d'avoir la crédibilité de ces services surtout lorsqu'ils sont aussi engageants de dire aux gens où aller, de prétendre à un bon rapport qualité/prix en étant sous une marque telle que Santéclair plutôt que sous une Intitulée "Allianz" ou la "Mutuelle des cheminots". Il y a un métier spécifique auquel correspond une marque spécifique. Il faut l'assumer.

C'est un axe de progrès certain car la plupart des ayants-droits de nos services ne les connaissent pas ou pas tous. Comme on développe chaque année de nouveaux services, c'est une problématique où il faut avancer plus vite.

**MIP: Quel bilan tirez-vous des réseaux de soins et notamment de votre expérience à Santéclair? Restent-ils des difficultés ? Les choses fonctionnent-elles d'elles-mêmes ? Vous positionnez-vous simplement dans du projet d'amélioration ?**

Santéclair : Je ne penserai jamais que les choses fonctionnent d'elles-mêmes parce que notre métier est basé sur de l'innovation et qu'à partir du moment où vous pensez cela, vous êtes déjà mort.

Le domaine de la santé est très vaste et les manques d'information, de compréhension des patients, des consommateurs sont immenses. Il y a encore énormément de choses à faire.

Ce que l'on a réussi à faire, il faut voir le chemin parcouru, est de légitimer le fait qu'il y ait de la place pour un acteur qui s'occupe de la relation entre les clients et les professionnels de santé. Avant c'était une boîte noire fermée. Personne n'avait le droit de s'en préoccuper. Même les prix étaient tabous et la qualité n'en parlons pas. Les data étaient confisquées. Elles le restent d'ailleurs : les données du CIRAM, même anonymisées restent confisquées au consommateur comme aux start-ups. Ça reste une grande victoire de notre action. Cela ne s'est pas passé de manière très simple. On a eu beaucoup de procès, d'empêchements de conseils de l'ordre, de professionnels de santé. Beaucoup de polémiques, mais je crois qu'on a prouvé le besoin des consommateurs et qu'ils étaient prêtes à utiliser ce type de service puisqu'aujourd'hui on est une entreprise qui a 10 millions de clients, 370 salariés, un résultat positif, des projets chaque année. Ça fonctionne.

Maintenant, nous sommes trop liés aux complémentaires santé. Je crois qu'il faut que l'on diversifie nos façons de commercialiser nos services. Je pense qu'il faut qu'on amplifie les taux d'usage de nos services et la connaissance par les consommateurs de manière à être moins vulnérable. Et puis toujours la même immense difficulté qui est que le législateur intervient sans arrêt dans nos domaines pour changer les règles du jeu ce qui complexifie énormément la compréhension des consommateurs et notre capacité à créer des services à valeur ajoutée.

#### **MIP : Quel bilan tirez-vous de la loi Le Roux ?**

Santéclair : Nous nous en serions bien passés. A la base le problème était que les mutuelles n'avaient pas le droit de faire des remboursements différenciés dans les réseaux par le code de la mutualité. Pas mal de nos mutuelles clientes avaient contourné car il n'y avait pas droit à changement de cotisations. Par exemple, la mutuelle de la police avait créé un produit bis avec un euro de plus qui ouvrait droit au remboursement différencié dans les réseaux. Juridiquement cela n'a jamais été attaqué. La mutualité a voulu une loi pour dépasser ce handicap légitime par rapport aux assureurs ou aux IP.

En contrepartie de réduire cette asymétrie, on a eu 3 ou 4 pages de textes qui ont cadré le fonctionnement des réseaux. On a plus le droit de faire des numerus clausus en dehors du domaine de l'optique. On ne peut faire des réseaux que dans les domaines où la complémentaire est majoritaire. On a eu une interdiction de faire des réseaux avec les médecins et tout ce qui est médecine, ce qui est complètement scandaleux.

La loi a fait tellement polémique que cela s'est soldé par plus de problèmes que cela n'en a résolu. C'est quelque chose qui nous a fait régresser. Dès que le législateur se mêle de nos sujets, c'est une catastrophe.

#### **MIP : Quelle est votre anticipation sur l'évolution du marché, notamment par rapport au reste à charge 0 ? Quelles perspectives envisagez-vous ?**

Santéclair : Le premier projet sorti était au-delà de toute catastrophe imaginable. On serait cru en Russie soviétique. Les bras m'en sont tombés quand je lisais les premiers textes de la Direction de la Sécurité Sociale. On pouvait imaginer un canular tellement c'était archétypal d'encadrement administratif d'un autre siècle. On est en train d'essayer de remonter la pente et d'avoir une approche un peu moins dogmatique et un peu plus "market-friendly". Je ne m'explique toujours pas comment sous la Présidence Macron et la législature liée, on peut avoir une approche communiste des sujets.

J'ai un peu de mal notamment parce que, dans des domaines comme l'optique, vouloir légiférer en faisant totalement la labellisation des magasins par l'administration, le référencement de tous les verres par l'administration, le prix limite de vente, rien qui ne repose sur les réseaux ou sur le marché, alors qu'au final la Sécu paye 4 euros sur un

équipement optique. On va avoir tout sous coupe réglée. En audio, non seulement on a le panier RAC 0 mais on propose aussi des prix administrés sur l'ensemble des audioprothèses du marché. Je ne comprends toujours pas comment on peut vouloir jouer les apprentis sorciers en voulant tout régler. Je pensais que cette approche était finie.

**MIP : Ce projet est donc une menace, je suppose donc que vous en souhaitez le retrait.**  
Santéclair : Clairement. On y travaille.

**MIP : Indépendamment votre stratégie est une diversification des produits.**

Santéclair : Oui. On ne peut pas être uniquement dans la main du législateur et de sa bonne volonté. Si on y arrive. Notre métier s'intègre clairement dans un marché pas dans une économie administrée. Si on laisse une part de régulation par le marché, nous avons notre place, mais on ne peut pas dépendre que de la bonne volonté du législateur. Il faut nous diversifier, diversifier nos offres de services. Il y a énormément de domaines où les gens sont perdus dans le domaine de la santé. Ils ne savent pas où aller, ne savent pas comment faire, ne comprennent pas comment ça marche. Notre capacité à décoder les choses de manière simple pour le client final et lui donner des informations qui ne sont pas liées à ce que l'on a envie de vendre, mais à la qualité du conseil que l'on peut lui donner. C'est un rôle qui peut avoir de beaux jours devant lui, encore faut-il que nous déployions suffisamment d'approches assez larges et que nous ne soyons pas seulement payés au travers des complémentaires santé.

**MIP : Votre activité est-elle compatible avec ce qui est développé dans la stratégie nationale de santé ?**

Santéclair : Oui. Il y aura toujours une zone où les gens ont besoin de conseils éclairés pour savoir que faire. Je prends des exemples simples. On a vu le législateur faire des projets de loi sur la téléconsultation avec les syndicats qui a abouti au résultat que le médecin traitant va pouvoir faire des téléconsultations et être payé pour ça. Cela m'intéresse mais en même temps, le problème est qu'à la base les médecins traitants n'ont pas le temps. Aujourd'hui les problématiques d'accès aux soins avec des gens qui se rendent aux urgences est qu'il n'est pas facile de voir son médecin traitant.

Notre entreprise a déménagé à Nantes, il y a 2 ans. 150 salariés ont débarqué. Une de leur difficulté a été de trouver un médecin traitant. Pourtant nous sommes à Nantes. A priori, cela ne sonne pas comme un désert médical. C'est la 6ème ville de France. Les généralistes sont tous saturés. Trouver la solution du généraliste, qui téléconsulter, nous laisse de grands jours devant nous parce que l'on voit bien que ça ne règle pas le problème des gens.

Il y a bien à les orienter, leur offrir des services et à chaque fois que le législateur discute directement avec les syndicats la préoccupation du client final n'est pas bien posée. Nous apportons des services dans des domaines très concrets qui correspondent aux besoins des gens.

Il y a encore beaucoup de choses à faire. Notre approche est très microéconomique et donc très complémentaire, d'une approche très globale.

## **Annexe n°9 : Synthèse de l'entretien téléphonique réalisé auprès de la directrice opérationnelle de la plateforme Kalivia, non enregistré à sa demande**

### **MIP : Présentation de la société :**

Kalivia : Kalivia est une société par action simplifiée (SAS) issue à 50% de la filiale Malakoff -Médéric et Union Harmonie Mutuelle. Cette société a un chiffre d'affaires de 5 millions d'euros et emploie 30 personnes. Elle travaille avec plusieurs OCAM et a en tout 11 millions de bénéficiaires. Les réseaux sont amenés à se développer et Kalivia va se regrouper avec les réseaux de la MGEN (opération en cours). La tendance sera, sur le plan national, d'avoir 3 à 4 grands réseaux. Les OCAM mutualisent la gestion.

### **MIP : Lien avec les réseaux de soins :**

Kalivia : La plateforme a plusieurs activités : dentaire, optique, audioprothèse et depuis le mois de mars l'ostéopathie. Les deux piliers sont pour eux **la qualité et le plafond tarifaire**. Kalivia a un rôle sur **la conception des produits et la sélection des professionnels de santé** en fonction des critères de qualité et de plafond tarifaire. Les critères d'évaluation de la qualité peuvent être :

- Le respect de la charte qualité définie dans la société (présence d'une cabine d'essayage virtuelle pour les lunettes),
- La vérification des diplômes des professionnels,
- Un nombre de 700 heures par an de pratiques pour l'ostéopathie.

Plusieurs fois par an une commission d'experts se réunit pour organiser le choix des verres. Kalivia propose des réseaux ouverts : ils ne limitent pas le nombre de professionnels qui souhaitent conventionner avec les réseaux de soins. Par ailleurs, ils proposent une large palette de produits (par exemple en optique, ils demandent aux opticiens de faire 20% de réduction sur toutes les lunettes).

Malgré un maillage national, tous les bénéficiaires ne connaissent pas les réseaux de soins.

### **MIP : Les attentes des OCAM :**

Kalivia : Pour les connaître, Kalivia planifie des commissions d'utilisateurs au cours desquelles les OCAM peuvent exprimer leurs besoins : c'est ainsi qu'ont été développés les réseaux de soins en ostéopathie.

## **Annexe n° 10 : Entretien avec le Directeur Général de Génération**

**MIP: Pourriez-vous vous présenter ainsi que votre société, votre activité et vos métiers ?**

Génération: Je suis Directeur Général de la société Génération. Génération est un courtier spécialisé dans la gestion de régimes de santé et prévoyance collectives. Cela veut dire que nous intervenons dans le remboursement des frais de santé, dans le maintien de salaire pour des programmes mis en place par des entreprises pour leurs salariés. Dans ce cadre nous intervenons pour l'ensemble des acteurs du marché aussi bien des assureurs traditionnels que des Institutions de Prévoyance ou des Mutuelles qui ne gèrent pas le risque de santé et prévoyance en interne et qui délèguent auprès de la société Génération.

Pour vous donner quelques points de repères, Génération gère aujourd'hui 1,8 million de personnes en santé, un demi-million de salariés en prévoyance et nous décaisserons sur 2018 environ 850 millions d'euros de prestations.

**MIP: Quelles sont vos relations avec les plateformes ?**

Génération: Notre relation avec les plateformes relève du partenariat et de substitution à notre offre de tiers-payant en sachant que le rôle des plateformes est à plus forte valeur ajoutée que le simple tiers-payant. Pour faire simple, Génération, en tant que prestataire de gestion santé (l'entreprise a 21 ans) se devait d'offrir un service de tiers-payant aux assurés que nous gérons pour leur éviter de faire l'avance des frais sur les postes avec de forts engagements financiers ou à forte fréquence.

Depuis l'origine, nous avons vu apparaître Santé Conseil Service, devenue Santéclair ; un axe important a été pris par divers porteurs de risques qui ne souhaitaient plus être de simples payeurs aveugles mais qui souhaitaient mieux comprendre le risque pour le maîtriser, passer des accords à la fois tarifaires mais aussi qualitatifs directement avec de professionnels de santé sur des postes où, finalement, il y a peu d'engagements de la Sécurité sociale et où l'essentiel du remboursement porte sur l'organisme complémentaire. Je pense notamment à l'optique ou au dentaire.

Depuis l'origine, Génération s'est positionnée comme un facilitateur vis-à-vis de ces plateformes et nous avons intégré dans notre offre de service l'ensemble des plateformes qui existent sur le marché.

Je pense que c'est important de préciser le positionnement de Génération : nous intervenons pour le compte des porteurs de risque. Ce sont nos clients. Il est donc tout à fait normal que nous intégrions ce qui est pour eux un axe de différenciation vis-à-vis du client entreprise. Au fil du temps, on a su monter des interfaces très abouties entre leur plateforme et l'outil de gestion Génération pour que cela soit le plus fluide possible pour l'assuré.

Dans un programme de santé, vous avez schématiquement un triptyque : le conseil de l'entreprise d'une part, l'assureur - qui porte le risque – d'autre part et enfin le gestionnaire - qui rembourse au quotidien les prestations. Si vous ajoutez les réseaux de soins, cela peut devenir un peu compliqué pour l'utilisateur final, le salarié de l'entreprise. C'est lui qui va chez le pharmacien, qui va chez l'opticien et qui ne sait plus trop vers qui il doit se tourner.

Nous avons énormément travaillé le parcours client pour que, lorsque celui-ci va chez l'opticien ou le dentiste, ce dernier voit immédiatement de quel réseau il dépend afin qu'il se mette en rapport avec la bonne plateforme et que celle-ci viennent nous interroger par le biais d'interfaces en temps réel.

**MIP: Quelles sont vos relations avec les professionnels de santé ?**

Génération: Par essence, nous avons des relations avec les professionnels de santé. Tous les professionnels de santé ne sont pas nécessairement reliés à une plateforme. Les radiologues, les laboratoires ne sont pas des activités de santé « sous plateforme ». La raison en est simple : ils ne pratiquent pas de dépassement d'honoraires. Soit les actes sont nomenclaturés, soit ils sont hors nomenclature. Il n'y a donc pas de remboursement. Là, nos relations sont techniques et portent sur les flux. Si la profession est organisée comme le sont les laboratoires, nous allons nous connecter avec les concentrateurs qu'ils ont eux-mêmes organisé (Biocom, Réseaubio). Notre approche du professionnel de santé est de lui faciliter l'accès au remboursement avec Génération. Quand un assuré se présente au comptoir d'un laboratoire, le collaborateur de ce laboratoire identifie une attestation de tiers-payant Génération et sait que le remboursement va être rapide et les démarches très simples. Pour permettre cette simplicité et cette fluidité, nous avons développé un extranet "professionnels de santé" que nous mettons à leur disposition et au travers duquel ils peuvent vérifier des données essentielles pour savoir si les droits sont bien ouverts au-delà de l'attestation de tiers-payant. En parallèle, nous fonctionnons avec les concentrateurs et sommes connectés à leur portail. Nous avons tout fait pour que la relation soit la plus simple possible.

Pour les autres professionnels de santé qui sont sous plateforme, la relation nous échappe. Pour un professionnel de santé agréé Santéclair, c'est cette dernière qui gère la relation avec le professionnel de santé. Un opticien Santéclair peut aussi être opticien Itelis ou opticien du réseau Génération. Si sa prestation concerne un assuré qui ne bénéficie pas des services d'une plateforme, il sera donc en relation directe avec nous.

**MIP: Comment se passe la gestion des priorités entre les plateformes et vous en cas de cumul ?**

Génération: La plateforme est prioritaire. Si l'assuré est à la fois Santéclair/Génération, c'est le protocole Santéclair qui prime et ce sont leurs règles qui s'appliquent, notamment en cas de contentieux ou en cas de demande d'information.

On touche une particularité et une complexité du métier de Génération. Comme nous intervenons dans un contexte multi-assureurs, multi-plateformes, nous avons tous les schémas et cas de figure possibles. Tout ceci est finement paramétré sous forme de protocole dans notre outil.

Pour l'assuré, ces mêmes règles s'appliquent. Lorsqu'il se connecte sur le site Generation.fr, nous allons lui permettre de localiser en priorité les opticiens, les dentistes et les audioprothésistes de la plateforme parce que nous avons un accord avec elle et que notre système d'informations va lier à cet assuré une entreprise, un contrat, un assureur et une plateforme. A partir de là, notre site va lui proposer le réseau de sa plateforme en priorité.

Quand je disais plus tôt que nous avons construit un partenariat fort, vous voyez que dans notre SI, dans nos protocoles, nous allons très loin. Nous allons privilégier la plateforme car l'assuré bénéficie des services de cette plateforme.

**MIP: Disposez-vous d'un portrait-type de l'assuré qui a recours à Génération ?**

Génération: A partir des éléments de nos enquêtes de satisfaction (menées tous les deux ans), sur un échantillon représentatif de 600 adhérents à des contrats collectifs d'entreprise, les répondants sont à 53 % des femmes. 49% ont entre 35 et 55 ans, 38 % ont moins de 35 ans et les plus de 55 ans 13 %. 54,6 % sont non-cadre et les cadres 41 %. 70 % sont des salariés d'entreprise de plus de 500 salariés.

**MIP: Cela correspond-il à la manière dont est réparti votre chiffre d'affaires?**

Génération: Tout à fait. Génération est positionnée plutôt sur les grandes entreprises. On a 15 % de part de marché dans les entreprises de plus de 2 000 salariés en France. Nous ne sommes pas grand public. Nous gérons tout de même 1,8 million de personnes, ce qui constitue une base assez intéressante mais nous ne couvrons pas tous les publics dans une proportion identique à celle de la population française. Nous avons une population très majoritairement d'actifs et qui est positionnée à 26 % en Ile-de-France, 19 % dans l'Ouest, 18 % dans le Sud-Est, 11 % dans le Nord, 7 % dans le centre, 7 % dans le Sud-Ouest, 4 % dans l'Est et 4 % en Alsace-Moselle.

**MIP : Cette répartition est intéressante parce qu'en termes de progression vous suivez les dynamiques de l'emploi !**

Génération : Tout à fait. Comme nous ne sommes que sur de l'entreprise, effectivement, nous sommes très liés à la performance économique du pays. Quand les entreprises recrutent, cela fait des affiliations en plus. Quand elles sont touchées par la récession, cela fait du départ d'effectif. Nous ne gérons pas les intérimaires.

**MIP : Avez-vous des liens avec les pouvoirs publics ?**

Génération : Nous en avons peu, voire pas du tout. Nous avons surtout des relations au niveau professionnel, c'est à dire avec les instances représentatives des trois familles : FFA, CTIP et FNMF. Nous n'allons pas à l'échelon au-dessus. Nous n'avons pas de relation avec les ministères.

**MIP: Quelle est votre vision des réseaux de soins ? Quelle est votre perception de cet objet ?**

Génération : 80 % des salariés de notre portefeuille bénéficient des services d'une plateforme. Sur les 3 dernières années, nous constatons une forte progression du nombre de salariés sous plateforme. Le marché, les courtiers, les assureurs ont fortement poussé et recommandé l'adoption de ces plateformes en y liant aussi leur tarification. Si vous utilisez la plateforme, vous êtes certain d'avoir une meilleure maîtrise du risque, notamment sur les postes sensibles comme l'optique et le dentaire. En corollaire, vous allez donc bénéficier d'un meilleur tarif.

On voit, au niveau conseil et assureur, un vrai recours aux plateformes. En revanche, au niveau assuré final, cela reste encore assez compliqué. Les assurés ne vont pas spontanément identifier le rôle des uns et des autres et recourir spontanément à la plateforme. Cela veut dire que nous avons tous à progresser sur la mise en avant de ces réseaux.

**MIP : Quelle est votre politique de communication sur ce sujet ?**

Génération : Nous avons une communication forte sur la plateforme tiers-payant. On va systématiquement placer le logo de la plateforme et on joint systématiquement un flyer avec l'attestation de tiers payant en faisant la promotion de la plateforme sur les actes pour lesquels elle est utilisée. Pour l'optique par exemple, il contient le message: "Vous avez besoin de lunettes, adoptez le réflexe [Nom de la plateforme]." Et on met en avant les services de la plateforme. De même sur notre site web ou les applis mobiles, nous allons relayer cette communication.

**MIP : Par rapport à cette communication, avez-vous noté une amélioration du trafic, de l'intégration dans les réseaux ?**

Génération : Une fois encore, d'un point de vue macro, les courtiers en ont entendu parler et font la promotion des plateformes. Les entreprises sont sensibles au discours et voient tout l'intérêt de faire passer leurs salariés dans ces plateformes. Il y a de plus en plus de propositions de tarification dans et hors-réseau. Quand le salarié fait l'effort d'aller dans le réseau, il est remboursé intégralement sur les grilles négociées. Quand il est hors réseau, le niveau de remboursement est moindre. Ces pratiques se sont développées et encore accrues. Pour le salarié et utilisateur final, c'est encore assez peu connu. Si je prends les résultats, à nouveau sur un échantillon représentatif de la population gérée par Génération, la dernière enquête de novembre 2017, 30 % des assurés qui déclarent connaître la plateforme. 70% déclarent ne pas la connaître. En 2013, 23,6 % la connaissaient, contre 29,9 % en 2015 et 30,1% en 2017. Il y a donc une progression dans la connaissance. C'est toutefois à prendre avec des réserves : seulement 11,9 % disent l'avoir utilisé en 2017. Or, nous avons des taux d'utilisation qui sont bien plus importants. Les gens utilisent la plateforme sans bien savoir qu'ils utilisent la plateforme. La plateforme n'a pas été identifiée en tant que telle.

**MIP : Ce constat est-il un problème ?**

Génération : Oui car nous investissons beaucoup dans les connexions avec les plateformes et il est dommage d'avoir, face à un investissement, un niveau de perception client qui n'est pas à la hauteur. Typiquement, avec les plateformes, nous avons des axes de progression en termes de communication.

**MIP : Pour vous, la plateforme est un outil qui doit être plus visible ?**

Génération : Tout à fait. On est sur des métiers complémentaires. D'un côté le porteur de risques, celui qui a tarifé (l'assureur, la mutuelle), de l'autre le gestionnaire qui opère au quotidien le remboursement, l'information, la communication au niveau du salarié et enfin un dernier opérateur : la plateforme qui a négocié les tarifs, la qualité, etc. Chacun est dans son rôle.

**MIP : Quels sont vos objectifs, votre stratégie de développement ?**

Génération : Notre stratégie n'a pas changé depuis l'origine à l'égard de nos partenaires. C'est une stratégie de co-construction et de promotion des services de cette plateforme. On va accompagner le développement de ces plateformes.

Notre politique est d'être le promoteur de la plateforme. Spontanément, l'assuré va se tourner vers celui qui règle la prestation. Notre rôle, sur les actes de plateforme est de la promouvoir. Un assuré qui va sur le site internet, s'identifie et va s'assurer qu'il bénéficie de la prestation de la plateforme. Nos conseillers doivent rappeler que les assurés peuvent bénéficier de la prestation et invitent ces derniers à se géolocaliser sur l'application pour les professionnels référencés par la plateforme car à travers ces réseaux ils bénéficieront d'avantages. C'est sur ce point que l'on adopte une dimension conseil et pas de simple régleur.

**MIP : Cela change profondément votre métier ?**

Génération : Cela fait évoluer notre métier en effet. Il y a une vraie valeur ajoutée à aller apporter ce conseil.

Il y a donc un régime plus équilibré : on donne satisfaction à l'assureur, à l'entreprise, au conseil qui a fait la promotion de cette plateforme. En parallèle, avec ces plateformes, ces réseaux, les restes à charge sont moindres ce qui génère plus de satisfaction chez les assurés.

Comme il y a également des engagements de qualité, on est tous intéressé dans notre écosystème santé (l'assureur, le conseil, l'entreprise) à ce que les salariés et leur famille bénéficient du meilleur niveau de prestation médicale.

Génération est née en décembre 1996. Les premiers échanges avec Santé Conseil Service désormais Santéclair datent de 1999 ou 2000. Si on a fait ce choix, c'est que l'on pense que l'on est dans un cercle vertueux. Pour tout le monde.

**MIP : Il s'agit donc moins d'une question d'intérêt financier que de qualité de la prestation ?**

Génération : C'est à la fois financier et qualité. Dans les réseaux, il y a un contrôle de la prestation, sur les fraudes aussi. Financièrement, soit cela fait baisser le reste à charges, soit on va être sur des prix inférieurs aux prix habituellement pratiqués.

**MIP : Faire baisser le reste à charges correspond donc à une volonté de satisfaction du client ?**

Génération : Cela dépend du niveau de garantie. Si vous êtes sur un niveau de garantie élevé, où il n'y a pas de restes à charge, l'intérêt est financier. Si vous êtes sur un faible niveau de garantie où les restes à charges sont importants, vous allez chercher la satisfaction du salarié. Un client satisfait n'envoie pas de lettre de réclamation donc nous en tant que gestionnaire on s'y retrouve aussi.

**MIP: Quel bilan tirez-vous des réseaux de soins ?**

Génération: Cela dépasse un peu la compétence de notre observatoire. C'est difficile pour nous de tirer un état des lieux sur les réseaux de soins pour différentes raisons :

- La première, c'est que le travail avec les plateformes n'est pas homogène. Nous avons trois plateformes majoritaires dans notre portefeuille. C'est difficile d'aller comparer SEVEANE (nous avons très peu d'assurés qui en bénéficient) par rapport à Santéclair qui est la première plateforme que l'on gère en volume. Nous avons de telles distorsions qu'il est difficile de dire : " les réseaux fonctionnent comme-ci ou comme-ça" les uns par rapport aux autres.

- La deuxième est que l'utilisation des réseaux est quand même très liée à la communication qui en est faite. Comme on est en collective, on ne gère que des contrats spécifiques. Chaque entreprise a son propre programme, sa propre communication. En fonction du conseil, de l'assureur, du DRH, on a plus ou moins d'utilisation du réseau, plus ou moins de performance du réseau.

C'est pour cela qu'il m'est difficile de tirer des grandes tendances sur ces réseaux. J'insiste aussi sur les garanties. Quand vous déployez dans une grande entreprise des contrats avec des garanties avec hors et dans le réseau, c'est sûr que là on va avoir des niveaux d'utilisation du réseau qui sont très élevés puisque les salariés - avec une bonne communication, un bon relais au niveau des RH - vont adopter ces réflexes d'utilisation. En revanche, s'il n'y a pas de différenciation entre les niveaux de garantie, les taux d'utilisation sont bien inférieurs.

**MIP : Pour revenir sur votre premier point, pour vous les plateformes se différencient-elles ? Adoptent-elles la même stratégie ? Est-ce un outil très standardisé ?**

Génération : Je pense que les stratégies des plateformes se sont uniformisées avec le tiers-payant généralisé. Une Plateforme différente des autres - Santéclair - disposait d'un réseau très fermé là où les autres plateformes étaient plus ouvertes. Elles permettaient par exemple la coexistence d'un réseau fermé avec un réseau ouvert. Hors du réseau Kalivia, par exemple, le salarié avait aussi la possibilité d'utiliser le réseau Viamedis. Avant le tiers payant

généralisé, pour Santéclair, l'assuré allait dans le réseau, il bénéficiait du tiers payant. Hors réseau, il n'en bénéficiait pas. La philosophie était un petit peu différente.

Aujourd'hui, avec le tiers-payant généralisé, cet écart de stratégie a été gommé. Quand un assuré va hors réseau en optique, il bénéficie aussi du tiers-payant. Ensuite toutes ces plateformes sont aujourd'hui dans la recherche d'une nouvelle valeur ajoutée, d'objets de différenciation. C'est là qu'on va retrouver des services complémentaires par exemple sur l'e-coaching chez Santéclair. Elles vont se positionner dans le champ de la prévention et élargir leur activité, même si Santéclair est plutôt précurseur en la matière puisqu'il y avait déjà une palette d'applications qui existe depuis 7-8 ans No-smoking, Automed, etc.

**MIP : Percevez-vous des difficultés, des points d'amélioration ? Au contraire, se dirige-t-on vers une généralisation ?**

Génération : Je pense que :

- Premièrement, il y a une course à la taille. On vise aujourd'hui 10 millions de personnes protégées. La première marche était de 5 millions.

- Deuxièmement, les plateformes continuent à accroître leur offre de service aussi en termes de réseaux. Ces plateformes vont essayer de développer des réseaux de diététiciens, de médecine douce... On voit qu'elles essaient d'accroître le nombre d'actes sous réseaux.

J'ajouterais, sous forme d'interrogation : demain ne feront-elles pas comme dans certains pays d'Europe, un système de priorité pour l'accès aux soins ? Bénéficiaire de tel réseau, je peux accéder à tel ou tel praticien en priorité. Peut-être qu'à Paris, vous le ressentez moins, mais je peux vous assurer qu'en province, prendre rendez-vous chez un dermatologue, c'est entre 4 et 6 mois d'attente. Dans certains pays d'Europe, notamment le Portugal où nous sommes présents, un des intérêts de la complémentaire santé est justement d'accéder à des réseaux de soins. En sortant de l'espace public pour l'espace privé, vous obtenez votre rendez-vous dans la semaine. C'est une grosse interrogation qui dépasse peut-être le cadre des plateformes.

**MIP : Enfin, quelle est votre anticipation sur l'évolution du marché notamment dans le cadre du projet de reste à charges 0 ? Comment voyez-vous évoluer le marché à court, moyen et peut-être long terme ?**

Génération : Je lisais ce matin un article dans l'argus de l'assurance spécial santé où des représentants de la profession s'exprimaient sur le sujet. Je pense qu'aujourd'hui personne ne sait vraiment où veut aller le gouvernement sur ce reste à charges 0. Je ne suis pas plus clairvoyant que les uns et les autres sur le sujet. Je n'ai pas d'idée. C'est un sujet de vigilance car qui dit évolution réglementaire dit trois choses :

1) du développement informatique ;

2) du paramétrage. J'ai 9 000 formules de garanties santé différentes. Quand j'ai un acte qui change, il faut que je refasse mes formules les unes après les autres.

3) une demande d'information et de communication ; C'est ce que nous sommes en train de vivre actuellement avec les salariés qui sont perdus car la matière devient extrêmement technique. Quand un salarié appelait et demandait le montant du remboursement en allant chez un spécialiste, on pouvait presque lui répondre instantanément. Maintenant avec OPTAM/non OPTAM, parcours/ hors parcours, si la personne a une base, une sur-complémentaire - on a des contrats avec deux niveaux de sur-complémentaire - on peut parfois rencontrer des vraies difficultés pour répondre à une question aussi basique que celle-là. Je ne parle pas des actes de type dentaire avec toute la complexité de la nomenclature. On a donc une appréhension.

Tout ce qui est discuté au niveau des plus hautes instances, met du temps à être compris par le consommateur final. Le rythme des réformes est tellement rapide que nos assurés n'ont pas le temps de les intégrer. Il y a donc une appréhension par rapport au reste à charges 0 car on ne sait pas comment cela va être réalisé. Cela portera-t-il sur les garanties ? Sur les réseaux de soins ? Y aura-t-il des barrières tarifaires imposées aux professionnels de santé ? Il y a plein de manières de le faire.

## **Annexe n°11 : Entretien avec un opticien**

**MIP : Quel est en moyenne le prix d'une paire de lunette pour un client ?**

Opticien : 350 euros, panier moyen dans mon magasin.

**MIP : Et le reste à charge, est-ce que vous le connaissez ?**

Opticien: Non, justement pas, c'est très variable entre les mutuelles, selon les mutuelles, selon la qualité des verres qu'ils veulent. Souvent cela dépend des équipements, c'est-à-dire que les verres unifocaux et les verres multifocaux sont des verres qui ont des prix différents. Les verres unifocaux sont des simples foyers, donc ce sont souvent des verres qui sont aux alentours d'une centaine d'euros, donc là le reste à charge est moins important. Un verre progressif, l'entrée de gamme c'est 150 euros et ça monte jusqu'à 450 euros le verre, donc forcément après il y a un reste à charge qui est plus important sur le verre progressif.

**MIP : Est-ce que vous vous rendiez compte dans votre métier qu'il y avait des gens qui renonçaient à certains verres ou à certaines montures par rapport au reste à charge ?**

Opticien: Ah oui complètement, évidemment. Après c'est le rôle de l'opticien d'expliquer le gain de performance qu'il va retrouver dans son verre progressif par rapport à un verre plus simple. Par exemple, quelqu'un qui ne veut pas d'anti-reflets, tu lui expliques qu'un anti-reflet c'est mieux, bon alors c'est 150 euros plus cher par verre par exemple, mais bon il va avoir plus de transparence, moins de brillance au niveau de l'écran. Donc il y a une partie technique qu'il est prêt à accepter mais après c'est vrai que la différence qui n'est pas ressentie tout de suite, qui n'est pas forcément visible. Un anti-reflet c'est visible, c'est visuel, on le voit c'est plus transparent mais par contre une géométrie de verre progressive, c'est plus compliqué à imaginer donc sur ce côté-là on arrive difficilement à monter en gamme parce qu'il ne se rend pas forcément compte.

**MIP: Pendant votre formation, est-ce qu'on vous a parlé des réseaux de soins ?**

Opticien : Absolument pas. On ne parle absolument pas de mutuelles, de tiers-payant. En fait, tout l'aspect de gestion administrative en tant que telle n'est pas du tout abordé dans la formation.

**MIP : Est-ce que vous receviez des mails publicitaires des mutuelles ?**

Opticien: Bien sûr, évidemment, assez régulièrement.

**MIP : Est-ce que vous avez adhéré à ces réseaux de soins ?**

Opticien : En fait le choix du réseau de soins est très différent en fonction du positionnement de ton magasin, c'est-à-dire que les franchises qui sont dans une logique de faire du volume et donc d'avoir des prix moindres ont tendance à avoir des partenariats avec les mutuelles parce que ça va leur apporter du volume. Maintenant, les indépendants sont en général des opticiens qui sont plus basés sur le conseil, la technique, la différenciation au niveau de la monture. Ils vont vendre des produits plus chers en le justifiant par rapport au service. A ce moment-là, c'est beaucoup plus rare que ces opticiens signent des partenariats avec les mutuelles.

Nous on ne le faisait pas au départ, mais quand on s'est rendu compte qu'il y avait un manque de clients, pour créer du passage, on a essayé un réseau de soins qui s'appelle Carte Blanche qui impose du coup forcément une tarification sur les verres. Et ce qui était très délicat c'est de gérer, par exemple dans un couple, Monsieur et Madame ont des

mutuelles différentes, Monsieur a Carte Blanche mais pas Madame, et Monsieur veut choisir les mêmes verres que Madame sauf qu'il va les avoir 25% ou 30% moins cher. Et comment tu justifies cette différence ? Pourtant ton service est le même, il y a eu le même accueil, la même prise en charge, ils ont obtenu la même chose. Cela veut dire qu'en gros l'opticien c'est un voleur.

Moi dans ma stratégie, je n'aurais jamais signé ce réseau de soins parce que quand je vends le verre à 300 euros c'est parce que derrière il y a un service, une qualité de conseil, je reconnais le client quand il vient, j'ai écouté son histoire, je sais où il en est, j'ai son historique de vision... Enfin voilà, il y a un service +. Moi, je n'étais pas pour vendre ce même verre à 220 euros, ce n'est pas cohérent, cela dévalorise totalement ton travail et pour moi les 300 euros sont justifiés. A 220 euros, je ne paye pas le loyer, je ne paye pas l'amortissement des machines, je ne paye pas mon stock, je ne paye pas toutes ces choses-là, donc ce n'est pas viable.

### **MIP : Quelle est l'opinion principale de la profession par rapport à tout ça ?**

Opticien : Alors c'est comme je vous disais avant, le marché était scindé en deux : il y a cette fameuse logique de franchise, de volume donc tous les opticiens type Optic2000, Optical Center, Générale d'Optique, qui eux, ont fait le pari de dire que l'avenir ça va être les réseaux de soins... qui ont dit que, nous, quitte à rogner sur nos marges, on va acheter des montures de moins en moins chères, les acheter en Chine ou demander de grosses ristournes à nos fournisseurs, quitte à faire plus de volume et en échange de dire, ben voilà, les OCAM vont nous assurer un certain volume en redirigeant les clients vers nous. Et de l'autre côté il y a les indépendants qui justement crient au scandale en disant que ce n'est pas normal de rediriger les clients, qu'on ne peut pas faire baisser les marges comme ça, que ça va faire baisser tout le marché en termes de technicité, en termes de qualité... Et donc effectivement, c'est scindé entre les opticiens indépendants qui veulent vraiment garder leur liberté en terme de tarifs et ceux qui disent que de toute façon c'est le gouvernement qui décide, on ne peut pas jouer là-dessus, au contraire, on va trouver là-dedans une opportunité et donc on va développer ça à fond, à fond, à fond, on va communiquer par exemple comme Optic2000 sur le reste à charge à zéro, « vous n'allez rien payer, on s'occupe de tout » et voilà ça devient une force de vente. L'OCAM devient une force de vente mais pour un indépendant c'est le contraire.

### **MIP : On dit qu'il y a énormément d'opticiens, peut-être même trop d'opticiens qui sont installés et que cela crée une sous-productivité. Est-ce que le réseau de soins n'est pas une solution finalement par rapport à ça ?**

Opticien : Le réseau de soins, le seul truc qui se passe, c'est qu'il promet ceux qui signent les partenariats, c'est-à-dire majoritairement les franchises. Le marché de toute façon s'autorégule tout seul. Le nombre d'opticiens, si effectivement il est trop important, à un moment donné, les opticiens font de moins en moins de ventes et ils vont donc augmenter leurs marges. Ils vont faire moins de ventes mais ils vont garder leur chiffre d'affaires. Alors après dans cette configuration, il y a effectivement le libre arbitre du client en disant « ben voilà, je vais chez cet opticien, cet équipement progressif il est à 800 euros, mais si je vais chez Optic2000, pour la même chose je vais l'avoir à 600 euros. Par contre, chez cet opticien-là, je paye 200 euros de différence mais parce que quand je reviens un an plus tard, que ma monture a un problème, j'aurai face à moi un technicien qui va pouvoir me changer la branche, me trouver une solution. Il s'occupe de ma vision depuis des années, il connaît mes problèmes, il peut m'orienter vers les bons ophtalmos s'il trouve quelque chose pendant un examen de vue », chose qu'on n'a pas forcément le temps de faire dans les franchises.

Finalement, ce service-là est plus cher. Les gens, s'ils veulent des lunettes pas chères, ils ont déjà le choix. Ils vont chez Générale d'Optique mais je ne vois pas pourquoi on cherche à baisser le premium pour ça.

**MIP : Au niveau de l'impact financier pour un professionnel, est-ce qu'adhérer à un réseau de soins se ressent ?**

Opticien : Alors nous pas du tout. Carte Blanche est un réseau un peu particulier, c'est un réseau ouvert et non un réseau fermé. Les clients qui étaient Carte Blanche avant étaient remboursés normalement sauf qu'une fois qu'on a signé avec Carte Blanche, cela ne nous a pas rapporté des clients mais les gens qui étaient déjà clients chez nous, on leur a vendu leur équipement moins cher qu'avant. Donc l'impact pour nous a été plutôt négatif puisque ça a baissé nos marges sans nous rapporter de clients.

**MIP : Par rapport à l'avenir de la profession, est-ce que vous imaginez que les réseaux de soins vont prendre de l'importance ou au contraire que cela va rester tel quel et pas forcément se développer ?**

Opticien : C'est une question effectivement délicate. Maintenant, moi ce que je remarque et ce que j'avais déjà remarqué dans d'autres magasins où j'ai travaillé, c'est que finalement quand les réseaux de soins ont commencé à naître, les gens sont allés chez l'opticien partenaire sur recommandation de leur mutuelle, donc ce sont des clients qui nous ont quittés et qui sont allés faire des équipements dans d'autres franchises et mine de rien, après, on les a vus revenir au magasin en disant « ben voilà, ça fait un an et demi ou deux ans que je porte un truc qui ne me correspond pas du tout, les verres sont pas bien centrés », etc.

Alors je ne dis pas que tous les clients sont revenus, mais certains. Disons que sur le même équipement, dans un magasin où il y a beaucoup de volume, beaucoup de clients, le professionnel n'a pas forcément le temps de vérifier l'ordonnance ou de faire un examen de vue, ni de bien faire les centrages, de bien s'occuper du client quand il revient au magasin parce qu'il y a un truc qui ne va pas. Quand il y a 4 personnes qui attendent derrière, tu n'as pas forcément le temps de régler le problème de Mme MARTIN qui a besoin d'une demi-heure, qui a un souci sûrement plus psychologique que technique, mais elle a besoin de parler au professionnel. Elle ne retrouvera pas ce service-là dans une franchise et pourtant c'était moins cher. Mais elle n'est pas forcément satisfaite parce qu'elle se dit que ses verres ne sont pas bien centrés, le professionnel a dû refaire deux fois les verres mais s'il avait pris le temps de faire un examen de vue dès le départ, il n'y aurait pas eu de soucis.

Chez un opticien indépendant elle est venue deux fois : la première fois pour l'examen de vue et faire les lunettes et la deuxième fois elle est revenue, elle les a essayés, c'était nickel, tout va bien. Elle n'a pas dû faire des allers-retours. Tout ça pour dire que ça peut être gênant quand le travail n'est pas bien fait. Je ne dis pas que c'est le cas pour tous mais c'est logique car quand on est dans une logique de volume on ne peut pas faire le même boulot que quelqu'un qui prend deux heures avec un client.

**MIP : Pour vous, ce sont deux métiers différents presque...**

Opticien: Ah oui, c'est très très différent. D'une part, le choix des verres est souvent imposé dans le réseau de soins, c'est-à-dire qu'en fonction de ta correction, de ton défaut visuel, tu vas avoir quelque chose qui est recommandé par ta mutuelle et là il y a un gros problème c'est-à-dire que le technicien que tu es, normalement capable d'analyser les besoins, les problèmes visuels, la correction va proposer une solution mais si celle-ci ne fait pas partie de ce qui est recommandé, alors on est bloqué. Donc en gros, c'est la mutuelle qui choisit

les produits et toi tu n'es plus qu'un vendeur de lunettes qui taille les verres, et encore, majoritairement dans les enseignes maintenant ils ne le font plus.

**MIP : Est-ce que vous considérez que le réseau de soins peut dégrader la relation client-professionnel ?**

Opticien : C'est délicat. J'ai bossé chez un Optic 2000 où on faisait des réseaux de soins et effectivement la relation client et la clientèle ne sont pas les mêmes. Quand le client arrive chez toi, tout est acquis, il sait qu'il n'aura rien à charge donc en fait c'est un client qui va devenir de plus en plus exigeant et pas forcément sensible à ton discours de professionnel. C'est-à-dire que toi, t'es là pour lui donner ses lunettes, lui avoir un reste à charge à zéro et mine de rien après lui expliquer que tu peux faire un meilleur équipement, qu'une deuxième paire pour son ordinateur, ce serait bien, etc... Mais le client est tellement focalisé dans ce discours de la mutuelle et du reste à charge à zéro qu'il ne va pas du tout être sensible aux solutions techniques qui auraient pu lui apporter, pour, je ne sais pas 200 euros, un confort de boulot sur son ordinateur tous les jours. Et effectivement je pense que les réseaux de soins changent beaucoup le relationnel. C'est une position de force.

**MIP: Est-ce que quand vous travailliez en tant qu'indépendant les clients favorisaient plus la qualité au prix ?**

Opticien : Oui évidemment. Si leur mutuelle leur dit d'aller chez un autre opticien mais qu'ils n'y vont pas c'est parce que c'est un opticien de famille et qu'il y a cette relation de confiance.

De toute façon aujourd'hui, un indépendant qui signe des réseaux, dans deux ans il est mort, c'est sûr. Le marché se scinde en deux : il y a ceux qui vont faire vraiment de la mutuelle et il y a ceux qui vont monter en gamme en proposant des montures plus techniques, plus esthétiques, dans des matériaux plus nobles, avec un accueil client, un service, des conseils de visagistes, du sur-mesure. C'est exactement comme si tu allais chez Hermès ou chez Auchan pour acheter un sac à main. Chez Auchan, tu as une centaine de sacs à main, tout est dans le rayon, personne ne te conseille, tu prends ton sac à main mais au bout de 3 mois il est foutu parce que les hanches ne tiennent pas bien. Quand tu vas chez Hermès, il y aura quelqu'un qui va t'ouvrir la porte, on te propose un petit café, tu prends deux heures de plaisir à choisir ton sac à main, tu vas le payer beaucoup plus cher mais au moins tu as un truc bien. Ce n'est pas que l'objet en lui-même, c'est tout ce qu'il y a autour.

Les clients se rendent compte aussi maintenant de ça. Pour moi, mine de rien, c'est peut-être aussi une opportunité de mettre certains de côté en disant que ceux qui vont faire de la mutuelle vont devenir des vendeurs de lunettes et il y aura les vrais opticiens qui sont en train de monter en gamme. Ceux qui sont au milieu vont crever la gueule ouverte. Il y aura vraiment deux marchés, et c'est d'ailleurs déjà le cas. Il y a 20% de fermetures de magasins d'opticiens indépendants qui sont prévues parce que justement ils sont au milieu.

C'est un peu le cas de mon magasin avant, c'est-à-dire qu'on était indépendants, on avait de la difficulté parce que tous les autres autour de nous faisaient des réseaux de soins et notre clientèle était quand même sensible au reste à charge et mine de rien, si tu n'es pas dans la bonne zone, avec les clients qu'il faut, ben tu vas quand même essayer d'attirer les clients avec les réseaux de soins sauf que tu vas flouter complètement ta clientèle acquise parce que tu vas vendre des verres moins chers à l'un et pas à l'autre donc il n'y a pas de logique là-dedans et tu te casses la figure. Les clients haut de gamme ne comprennent pas que tu puisses vendre la même chose moins chère et ceux qui viennent te font peu de marges donc mine de rien comme tu n'es pas sur une logique de volume, tu fais faillite.

**MIP : Vous avez sûrement dû entendre parler du projet de reste à charge à zéro...**

Opticien : Oui, mais pour moi il faut vraiment se demander à qui profite les réseaux de soins. Si les clients veulent des montures pas chères, ils peuvent aller chez n'importe qui. Pour moi, c'est réellement un gros lobbying. Par exemple, quand ils ont sorti le remboursement tous les deux ans, en disant « les gens ils abusent, ils changent de lunettes tous les ans et du coup ça augmente les cotisations », c'était une bonne chose mais si tu rembourses tous les deux ans, normalement ta cotisation mutuelle devrait être moindre et non, au contraire, elles ont augmenté, il y a quand même un problème à ce niveau-là. Ce n'est sûrement pas au client que tout ça a profité, c'est juste aux mutuelles.

**MIP : Les opticiens ont souvent l'image de professionnels qui profitent beaucoup du système, qu'en pensez-vous ?**

Opticien : C'est un argument facile. Il y a effectivement, à un moment donné, des opticiens qui ont profité du système en faisant passer des solaires ou autres mais quand tu regardes le nombre d'opticiens qui ont fait ça, ce n'est pas si élevé. L'UFC Que Choisir a sorti un papier en faisant passer tous les opticiens pour des enflures qui se font des marges indécentes tout en trichant avec les remboursements et ça a été une aubaine pour les mutuelles.

**MIP : Les marges des opticiens sont souvent un sujet plus épineux d'ailleurs...**

Opticien : Ça c'est une grosse question aussi. Les gens ne comprennent pas qu'un opticien a des machines à amortir. Une machine pour tailler les verres c'est 5 000 euros. Il y aussi le loyer du local à payer tous les mois. A côté de cela, il y a le stock. Un stock de lunettes représente 100 000 euros quasiment, si tu as un stock de montures sympas. Tout ça ce sont des choses qu'il faut amortir. C'est de la trésorerie qui n'est pas présente sur ton compte et mine de rien les marges ne sont pas si élevées quand on prend en compte toutes les charges. A mon avis, les résultats de tous les opticiens ne sont pas si élevés que ce qu'on croit. On a aussi des problèmes de trésorerie quand on attend 3 mois pour avoir nos paiements des mutuelles.

On a été stigmatisés et il y a effectivement aussi des opticiens qui ont été mal intentionnés mais ce n'est qu'une petite partie. Aujourd'hui la concurrence est telle qu'un verre ne peut pas être vendu 4 fois plus cher, il faut que la différence de prix reste justifiable par le service. Moi j'ai souvent eu des clients qui m'ont dit « je sais que ma lunette me coûte, pour le même équipement, 150 euros plus cher chez vous et 150 euros c'est beaucoup, mais par contre avec vous je n'ai jamais eu de problème ». Parce qu'il faut comprendre qu'il n'y a pas juste le produit qu'on transforme et sur lequel on fait la marge, il y a aussi toute l'analyse technique, le service, l'accueil, le suivi et tout ça a un coût aussi. Quand on propose un service où on passe deux heures avec un client, il est clair qu'on ne va pas en faire 4 autres à côté donc forcément les prix sont plus chers mais l'approche est différente.

**MIP : Et est-ce que les syndicats d'opticiens ont un avis à ce sujet ?**

Opticien : Le gros problème, c'est qu'on a deux syndicats qui se tirent dans les pattes. A toutes les réunions, ils ont toujours des désaccords et finalement il n'y a pas une cohésion d'opticiens. Personne n'explique la réalité des choses, on n'a pas un syndicat très représentatif, en tout cas pour les opticiens indépendants, comme les dentistes par exemple.

Nous le problème aussi c'est qu'on n'est pas médecins et il y a une relation de commerce avec la santé qui pose problème en France. Ce double rôle est extrêmement

sensible. A quel point tu profites du système ? Le problème de la représentativité des opticiens indépendants aussi c'est qu'il n'y a pas de force de groupe, chacun est dans son coin.

Il y a beaucoup de réseaux d'opticiens qui se font sur Facebook comme "Les opticiens ne sont pas de pigeons", ou "zéro réseau". Ils partagent leurs désaccords et essaient de se regrouper par ce biais en fait mais c'est très compliqué car chacun prêche un peu pour sa paroisse et c'est difficile de ramener tout le monde sur une valeur commune. En plus, tout cela prend du temps. Quand tu es déjà dans ton magasin du lundi au samedi et qu'il faut en plus gérer ça c'est compliqué. Je pense qu'il faudrait effectivement un groupe solide qui arrive à représenter la profession. Mais s'attaquer aux opticiens c'est facile, on est une proie facile parce qu'on est très concurrentiel et qu'on n'est pas non plus véritablement des professionnels de santé.

### **MIP : Est-ce que selon vous les franchises d'opticiens vont à terme s'imposer sur le marché ?**

Opticien : Pour moi non puisque ce sont deux métiers différents. Une franchise n'a pas les mêmes modes de fonctionnement, ce n'est pas le même business. Après, on est aussi très mal éduqués en France par rapport à la Sécurité sociale et à la mutuelle. On a l'habitude de ne rien déboursier.

En Allemagne avant, ils avaient des assurances qui remboursaient les lunettes et du jour au lendemain les assurances ont arrêté de rembourser car cela coûtait trop cher. Au début, les opticiens allemands ont eu du mal parce que ça a diminué leur panier moyen et petit à petit les gens savaient qu'ils avaient une dépense à faire tous les ans par rapport à leurs lunettes et donc ils mettaient de l'argent de côté tous les mois et payaient leurs lunettes directement. D'un autre côté, le montant des cotisations a baissé donc je trouve ça plutôt équitable.

Les gens en France ne savent pas vraiment comment ça se passe malheureusement, même si on en parle beaucoup. Le système est complexe. Moi, dans la plupart des cas, je devais expliquer le fonctionnement d'une mutuelle ou d'une assurance. Je leur expliquais qu'ils n'avaient pas forcément tous les choix de verres, que cela fonctionne avec des prix déjà négociés. Même les professionnels ne comprennent pas toujours les modalités de remboursement des verres, tant c'est complexe et confus surtout. Ce qui me dérange, c'est qu'on impose les choses mais on n'explique pas forcément aux clients ce que ça implique. On ne parle que de reste à charge et pas d'équipement optique.

Et pourquoi ta mutuelle ou ton assurance devrait choisir pour toi ton professionnel de santé ? Pour moi c'est liberticide. Un client qui avait l'habitude d'aller chez un opticien depuis des années et qui était satisfait de son travail sera d'un coup moins bien remboursé que s'il allait chez un autre opticien. Et qu'est-ce qui nous dit que ce même client, qui a un équipement presque imposé, n'aurait pas choisi de mettre plus cher pour avoir un meilleur équipement ? Et en plus, avec cette histoire de remboursement différencié, tu peux être moins remboursé chez un opticien plutôt que chez un autre, pour le même équipement. Mais qu'est-ce qui justifie cette orientation de clientèle ? Les critères de choix d'un opticien plutôt qu'un autre sont floutés et on l'a remarqué souvent quand on appelait les mutuelles pour savoir quel était le reste à charge pour un client. On entendait souvent la mutuelle dire d'aller chez l'opticien partenaire car les tarifs sont négociés. Ils ne parlent que d'argent, pas de verre, de service, d'accueil, de qualité alors que ça fait 50% de ton équipement.

Ce rôle technique n'est pas du tout pris en compte, alors évidemment ça parle à l'adhérent parce que ça touche au porte-monnaie. C'est l'argument phare et mine de rien on ne parle plus du tout de la lunette alors que c'est quand même pour ça que les gens vont chez

un opticien. On n'explique pas la différence, les clients ne sont pas informés sur l'importance de la qualité et de la technicité des lunettes. On ne parle que d'argent, et je peux le comprendre. Mais je trouve que les gens devraient faire leur choix en connaissance de cause, en ayant tous les éléments et ce n'est pas le cas aujourd'hui. La différence de qualité n'est jamais expliquée, ce n'est qu'une question d'argent et c'est préjudiciable à la profession.

Pour moi, l'opticien est un peu le « beta test ». Une fois que les gens seront habitués aux réseaux de soins avec les opticiens, et qu'ils trouveront normal que ce soit la mutuelle qui choisisse pour toi, et bien on va se diriger vers les dentistes et ensuite vers l'hôpital. C'est comme ça que les choses évoluent et ça va faire comme aux Etats-Unis. Tu vas présenter ta carte d'assurance et tu auras droit à ce service plutôt qu'un autre en fonction de ce que tu auras cotisé. On n'aura plus forcément la même qualité de soins pour tous en fonction de l'assurance qu'on a choisie.

Pour moi tout cela est contraire aux valeurs mêmes de la Sécurité Sociale. Alors après je comprends qu'il y ait le déficit de la Sécurité sociale et des impératifs financiers derrière mais qui est gagnant ? Aujourd'hui, c'est celui qui a le plus d'argent qui sera le mieux soigné et on est sur une logique américaine et j'ai un peu de mal avec ça. Moi je suis complètement contre les réseaux de soins. Pour revenir aux lunettes, il y a un truc que j'avais trouvé génial : il y a des opticiens qui abusent, des clients qui abusent et les mutuelles ont établi un forfait annuel pour le remboursement. Par contre, si vous attendez deux ans, c'est 50% de remboursement en plus, si vous attendez 3 ans c'est 70% en plus tout en restant chez votre opticien. Les mutuelles encourageaient un renouvellement optique responsable et les opticiens pouvaient proposer un équipement de qualité totalement librement. Le problème c'est que ça n'a pas duré longtemps tout simplement parce que ce n'était pas bénéfique pour les mutuelles. Pour moi, c'est dommage que la santé prenne un coup au profit du chiffre et c'est un retour en arrière en matière de prise en charge.

## **Annexe n° 12 : Entretien avec une audioprothésiste**

En moyenne, en France, le prix moyen d'un appareil s'élève à 1 500 euros. Or, 119,83 euros sont pris en charge par l'assurance maladie de base et 350 euros en moyenne sont pris en charge par les mutuelles. Ainsi, le reste à charge des patients est particulièrement élevé en France, surtout si l'on compare avec la moyenne des pays de l'Union européenne où la prise en charge de l'assurance maladie pour les appareils auditifs s'élève en moyenne à 600 euros. On peut alors constater de nombreux abandons de soins ; seulement 30% des 6 millions de personnes malentendantes sont aujourd'hui appareillées. Les audio-prothésistes forment un petit corps (au 1er janvier 2016 sont recensés 3 264 audioprothésistes en exercice) qui assure de bénéficier de marges encore particulièrement importantes sur la vente des appareils (Cour des comptes, 2013).

### **MIP : En tant qu'élève audio-prothésiste, avez-vous été sensibilisée à l'école à la question des réseaux de soins ?**

Audioprothésiste : Non, à l'école il n'y aucune communication sur la question des réseaux de soins. L'école ne permet d'apprendre que la théorie. Aucune sensibilisation n'est réalisée sur l'avenir de la profession et l'impact des réseaux de soins.

### **MIP : Recevez-vous des mails publicitaires des mutuelles pour adhérer à leurs réseaux de soins ?**

Audioprothésiste : Oui, les mutuelles envoient des mails pour me demander d'adhérer.

### **MIP : Quels sont les opinions de l'ordre et des syndicats qui vous encadrent sur les réseaux de soins ? Quel est votre opinion personnelle sur les réseaux de soins ?**

Audioprothésiste : Il n'y a pas d'ordre concernant les audio-prothésistes. En revanche, il existe un syndicat important et fort, syndicat qui a d'ailleurs permis de maintenir par l'instauration d'un *numerus clausus* un corps avec peu de professionnels : les diplômés de l'école sont peu nombreux chaque année et la profession est très bien protégée.

Personnellement, je suis une audio-prothésiste indépendante. Je suis indépendante de pouvoir adhérer ou non à des réseaux de soins, de pouvoir instaurer les prix que je souhaite. De ce fait, si les réseaux de soins deviennent trop contraignants pour nous professionnels mais aussi pour les patients en diminuant leurs libertés, s'ils imposent des prix qui me paraissent trop faibles ou qui me contraignent trop alors je peux refuser d'y adhérer ou simplement quitter mon partenariat.

A l'heure actuelle, j'ai adhéré à de nombreux réseaux de soins sauf Santéclair. Pour donner un ordre d'idée : un appareil haut de gamme coûte à un patient environ 1 990 euros, or en adhérant à Santéclair, l'audioprothésiste doit vendre l'appareil 1 200 au client. La marge diminue (en sachant que l'appareil coûte en moyenne entre 500 et 600 euros pour le professionnel). Les audio-prothésistes sont ligués contre Santéclair.

Aujourd'hui, je suis indépendante, or demain, si des regroupements d'audioprothésistes sont imposés, il apparaîtra certainement obligatoire d'adhérer aux réseaux de soins et sûrement à tous les réseaux de soins.

### **MIP : Existe-t-il un impact financier pour les professionnels d'adhérer ou non à un réseau de soins ?**

Audioprothésiste : Il ne faut pas voir uniquement les points négatifs du réseau de soins. En effet, si la marge diminue au regard des prix de vente qui sont imposés, il faut aussi constater

qu'ils nous envoient des clients. Pour le moment, nous sommes conscients que nos marges sont importantes, nous sommes chanceux, de ce fait, les tarifs imposés par la plupart des réseaux de santé sont acceptables et nous permettent de continuer notre activité en vivant convenablement sauf avec Santéclair.

**MIP : Le gouvernement est en train de réfléchir sur le reste à charge zéro notamment dans le secteur de l'audioprothèse, qu'en pensez-vous ?**

Audioprothésiste : Aujourd'hui, nous sommes le 3 mai, ce qui est parfait puisqu'une réunion gouvernementale a lieu aujourd'hui concernant la question du reste à charge zéro. Nous sommes dans l'attente du compte rendu de la réunion.

Je ne suis pas angoissée par cette réforme puisque pour l'instant les clients n'en parlent pas, les ventes marchent. Or, les commerciaux et les fournisseurs nous effraient, ils pensent que si la réforme est adoptée, les personnes malentendantes attendront l'entrée en vigueur de la réforme pour acheter un appareil ce qui pourrait entraîner une activité presque nulle pendant plus de 6 mois.

Une étude Xerfi a démontré que le nombre de personnes appareillées (en pourcentage de la population malentendante) passerait de 38,4 % aujourd'hui, à 44 % en 2022 sans réforme, et 46 % avec la réforme. La différence n'est donc que de deux points, ce qui fait dire aux audio-prothésistes que « le jeu n'en vaut pas la chandelle ».

Il existe plusieurs points de la réforme qui peuvent poser des difficultés :

Tout d'abord, il est possible que les centres d'audio-prothèses les plus fragiles soient contraints de mettre la clé sous la porte ce qui engendrera une désertification de l'offre en audioprothèse.

Ce qui me dérange dans la réforme est la volonté du gouvernement de dissocier la vente de l'appareil et le suivi. En effet, aujourd'hui, dès lors que nous vendons un appareil, nous restons en contact avec le client-patient, nous lui ajustons son appareil, nous faisons des visites de suivi pour s'assurer que son appareil fonctionne, lui convient, est confortable... C'est un réel lien avec le patient qui est pour moi primordial. Or, avec la réforme du reste à charge zéro, il y aurait une possibilité si le patient le désire d'acheter son appareil à un endroit et de changer d'audio-prothésiste pour le suivi. Ainsi, il n'y aurait plus de lien, plus de continuité, et un suivi chez un autre audio-prothésiste serait possible.

De la même manière que dans l'optique qui a vu la prise en charge du renouvellement des lunettes par l'assurance maladie passée de tous les ans, à tous les deux ans pour passer à tous les 3 ans aujourd'hui, la réforme voudrait aussi une prise en charge par l'assurance maladie uniquement tous les 5 ans des appareils auditifs.

En réalité, cela n'est pas une véritable problématique pour l'audioprothèse puisqu'au regard des restes à charge élevés en France, les patients changent relativement peu leurs appareils, d'ailleurs c'est environ tous les 5 ans que les appareils sont changés sauf en cas de vol ou de perte évidemment.

### **Annexe n°13 : Entretien avec une IDE libérale**

**MIP : Présentation du cabinet :**

IDE : Mon cabinet se trouve 1 rue du vin à Chalon sur Saône; je travaille en association avec une autre infirmière et nous avons une remplaçante.

Le cabinet est fonctionnel depuis plus d'une cinquantaine d'années car je me suis associée avec une personne qui est partie en retraite en 2017 ; c'est un cabinet qui fonctionne bien quoi.

**MIP : Vous êtes en libérale depuis :**

IDE : 1995 et ma collègue est partie en retraite en 2017, elle avait 65 ans, elle avait le cabinet depuis qu'elle avait une trentaine d'années quand elle a ouvert ce cabinet.

**MIP : Est-ce que vous connaissez la file active ? Par jour, semaine ou mois ?**

IDE : Par jour entre 40 et 60 patients, cela peut être moins de 40 en ce moment - c'est cela - car l'on a des patients chez qui l'on va matin, midi et soir ; et quand c'est un jour férié, il y a moins de monde et donc le lendemain plus car les prises de sang tu ne les fais pas les jours fériés tu les décales mais en général c'est à peu près cela.

**MIP : Comment avez-vous eu connaissance des réseaux de soins dans le cadre des mutuelles ?**

IDE : J'ai lu cela sur l'infirmière magazine car quand j'ai 2 minutes je lis et quand j'en ai marre d'être dans ce métier, et par le démarchage des différentes mutuelles et cela depuis 2008 et également à la radio des infirmiers qui auraient monté un genre de plateforme et pour que les personnes appellent et leur trouve un professionnel rapidement  
Et les autres réseaux types diabète, PRADO, ...

**MIP : Est-ce que cela vous amène une concurrence ?**

IDE : Concernant le PRADO, on a eu 2 patients dont un c'est un ami donc de toute façon il allait m'appeler et l'autre je ne sais pas comment cela est venu, je pense que c'est la Sécu qui a dû appeler par rapport à notre situation de cabinet et le domicile du patient qui était à côté de notre cabinet ; théoriquement, ils doivent demander aux patients - nous c'est ce que l'on nous a dit - à une réunion avec la CPAM, ils demandent aux patients s'ils ont déjà une IDE, un kiné et en général, ils appellent le professionnel qui intervient habituellement chez le patient

**MIP : Dans le cadre du PRADO ?**

IDE : Dans le cadre du PRADO.

**MIP : Et c'est en lien avec l'hôpital aussi ?**

IDE : Oui, pour mon ami, la dame de la Sécu m'a appelée, et j'ai demandé à la personne de la Sécu qu'est-ce qu'il a comme soin car le patient n'a pas su me le dire et je sais que c'est une prothèse de hanche et donc il y a un pansement, des anticoagulants à moins qu'il les ait

par voie orale donc la dame de la Sécu je lui dis tout cela, les pansements c'est à changer tous les 2 jours et elle ne savait pas trop elle allait redemander à l'hôpital.

Cela ne m'amène rien de plus sinon un appel téléphonique supplémentaire si le patient me lit son ordonnance et là tu as plusieurs personnes qui interviennent.

**MIP : Ces 2 prises en charge elles ont eu lieu courant de l'année dernière ?**

IDE : Non cette année en 2018, car je suis allée en réunion à la sécu en 2016 et 2017 qui nous ont en déjà parlé du PRADO et là c'est la première fois que l'on avait un appel

**MIP : Donc vous êtes susceptible d'avoir des patients orientés par la CPAM dans le cadre du PRADO ?**

IDE : Je sais pas, je ne sais pas quels sont leurs critères de choix en fait.

**MIP : Alors est-ce la situation géographique de votre cabinet ?**

IDE : Pour mon ami, je suis déjà intervenue chez lui, c'est des amis donc de toute façon sa femme m'avait dit: « Gilbert va se faire opérer tu vas l'avoir ». Cela je le savais.

L'autre monsieur, je suppose que c'est peut-être la proximité du cabinet je ne sais pas quels sont leurs critères, comment ils choisissent. Après ma collègue est la première de la liste des infirmiers libéraux par son nom, est-ce un critère et une coïncidence qu'il soit proche du cabinet? Aussi mais nous ils nous avaient dit qu'ils interpellaient déjà le professionnel qui intervenait chez le patient d'habitude comme l'HAD doit faire également mais qu'ils ne font pas.

**MIP : Et l'hospitalisation à domicile vous amène une concurrence ?**

IDE : Oui cela peut, moi j'interviens dans un foyer logement résidence Béduneau, j'ai une dame chez qui on va régulièrement faire des prises de sang et un jour je la vois en bas à l'accueil tu rentres et il y a des fauteuils et les personnes sont souvent là et je la vois avec des fixateurs externes ; et je lui dis et bien Emilie qu'est-ce qu'il vous arrive ? Parce qu'en général on va faire des pansements ; « Ah ben je suis tombée, je me suis cassée le poignet ». Et je lui réponds : - « Ah bon et vous avez des pansements? » ;

- « Ah ben oui c'est l'hôpital qui vient » ;

-« D'accord ».

Je n'ai pas voulu perturber cette dame en lui disant pourquoi c'est l'hôpital qui vient et pas nous et un jour j'ai un appel téléphonique de son fils qui me dit : - « Vous ne deviez pas venir vers ma mère? »

- « Non personne ne m'a appelée ».

- eParce que on lui a enlevé les broches et elle devait avoir un pansement tous les 2 jours et cela fait une semaine qu'elle n'a vu personne mais nous on nous a pas appelée.

En plus, de mon point de vue, elle avait le fixateur externe, déjà bon faire intervenir une HAD pour des fixateurs externes, le coût de l'HAD et souvent il faut 3 soins pour que l'HAD puisse intervenir donc là le pansement des fixateurs avec le nursing et la gestion de la prise du traitement moi je vois ces 3 éléments là parce que la personne donc ils l'ont pris en charge mais à l'ablation des broches vous prenez une IDE et la dame elle a cru que c'était l'hôpital qui allait appeler alors tu vois il n'y a pas eu de relais et on ne l'a pas revu car elle est pas tout le temps à l'accueil et donc j'ai dit à son fils que je passerai le soir. Il n'y a pas eu de soucis et c'est là que j'ai compris qu'elle avait été pris en charge par l'HAD car au départ, je suis les patients, quand on leur demande certaines fois, ne se rappellent plus de notre nom, on leur donne une petite carte avec nos coordonnées et ils ne l'ont pas et ont-ils appelé une autre IDE? Mais quand j'ai vu les boîtes de DASRI de l'hôpital, je me suis dit c'est l'HAD

qui est coûteux pour un fixateur externe; une IDE à côté cela te fait un pansement à 10 euros ; après c'est comme cela on n'y peut pas grand-chose, mais normalement l'HAD aurait dû nous appeler nous. Alors est-ce que la dame n'a pas dit même si les gens ne se rappellent pas? « Ah bah oui, je ne sais plus son nom, j'en ai une d'IDE. » Est-ce qu'après on ne sait pas qui c'est? Cela peut être possible. Je n'incrimine pas non plus.

**MIP : Oui mais bon elle avait des soins quotidiens cette dame ?**

IDE : Non en général, on fait à peu près tous les 2 jours un pansement. Ce n'est pas tous les jours, mais je pense qu'ils ont dû intervenir pour la toilette tous les jours. Cela, c'est moi qui spécule là-dessus

**MIP : Est-ce que vous avez conventionné avec les assurances complémentaires ?**

IDE : Alors je viens de le faire là il y a 15 jours

**MIP : Comment avez-vous été recrutée ? Comment cela s'est passé ?**

IDE : Personne ne m'a recruté. En fait, les patients au fur et à mesure quand tu leur dis, ils nous demandent comment cela se passe. "Est-ce qu'il faut que je paye ?" Ceux qui sont en ALD, CMU, AMC toutes ces personnes-là on fait le tiers payant mais les autres personnes on faisait régler.

Ah bon comment cela se fait il que l'on paye ? Car maintenant, les gens ne payent plus le pharmacien déjà depuis un moment donc on s'est dit avec ma collègue, il y a tout le temps ce « ah bon il faut que l'on paye » ou alors « je vais pas pouvoir vous payer » ; en général on faisait des facilités, on faisait rembourser, ils nous faisaient le chèque on encaissait plus tard ou si c'était des soins sur 2 mois on faisait des petites factures régulières enfin voilà.

Mais c'est surtout ceux : « Ah bon faut payer! ». Je me suis dit de toute façon cela va aller comme cela le tiers payant théoriquement c'est obligatoire pour les médecins même si c'est pas forcément fait mais voilà donc du coup j'ai une collègue qui l'avait fait qui c'était conventionnée tu vas sur le portail AMC et tu t'inscris voilà.

Dans mon logiciel j'ai aussi la marche à suivre qui m'explique par une vidéo pour vous inscrire sur le portail avec les mutuelles vous cliquez là-dessus. C'est un site en fait qui t'inscrit pour toutes les mutuelles voilà

**MIP : Je ne savais pas ; on a très peu rencontré de professionnels et l'on ne sait pas du tout comment vous êtes recrutés.**

IDE : On n'est pas recruté, en fait moi j'avais eu il y a quelques années Harmonie Mutuelle qui m'avait appelé. C'est la mutualité française qui m'avait appelé en me disant qui voulait que je me conventionne avec eux et puis à cette époque je ne voulais pas. Et elle me dit oui, mais il faudrait quand même nous signer quelque chose pour que vos patients soient remboursés plus rapidement. Les patients sont remboursés plus rapidement mais moi je ne veux pas faire de tiers payant. Et en fait, j'ai signé ce truc et après ils n'arrêtaient pas de m'envoyer un courrier en me demandant un RIB pour que je puisse être payée moi donc à chaque fois je n'ai jamais répondu et bon ils se sont lassés

**MIP : Et cela vous vous en rappelez, il y a combien de temps ?**

IDE : Je crois que je dois avoir, regardez le 19/4/18 j'ai signé cela. Je me suis inscrite sur internet, j'ai signé et je leur ai renvoyé ça. Je me suis inscrite au niveau de l'association inter amc.

**MIP : Et votre collègue aussi ? Ou vous l'avez faites pour le cabinet ?**

IDE : Chacune

**MIP : Vous êtes obligés de le faire chacune ?**

IDE : En fait nous, on fait chacune nos factures par patient, moi je facture les soins que j'ai fait et ma collègue facture les siens

Harmonie mutuelle en 2012 me proposait déjà le tiers payant mais sans spécifier le réseau de soins. Donc moi la fille m'avait dit que c'était un accord flux Sésame Vital pour ce qui permettait aux patients d'être remboursé plus vite et tu vois après ils ont marqué et tiers payant alors que moi j'ai toujours refusé ; je leur avais dit que je ne voulais pas le faire; donc ils m'ont demandé plusieurs fois des RIB tout ça et puis après ils se sont lassés. Là ils vont être contents.

**MIP : Car ils vont vous retrouver !**

IDE : Quelques fois on a des courriers SP SANTE, ALMERIS où ils te proposaient de conventionner

Bon maintenant, j'ai toutes les mutuelles qui apparaissent donc je quand je vais chez la personne, le patient, je prends sa carte mutuelle et ensuite - je peux te montrer comment cela fonctionne sur l'ordi - je rentre ces données. Sauf certaines mutuelles comme la MNH, MGEN, la SNCF, les mines c'est directement dans la carte vitale alors que les autres personnes ils ont leur petit papier et là je suis obligée de rentrer manuellement. Groupama UNÉO

**MIP : Vous êtes beaucoup sollicitée ! Depuis un certain temps ?**

IDE : Depuis 2008, la MNH nous mettait en place une plateforme et il nous suffit de nous envoyer le RIB

**MIP : Je voulais voir la constitution de la convention, il n'y a pas grand-chose ; vous n'avez aucun soin de répertorié ? Les soins, vous faites comme vous voulez ?**

IDE : Alors non parce que pour les soins, nous, on a une nomenclature.

**MIP : Donc vous utilisez la nomenclature de la CPAM ?**

IDE : Ce qui est hors nomenclature - euh - par exemple les soins de sonde urinaire chez un homme c'est hors nomenclature. Donc la pose de sonde mais les soins de sonde c'est hors nomenclature. C'est des problèmes que l'on rencontre souvent

J'ai eu le cas d'un monsieur chez qui l'on avait soigné sa femme, l'IDE d'urologie donc ils lui ont mis une SAD pour un problème de rétention et il sortait avec sa sonde, il fallait aller faire des soins de sonde. Alors ce qu'il appelle soins de sonde c'est petite toilette voilà! Un à la biseptine ou au dakin, suivant voilà et puis vider la poche mais ça dans ta nomenclature tu ne l'as pas ; tu as la pose de la sonde urinaire mais pas le soin de sonde donc ce n'est pas remboursable

Pour nous, pour que les patients comprennent que ce n'est pas nous qui ne voulons pas qu'ils soient remboursés -parce qu'ils ne le comprennent pas - "Je comprends pas j'ai une ordonnance, je suis en ALD normalement je dois être remboursé!"

- "Mais non cela n'a rien à voir!"

Donc ce monsieur il est très gentil on l'a prévenu donc j'ai dit à l'IDE que c'était hors nomenclature et tout de suite mais vous allez avoir une ordonnance non elles connaissaient pas non plus les IDE de l'hôpital comment cela fonctionne. Je dis que c'est hors nomenclature: soit le patient va payer et ne pas être remboursé sinon voyez avec le médecin

pour qu'il fasse une prescription d'un pansement ; "ah ben non! C'est quand même pas un pansement."

Je leur dis que je ne peux pas faire mieux quoi donc avec ma collègue on propose aux patients quand c'est hors nomenclature la sécu nous a dit vous proposez un tarif raisonnable évidemment on va pas demander 100 euros par jour on est allée un mois chez ce monsieur quand même donc hors nomenclature plus les dimanches donc tu vois ; il nous a dit: "il y a pas de souci" ; on propose aux personnes dans ce cas-là comment il faut faire parce que faire la petite toilette déjà on leur dit de faire leur toilette et certaines personnes le font toute seule après ; la poche c'est pas très compliquée non plus certaines peuvent le faire mais d'autres sont incapables de le faire

Alors donc voilà, c'est ce problème-là: si ce n'est pas pris en charge par la sécu c'est pas pris en charge par la mutuelle

Il y a quelques fois des mutuelles qui peuvent prendre en charge, tu sais comme par exemple les lentilles. Voilà, c'est pris en charge par les mutuelles mais pas par la sécu donc dans ces cas là on propose aux personnes de se renseigner auprès de leur mutuelle et puis on leur fait une facture qu'ils envoient avec la prescription

**MIP : Et là dans le cadre de la convention cela va être pareil ?**

IDE : Cela va être pareil du moment que ce n'est pas remboursé parce qu'en fait la sécu prend en charge 60% et 40% par la mutuelle ; si la sécu ne rembourse pas elle ne transfère pas à la mutuelle le montant qu'il reste à payer

**MIP : Donc c'est à l'utilisateur d'envoyer sa facture à la mutuelle comme pour les séances d'ostéopathie.**

IDE : Donc nous on a eu un monsieur qui est affilié à la MNH alors donc on a fait les factures après la MNH a voulu une feuille de soins aussi donc on a donné la feuille de soins à la personne pour qu'elle puisse envoyer à la MNH ; je sais pas où cela en est car cela fait plus d'un an que cela dure tu vois

**MIP : Donc vous, vous n'avez aucun impact financier sur ton cabinet de part ce conventionnement ?**

IDE : Ah non.

**MIP : Donc vous, le lien que vous avez avec les mutuelles c'est le lien association AMC?**

IDE : Oui c'est eux. Par contre, je n'ai pas regardé si j'ai un souci. C'est eux qui gère la convention. Après, là j'ai un souci. J'ai un monsieur où j'ai eu un rejet de la part de la mutuelle parce qu'en fait il est à Harmonie Mutuelle et il y avait 2 chiffres enfin 2 possibilités j'ai dû cocher la mauvaise. Normalement quand on a un souci on a un site où l'on doit aller mais je n'ai pas eu le temps de regarder

**MIP : Maintenant tous vos patients qui ont un reste à charge vous les rentrez automatiquement ? Avec la mutuelle ?**

IDE : Ben par exemple avec ma collègue, on s'est dit les personnes chez qui l'on va faire une prise de sang, un acte isolé comme cela qui coûte 8,58 euros ben voilà à part s'ils te disent qu'ils ne veulent pas payer et on s'est dit pour des petites sommes comme cela

Comme tu vois, on a une dame qui a une injection de vitamine B12 une fois par mois cela fait 7 euros c'est pareil. Bon, en plus, elle ne veut pas se faire rembourser et je lui ai dit: "vous êtes bien la première pour ce que cela coûte." C'est même pas 7 euros car comme elle

est à Béduneau dans les foyers logements on compte un seul déplacement donc elle paye 4,50euros donc elle dit pour 4,50 euros et je lui dis qu'elle n'a pas de papier à envoyer que c'est nous qui faisons tout alors du coup elle veut pas ; alors j'ai dit la MNH va être contente.

**MIP : En termes de qualité des soins, pareil dans cette convention vous n'avez pas, comment elle est prise en compte, est-ce que vous avez des personnes qui vont venir évaluer les soins que vous administrez, est-ce que vous avez des recommandations de bonnes pratiques, comment vous appliquez la qualité des soins ?**

IDE : Non rien de tout cela. Les mutuelles c'est que financier. Personne ne m'a posé de question sur les soins. C'est récent ; il y a des contrôles de la part des agents de la CPAM qui se rendent sur place ; ils prennent des dossiers au hasard et font le lien entre les soins déclarés par les IDE libéraux et la prise en charge.

De plus, certains font des soins hors champ professionnel et donc hors nomenclature et déclarent des soins réalisés sur une autre nomenclature prévue alors que c'est hors ; la CPAM ne se pose pas la question si tu as payé des charges ou non. Aujourd'hui, la nomenclature n'a pas été mise à jour pour certains soins. Par contre les soins avec le PRADO sont inclus dans la nomenclature et une majoration cela veut dire que l'on compte le soin que l'on doit faire et ensuite la majoration du fait de l'orientation par le PRADO.

**MIP : Est-ce qu'à votre avis ce mode de prise en charge favorise l'accès aux soins ? Du fait que vous mettez en place un tiers payant ?**

IDE : L'accès aux soins, les personnes qui sont vraiment démunies et qui ne sont pas en ALD, ont en général la CMU donc ces personnes-là il n'y a pas de souci. Il y a l'ACS aussi maintenant. Nous, avant les personnes qui ne payaient pas les soins ne sont pas forcément les personnes les plus démunies non plus ; tu relances ; ah oui j'ai oublié voilà mais général

**MIP : Vous avez eu des impayés ?**

IDE : Oui. En ce moment j'en ai un et c'est étonnant c'est un jeune qui vit avec ses parents qui a 16 ans. Dans l'été, on y est allées car il c'était fracturé un orteil et ensuite là il s'est fait opérer du genou et depuis février ils nous n'ont pas réglés Donc on a envoyé 2-3 sms mais je crois que je vais passer. Donc c'est bizarre.

**MIP : Comment les usagers ont connaissance des réseaux de soins et de votre cabinet ? Vous ne démarchez pas ?**

IDE : Non la publicité est interdite sauf à l'installation d'une infirmière. Elle a le droit de faire passer un encart dans le journal en disant qu'elle s'installe ou qu'elle prend le relais d'une infirmière qui prend sa retraite une fois. On n'a pas le droit de distribuer des cartes professionnelles chez ton généraliste pour qu'ils en donnent ou chez le cardiologue ou chez n'importe quel médecin. On n'a pas le droit de mettre sur ta voiture infirmière à domicile c'est interdit. Après nous les patients nous contactent soit prennent l'annuaire voilà soit les patients que l'on connaît leurs voisins leur dit à ben tu as une infirmière ou quelque fois des gens quand on va dans un immeuble nous voit et nous dise vous êtes infirmière oui et un jour ils nous appellent dans ce cas-là je leur donne mon nom et je leur propose une carte je peux le faire et les gens qui sont envoyés par les familles on soigne le papy ou la mamie et les enfants vont nous appeler. S'il y a les prestataires de services comme home perf, ély santé.

**MIP : C'est quoi ?**

IDE : Les prestataires sont appelés par l'hôpital soit par une clinique car ils ont des personnes qui vont sortir sous antibiothérapies par exemple sous alimentation entérale ou parentérale donc notre monsieur qui a son alimentation parentérale c'est la diététicienne d'Ely santé qui nous a appelé pour que l'on le prenne en charge ; donc eux s'occupe du protocole la diététicienne et de la livraison du matériel et ils cherchent une infirmière pour réaliser les soins ; ils nous ont appelé car l'IDE qu'il avait avant ne voulait pas le prendre en charge et du fait de notre situation géographique ; car certaines prises en charge qui sont contraignantes comme l'alimentation entérale ou parentérale car tu poses l'alimentation et si jamais il y a un problème tu dois y retourner sans facturer le fait que tu retournes au domicile du patient

**MIP : Et l'ordre infirmier qu'est-ce qu'il pense de ces réseaux de soins ?**

IDE : Comme PRADO

**MIP : Et avec les mutuelles**

IDE : Pas de position actuellement. J'ai rien vu. Nous, l'ordre nous envoie soit des infos soit des alertes genre attention aux démarcheurs pour l'accès PMR ou soit disant l'obligation d'avoir un défibrillateur aussi ou comme l'autre jour, nous vous rappelons que la publicité est interdite car tu as des IDE qui dénoncent à l'ordre des collègues qui font de la publicité

**MIP : Vous avez adhéré c'est que vous êtes pour ce fonctionnement-là ?**

IDE : Je suis pour mais c'est plus par rapport aux patients qui semblaient gêné ou qu'ils ne comprenaient pas qu'il fallait payer puisque maintenant la plupart du temps les gens n'avancent plus d'argent pour les soins quoi. C'est surtout cela. Pour moi c'est plus simple de faire la facture et d'emmener un chèque à la banque qu'aujourd'hui que je dois vérifier si j'ai bien été payée cela me prend plus de temps.

**MIP : Et vous n'avez jamais eu de retard de paiement ? Quel est le délai de paiement ?**

IDE : Ben si du coup j'ai un rejet car je n'ai pas coché le bon indice et donc je dois me mettre en rapport avec eux en leur disant que j'ai un rejet

**MIP : Vous vérifiez toutes les semaines, tous les mois ?**

IDE : J'ai Noémie le logiciel, c'est la sécu qui me renvoie tous mes paiements et la part mutuelle apparaît aussi sur ce logiciel

## **Annexe n°14 : Entretien avec le responsable des études santé au sein de l'association UFC-Que choisir**

### **MIP : Quelle est la position d'UFC- Que Choisir sur les réseaux de soins ?**

UFC- Que Choisir : On étudie les choses, filière de soins par filière de soins et nous n'avons pas une position unique. La première fois que nous avons pris position en faveur des réseaux c'était au sujet de l'optique. C'était en 2013, au moment où il y avait la proposition de loi Le Roux, qui visait à permettre à toutes les familles de complémentaire santé de faire des remboursements différenciés en fonction de la fréquentation ou non des réseaux.

Jusqu'alors, l'UFC ne s'était pas prononcée sur le sujet et avait même un peu de réticence, des réserves, dans la mesure où avec le réseau il y a une contrainte sur le choix qui est plus ou moins poussée selon l'étendue du réseau. Il y a quand même cette idée de contrainte de choix face aux professionnels qui ne va pas de soi, en France en tout cas. La tradition française du système de santé est la liberté de choix du professionnel. C'est au cœur de l'organisation du système et ça n'existe pas dans beaucoup d'autres pays où vous avez depuis très longtemps des médecins référents de manière beaucoup plus stricte que les médecins traitants chez nous.

En Espagne ou en Angleterre par exemple le système est beaucoup plus orienté. C'est plus dans leur culture mais moins dans la culture française. Sur l'optique, ce qui nous avait amené à changer de position c'est une étude que nous avons faite à l'époque justement sur la structuration du marché de l'optique, les marges, comprendre pourquoi les prix des lunettes étaient chers en France.

Il y avait deux explications. La première était le remboursement des mutuelles et l'autre la mauvaise efficacité du système de distribution, plus simplement trop de magasins d'optique. Chaque magasin d'optique travaillait trop peu, à peu près trois paires de lunettes par jour et par magasin étaient vendues et, par conséquent, avec ce volume-là vous aviez des niveaux de marge brute et des frais très élevés par rapport aux lunettes vendues donc une mauvaise efficacité. Le fait d'avoir deux opticiens sur la place du village au lieu de cinq permettrait quand même une liberté de choix et un accès aux soins mais également que les prix soient plus bas parce qu'il y aurait une plus grande efficacité dans la distribution.

Aussi, il nous semblait, et il nous semble toujours, que les réseaux sont un outil efficace pour faire la négociation des prix que les consommateurs ne peuvent pas faire eux-mêmes car négocier et comprendre le prix de ses lunettes, c'est très compliqué notamment pour les verres. Le consommateur tout seul n'est pas en mesure de vraiment faire jouer la concurrence. C'est pour cela qu'il y a un petit paradoxe. Normalement plus vous avez d'offres plus les prix sont bas mais ça ne fonctionne pas sur l'optique d'une part parce que vous avez des remboursements et d'autre part parce que pour que le système offre/ demande et prix marche il faut de la comparabilité des produits. Or, la comparabilité sur l'optique est difficile à obtenir justement parce que si vous avez cinq devis vous n'allez pas avoir les mêmes verres à chaque fois et vous ne pouvez pas bien comparer et comprendre. Il nous a donc semblé que sur ce sujet il y avait une convergence d'intérêt entre organismes complémentaires, donc réseaux, et consommateurs. Ce qui nous a amené à soutenir cette proposition de loi et à soutenir le développement des réseaux sur l'optique. C'est le premier gros sujet.

Après il y a deux autres secteurs majeurs, le dentaire et les audioprothèses. Sur les audioprothèses on a un marché assez compliqué avec une pénurie de professionnels de santé, pénurie entretenue par les professionnels de santé eux-mêmes puisque jusqu'à très

récemment le nombre d'audioprothésistes formé était décidé par le ministère de la santé sur avis et après concertation avec les audioprothésistes eux-mêmes. Autrement dit on demandait à une profession quel est le niveau de concurrence qu'elle souhaitait. Économiquement c'est assez peu optimal. On avait un marché dans lequel on avait des prix élevés qui s'expliquait principalement par des niveaux de rémunération très élevés des audioprothésistes par rapport à leur niveau de formation. Si on compare à des professionnels médicaux à niveau de formation équivalent ils gagnent de l'ordre de deux fois plus à BAC + 3. Là-dessus, les réseaux ont plus de mal à jouer. Il est beaucoup plus difficile de négocier qu'avec les opticiens à qui on dit « je vous amène du flux si vous baissez vos prix, vous allez faire une marge unitaire plus faible mais vous allez faire plus de fois cette marge unitaire ». Avec un audioprothésiste s'il est à peu près correct en termes de qualité, il va être à peu près plein donc l'idée d'avoir un flux supplémentaire ne va pas l'intéresser. Leur carnet de rendez-vous étant complet, cet argument un peu massue qui est de dire je vous amène des clients donc quand ils viennent de ma part faites leur des prix plus bas, marche moins sur les audioprothésistes. Nous ne sommes pas contre les réseaux en audioprothèse, nous sommes même pour mais nous sommes beaucoup plus réservés sur leur efficacité réelle.

Pour le secteur du dentaire c'est encore plus compliqué, d'ailleurs les réseaux s'y frottent peu ou pas, parce qu'il y a une plus grosse implication de l'Etat, notamment avec les négociations conventionnelles qui n'existent pas avec l'optique ou l'audio, un remboursement plus élevé de l'assurance-maladie et un pouvoir de négociation des dentistes qui est là aussi bien supérieur à celui des opticiens et même supérieur à celui des audioprothésistes. Par conséquent, c'est plus compliqué et il y a un enjeu de qualité qui est réel et qui est plus difficile à maîtriser a priori que sur l'optique ou même l'audio. Les réseaux nous disent on fait des tests à l'aveugle mais ce qui peut être suffisant en optique pour voir si on a vendu le verre prévu et s'il n'y a pas de fraude, sur un implant dentaire ou une couronne c'est nettement plus compliqué et puis en plus il y a cette idée, pas fausse malheureusement, qu'un bon dentiste n'a pas besoin d'un réseau pour avoir des clients. Donc on a quand même ce problème de se dire, alors même qu'il y a de vraies marges pour faire baisser le coût du dentaire en France, avec une meilleure efficacité à la production, moins d'exercice solitaire, un peu plus de mutualisation des coûts etc., sans nuire à la qualité vous allez baisser les prix. Malheureusement les réseaux ont du mal à se faire une place dans ce secteur. Par conséquent, nous sommes plus mitigés sur le dentaire d'une part parce que les réseaux ne sont pas vraiment en mesure de faire baisser le prix et d'autre part, parce qu'il y a cette question de la qualité puisque les contrôles qui sont mis en place ne sont pas suffisants pour garantir la qualité. Cela ne veut pas dire qu'elle n'est pas bonne dans les réseaux, nous n'avons pas d'éléments pour le dire, mais à l'inverse nous n'avons pas toutes les garanties non plus de dire que la qualité va être aussi bonne qu'en dehors des réseaux, sachant qu'en dehors des réseaux on peut avoir des problèmes de qualité aussi ce n'est absolument pas binaire.

C'est pour cela qu'on envisage les choses de manière séquencée. Sur l'optique, oui, parce qu'on pense que c'est efficace, qu'il y a des besoins et une vraie défaillance de marché. Sur l'audio, il y a un besoin mais on est un peu plus sceptique sur leur capacité à se positionner sur le marché. Sur le dentaire c'est quand même beaucoup plus compliqué d'agir et les dentistes sont tellement en position de force dans les négociations y compris avec l'Etat. Quand on regarde la négociation conventionnelle en cours avec les dentistes, ils s'en sortent extrêmement bien. Si même l'assurance maladie a des difficultés à négocier, pour les réseaux de soins c'est compliqué.

A côté de cette position de principe plutôt favorable on a des demandes qui portent sur l'encadrement des réseaux. Avoir des réseaux tout-puissants et non régulés sans contre-pouvoir ça ne nous intéresse pas non plus. Ce n'est pas du tout le cas aujourd'hui mais on

estime qu'il faut une régulation, que demande l'Autorité de la concurrence d'ailleurs. L'idée est d'avoir plus de transparence sur les réseaux qu'aujourd'hui notamment sur les critères de sélection des professionnels. Ça nous pose problème que sur les sites des réseaux il n'y ait pas la liste des professionnels. Aussi, le fait que, même si ça s'est calmé, il ne faudrait pas des clauses d'exclusivité avec un professionnel. Il faut une relation équilibrée entre les professionnels et les réseaux. On pense que les réseaux doivent pouvoir intervenir mais encore une fois il ne faut pas tomber dans l'excès inverse en les laissant se créer un pouvoir de marché tel, qu'il pourrait y avoir des difficultés pour les consommateurs. Ce n'est donc pas un blanc-seing pour les réseaux.

**MIP : Que pensez-vous du rapport de Frédéric Bizard ? Notamment concernant le risque inflationniste et d'inégalité entre actifs et inactifs ?**

UFC- Que Choisir : Cette personne a des liens avec des professionnels de santé qui font qu'il a intérêt à défendre cette position-là. Les résultats sont scientifiquement assez légers. La question d'iniquité entre actifs et inactifs n'est pas liée aux réseaux mais aux complémentaires santé. Le fait que les contrats collectifs soient fiscalement aidés et que ça se fasse au détriment des contrats individuels est vrai. Nous sommes en accord avec cette analyse. Avec l'obligation de couverture on peut se demander si cette incitation fiscale est judicieuse. Ce point-là est vrai mais ce n'est pas une question de réseaux mais de complémentaire santé. L'autre point sur le fait que ce soit couteux et inflationniste, oui il y a des frais de gestion, mais les gros réseaux aujourd'hui c'est de l'ordre de 6 millions d'assurés peut-être même un peu plus pour certains, si vous ramenez leur coût de fonctionnement aux personnes couvertes ils ont quand même des coûts de fonctionnement assez réduits.

Pour un contrat individuel on a au moins 20% de frais de gestions et la cotisation est au-delà de 600 euros par an donc 120 euros de frais de gestion par an. Là-dessus les quelques euros par an que coûtent les réseaux de soins sont à relativiser et sont à mettre à la lumière des avantages qu'ils peuvent apporter pour certains soins. Mais c'est bien qu'il y ait aussi des voix discordantes.

**MIP : Est-ce que vous avez constaté des différences de pratique entre les trois différentes OCAM, institutions de prévoyance (IP), assurances et mutuelles ? Est-ce que les réseaux sont vraiment harmonisés ou existe-t-il une distinction entre chacune des pratiques ?**

UFC- Que Choisir : Déjà il faut voir que certains réseaux sont possédés par des actionnaires qui ont plusieurs natures juridiques, certains sont possédés en même temps par une mutuelle, une IP et une société d'assurance. Par exemple KALIVIA c'est Malakoff Médéric et Harmonie Mutuelles, une IP et une mutuelle. Santéclair a des mutuelles, des assureurs et peut-être également des IP, il faut regarder. Il n'y a pas nécessairement une unicité de nature juridique derrière l'actionnariat de chaque réseau, ce qui brouille un peu les cartes. De manière générale, dans les complémentaires, cette distinction est parfois un peu surjouée par certains, les mutuelles particulièrement qui parlent assez régulièrement de leurs valeurs mutualistes qui ne se retrouvent pas dans les faits. Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de leur dire que les valeurs existaient par la preuve et pas par le discours. Les valeurs mutualistes particulières doivent se retrouver dans les pratiques et ce n'est pas toujours le cas. Ce n'est pas parce que c'est à but non lucratif qu'il y a nécessairement une meilleure qualité de service, pas forcément des tarifs plus bas et un meilleur respect de l'assuré ou de l'adhérent alors que certaines sociétés à but lucratif ont un super service client et vont être très efficaces. On n'a pas une lecture binaire de ces choses-là.

On s'éloigne des réseaux mais les différences de complémentaires vont se retrouver dans la facturation avec la solidarité par l'âge par exemple. Il y a des études assez récentes de la DRESS qui montrent que globalement les mutuelles sont plus redistributrices entre classe d'âges que les sociétés d'assurance. On va moins faire payer les personnes âgées dans les mutuelles que dans les sociétés d'assurance.

Il y a quelques différences comme ça de pratique mais pour les réseaux l'actionnariat est varié, il n'y a pas de réseaux mutualistes, d'assureurs ou d'IP. C'est un peu tout mélangé et dans la pratique au quotidien je ne suis pas sûr que pour négocier le prix des lunettes il y ait des différences de pratiques entre mutuelles, assurance et IP. Il n'y a pas de bonne et de mauvaise manière de faire.

**MIP : Est-ce qu'il existe un profil type d'utilisateurs des réseaux notamment en fonction des revenus ? Et symétriquement un profil type de professionnel qui adhère aux réseaux ?**

UFC- Que Choisir : Nous n'avons pas d'information dessus, il faut interroger les réseaux plutôt. Un des éléments que nous avons pu voir quand nous avons travaillé sur le sujet c'était que le taux d'utilisation des réseaux dépendait beaucoup de la façon dont ils étaient promus par la complémentaire. Il y a des complémentaires qui, depuis longtemps, ont mis le réseau au cœur de leur stratégie et qui communiquaient beaucoup autour de ce sujet-là et qui avaient du coup des bons taux d'utilisation. D'autres, au contraire, avaient des moins bons taux d'utilisation parce que c'était mentionné uniquement à quelques endroits mais moins mis en avant donc les gens ne connaissaient pas trop. Après c'est sûr que contrairement à ce qu'on aurait pu penser, il existait à un moment sur l'optique, par exemple, tout à la fois des enseignes et des indépendants alors qu'au départ c'était plutôt des indépendants. On peut tout à la fois trouver chez les opticiens maintenant des indépendants et des franchisés dans les réseaux. Après le profil type c'est les réseaux qui le savent on ne saurait le dire.

Sinon, il y a un truc que j'ai oublié de vous dire, sur la question du remboursement différencié il y a une chose que l'on soutient et qui veut tout et rien dire "oui à l'incitation non à la sanction". Cela veut dire que la différence de remboursement pour inciter les consommateurs à utiliser les réseaux et donc donner aux réseaux une plus grande capacité de négociation, nous sommes prêts à l'accepter. Mais pas de sanction dans le sens où il ne faut pas pour autant qu'on arrive à des écarts de niveau de remboursement tels que le hors réseau soit impossible. Le cas échéant, pour nous il y a une atteinte aux droits des consommateurs de choisir son professionnel de santé. Honnêtement il est difficile de faire la différence entre l'incitation et la sanction. Nous n'avons pas de chiffres magiques nous permettant de dire au-delà de X euros ça ne va pas. Nous on sera vigilant aux contrats si jamais le hors réseau est sanctionné et principalement sur le collectif car le consommateur est lié à son contrat. C'est un élément important pour nous, on est prêt à accepter de l'incitation mais il ne faut pas que ça aille trop loin sinon c'est contre l'intérêt du consommateur. Aujourd'hui dans les contrats on ne voit pas ces écarts faramineux. Mais à l'avenir on va être vigilant là-dessus.

**MIP : Est-ce que pour UFC Que-choisir les réseaux ont un impact sur la qualité ?**

UFC- Que Choisir : C'est très compliqué à évaluer. Certains réseaux disent que la qualité est meilleure parce que dans les réseaux il y a des contrôles. Mais selon nous ces contrôles ne sont pas toujours extrêmement poussés. Mais nous n'avons aucun cas de mauvaise qualité liée à un réseau qui nous est remonté. Même d'un point de vue décomposition du prix d'une paire de lunettes ou d'un audioprothèse est-ce que le fait de négocier un tarif va entraîner des appareils de mauvaise qualité ou des verres de mauvaise qualité. En fait le gros du prix

c'est le distributeur, 70% du prix d'une paire de lunettes, 79% d'un audioprothèse hors taxes. Donc quand on réduit les prix, on joue sur ces marges de distribution. Du coup, le matériel ne va pas bouger et la qualité n'a pas de raison de diminuer. Si on vous met les mêmes verres avec la même monture qu'elle soit vendue un peu moins chère ne va pas avoir de conséquences à nos yeux sur la qualité d'autant plus que si on renouvelle les lunettes tous les deux ans chez un opticien du réseau il ne faut pas qu'il fasse une qualité désastreuse d'un part car le consommateur lambda le ferait savoir à sa complémentaire santé et la fois suivante il ne retournera pas chez lui. Il y a donc le côté éthique. Quand on entend les professionnels dire que si les prix baissent "on va faire de la mauvaise qualité" cela nous effraie. Cela pose de vraies questions sur la conception du métier d'une part et d'autre part il n'y a pas d'incitation à faire de la mauvaise qualité car on reste toujours dans un jeu concurrentiel, à condition là encore de ne pas avoir de conditions de remboursements énormes. Car s'il n'y a qu'un seul opticien réseau même mauvais il va continuer à avoir des clients parce que les gens n'ont pas d'alternative.

Néanmoins on sait sortir des indicateurs sur des établissements de santé mais on ne sait pas le faire sur des dentistes. Ce n'est quand même pas évident de contrôler la qualité et dans la mesure où ils n'ont pas besoin d'un réseau pour avoir des clients, il y a quand même le risque que ce soit ceux qui manquent de client qui accèdent aux réseaux. Là encore je parle bien des dentistes.

Certains réseaux ne font même plus de dentaire. Tous les réseaux font de l'optique mais ils n'ont pas tous du dentaire ou de l'audio ou pas de la même façon et pas autant mis en avant. C'est très difficile de recruter des dentistes dans un réseau.

Moi dentiste si je tourne bien je n'ai aucun intérêt à entrer dans un réseau. Les dentistes sont au moins deux fois supérieurs à un généraliste, pour les revenus nets une fois les frais d'installation du cabinet déduits.

Néanmoins aucun cas ne nous est remonté par notre réseau d'associations locales, de nos bénévoles ou nos lecteurs ou autres. Rien ne permet de dire que quelque chose dysfonctionne même si ça peut dysfonctionner. A l'heure actuelle aucun élément ne nous permet d'avoir des doutes sur la qualité dans les réseaux a fortiori sur l'optique et sur l'audio. C'est d'abord du matériel. Le dentaire c'est d'abord une profession technique.

### **MIP : On demande aux réseaux de ne travailler qu'avec certains fournisseurs ?**

UFC- Que Choisir : Ils restreignent le choix des fournisseurs pour la plupart justement aussi pour avoir des prix plus bas. C'est toute une idée de volume. Il faut du volume pour baisser les prix. Quand vous négociez auprès des grands verriers en leur disant je vais vous acheter X millions de verres sur l'année, on a d'autres conditions que quand l'opticien vient négocier tout seul. Il y a cette idée de réduction de choix mais aujourd'hui il n'y a pas d'incitation économique à faire de la mauvaise qualité car si je suis un réseau et que je vends des lunettes de mauvaise qualité je cours à ma perte. Les gens en France ont l'habitude d'avoir des bons niveaux d'équipement et verront si c'est de la mauvaise qualité. Après sur le choix du fournisseur, personne n'aime la contrainte. Les opticiens n'aiment pas travailler avec des fournisseurs qu'on leur impose plutôt qu'avec leurs fournisseurs historiques. Il faut comprendre qu'on contraint la pratique.

Les audios font beaucoup de bruit avec l'accès à l'innovation. En France il y a plusieurs chaînes d'audioprothésistes qui sont détenues par les fabricants d'audioprothèses. Donc la liberté de choix des fournisseurs quand ils font partie des propriétaires, est déjà fictive. Tous les audioprothésistes ne sont pas possédés par des fabricants d'audioprothèses mais 1 sur 5 en France. Dès lors avec les réseaux ce n'est pas la liberté de choix qu'on assassine. Les audioprothésistes c'est six fabricants différents et aucun commerçant de bon

sens ne travaille avec six fabricants différents. On fait toujours un choix. Cela fait partie du métier de commerçant. Dès lors, la première intention au lieu de venir de leur choix à eux, va venir du réseau. Mais il y a toujours une première intention. Juste le choix est déporté en partie au niveau du réseau. Du point de vue du consommateur cela ne change pas grand-chose.

### **Annexe 15 : Entretien avec Frédéric BIZARD, économiste**

**MIP : On parle souvent d'OCAM de manière générale, mais il y a trois types d'OCAM assez différents. Comment voyez-vous cette différence entre les types d'OCAM ? Est-ce qu'ils développent des stratégies différentes, ou au contraire des stratégies proches ? N'y a-t-il pas une tendance à la standardisation entre eux, ou au contraire à la différenciation ?**

Frédéric BIZARD : Si vous regardez la tribune qui a été réalisée dans *Les Echos* d'il y a deux-trois jours (vous allez sur mon compte LinkedIn, j'ai tweeté là-dessus), vous avez les trois patrons des trois branches qui font une tribune commune et qui, sur les contrats de reste à charge zéro, disent que c'est très bien, sous réserve qu'on développe les réseaux de soins. Cela montre que, finalement, il y a une harmonisation complète de la stratégie pour trois branches d'assurances qui en principe n'ont pas les mêmes objectifs, pas les mêmes valeurs.

1. Vous avez la branche mutualiste, qui est la branche historique du secteur, qui repose sur une charte de la mutualité française. Cette charte met en exergue cinq valeurs fondamentales dont la solidarité, la liberté, la responsabilité. En gros, le cœur de métier est de mutualiser au sein d'une population les risques de façon à rendre accessibles pour tous des services.
2. Vous avez une branche assurantielle lucrative qui a uniquement pour but d'assurer les individus dans un but de maximiser son profit.
3. Et une troisième branche, qui est une branche qui est gérée par les organismes paritaires salariés et patronaux, qui a historiquement pour but de proposer des produits d'épargne retraite, des assurances retraite, et puis qui est venue sur la santé à travers des contrats collectifs dans les entreprises. C'est la CTIP, ce sont les IP.

Aujourd'hui, du fait de l'alignement des grandes mutuelles sur la logique assurantielle pure, et du mimétisme des IP sur les assureurs – mais ce n'est pas seulement lié aux opérateurs, j'y reviendrai, car mon but n'est pas de noircir le tableau des opérateurs, car les opérateurs sont là comme tous les opérateurs privés pour maximiser leurs intérêts ; c'est donc avant tout le système que je dénonce et qui part en vrille de plus en plus, ces opérateurs ne font qu'utiliser le système à leur profit – vous avez une standardisation, une homogénéisation de la stratégie qui devient une stratégie assurantielle pure.

Mais qui est à peine une stratégie assurantielle puisqu'aujourd'hui on a plus un système de compte d'épargne qu'un système purement assurantiel. On le voit bien, là où sont les assureurs privés, il y a des problèmes d'accès aux soins car on n'est pas sûr de la gestion de risque. Les assureurs privés ne font aucune gestion de risque mais font de la gestion de flux financiers. Ils se plaignent beaucoup de travailler en aveugle, de ne pas avoir accès aux données, ce qu'ils ont totalement puisqu'on connaît parfaitement la consommation de soins courants d'une année sur l'autre, que ce soit dans le dentaire, en optique... Mais ils ne font que gérer les flux financiers. Il n'y a aucun investissement digne de ce nom dans de la prévention et vous avez des contrats dont les objectifs sont avant tout qu'ils soient illisibles pour les assurés.

Je partage votre postulat qui est de dire « on a trois familles, mais finalement, est-ce qu'on n'en a pas plus qu'une ? ». D'ailleurs, cette frontière étant en voie de disparition, vous avez une multitude de fusions entre les trois familles : des assureurs qui achètent des mutuelles, quasiment tous les gros assureurs ont des filiales mutualistes, des IP qui fusionnent avec des mutuelles... C'est la disparition du modèle mutualiste qui était le modèle dominant et fondateur de l'assurance privé en santé. Cela a un impact majeur. Soit c'est de l'incompétence totale des pouvoirs publics mais c'est assez contradictoire avec un étonnement sur l'individualisation et la perte de la solidarité du financement pour les soins courants, puisque c'est l'évolution du système tel qu'il est provoqué par les politiques qui sont menées. Puisqu'on permet aux opérateurs d'avoir ces comportements-là, les opérateurs vont vers cette dérive dont font partie les réseaux de soins. Les réseaux de soins sont avant tout la mise en place d'une multitude de systèmes de santé à l'intérieur de notre système de santé solidaire, et va créer autant de systèmes de santé que de réseaux de soins. Le réseau de soins, c'est un professionnel de santé dans lequel on essaye d'enfermer de façon croissante et la plus serrée possible des assurés.

Je vous invite à lire dans *Les Echos* ; c'est formidable de voir ces trois familles qui ont à la base des distinctions fortes appeler d'une seule voix à tout cela. Evidemment, auprès des pouvoirs publics, cela transforme l'effet : on se dit que si les trois familles poussent à cela, c'est que ce doit être une bonne évolution.

Ces assureurs-là font beaucoup de rapports et j'avais fait un contre-rapport. Le rapport qui avait été fait par Santéclair *via* Artères paraissait assez biaisé. J'attends d'ailleurs toujours un contre-rapport si jamais je m'étais trompé, parce qu'on est là pour faire de la recherche, on publie, en enseigne – je n'attends qu'une chose, faire progresser le savoir et le mien aussi, mais je n'ai pas vu de riposte ou de contradiction, donc je ne dois pas être loin du vrai. Il y avait quand même des aberrations fortes ; il y a des choses sur lesquelles on peut être en désaccord, mais il y a des choses qui sont vraies et des choses qui sont fausses.

Ce qui est important, c'est de voir quel modèle de santé on veut. Là, on est en train d'avoir un découpage de notre système de santé, qui va vers un système de gestion des pathologies lourdes par un système public pour la masse de la population, puis un système privé pour une partie de la population – la plus aisée – et puis, pour les soins courants, un découpage du système entre les réseaux des assureurs privés. Aujourd'hui, c'est ce qui est en train de se dessiner et c'est ce qu'on nous décrit comme une évolution salubre mais qui n'est en fait que la fin du modèle à la française, républicain, c'est-à-dire un et un seul système de santé unique pour tout le monde, quels que soient son origine sociale, son niveau de revenu, son niveau socio-économique, et on est en train de nous habiller ça sous des vertus soit de sauver l'hôpital public, soit de sauver le modèle solidaire. Mais en fait, c'est une décomposition, une dégradation de ce modèle-là, et sa fin.

Les assureurs essaient de tirer les morceaux, en se disant que tout ce qui restera des débris de l'ancien modèle ne fera qu'augmenter leur activité. Comme le contrat « reste à charge zéro », qui est une aberration économique : il n'y a pas un seul secteur où vous voyez des assureurs proposer aux assurés 100% des frais sans responsabiliser l'assuré. Et en santé, comme par hasard, c'est bien, c'est formidable d'avoir des contrats privés sans reste à charge.

La base de l'assurance, c'est le partage des risques. Donc on confond totalement les objectifs. Tout le monde de pertinent dans ce pays a envie qu'il y ait un accès pour tous à des produits et services les plus innovants et qualitatifs possibles en santé, c'est ça l'objectif ; ce n'est pas que personne ne paye de sa poche. *In fine*, cela reste l'assuré qui finance tout cela, que ce soit par ses cotisations ou ses primes de contrat.

**MIP : Concernant le rapprochement des OCAM, ce rapprochement n'est-il pas favorisé par le principe même des réseaux et des plateformes qui réunissent des acteurs différents ? ...**

FB : Oui, bien sûr...

**MIP : ... Et en même temps, n'y a-t-il pas une concurrence biaisée entre ces acteurs, en raison de publics cibles et d'incitations financières différents ?**

FB : Qui met en concurrence une offre de services et une offre de produits ? Ce sont les consommateurs, les clients, les assurés. Pourquoi est-ce que la concurrence est biaisée à la base ? Parce qu'on a une intensité concurrentielle qui est du côté opérateurs vue comme étant forte parce qu'ils sont 400 mais qui est en fait très faible, en particulier quand on est d'une grande taille. En réalité, les assurés n'ont pas la capacité du fait du système de mettre en concurrence les opérateurs. Essayez-vous-même de faire un appel d'offre, qui est la base de la chose : vous allez sur internet, vous dites que vous voulez vous assurer de façon optimale en fonction de mon risque ; vous en serez incapable. Parce que, d'abord, la présentation même des garanties est juste inaccessible au grand public : si je vous dis que je vous fais un contrat qui vous assure à 300% sur vos lunettes, vous me dites que cela paraît pas mal – sauf qu'en fait, je vous assure de 30€ sur un coût de 300€. De même, si je vous dis que je vous assure de 200€ sur une prothèse dentaire, vous vous dites que ce n'est pas mal, sauf que je vous assure que sur 15% du vrai coût. C'est vraiment fondamentalement biaisé, c'est un système qui n'a aucune transparence. Or une des cinq caractéristiques d'un marché concurrentiel est la transparence de l'information. On a bien l'atomicité mais on n'a pas la transparence de l'information.

Moi, je me fous des réseaux ou pas réseaux, de toute façon j'ai la chance de pouvoir me faire soigner où je veux, mais j'aimerais que l'ensemble des Français soient comme moi.

C'est vraiment contraire à l'histoire : en même temps, on dit qu'il faut responsabiliser l'assuré, qu'il faut développer la prévention, qu'il faut qu'il y ait une prise de conscience que le capital santé est quelque chose qui appartient à chacun et qui doit être optimisé par chacun... et à la fois, on met en place un système de financement qui exclut totalement l'assuré de la gestion du risque. Alors que le sens de l'histoire est « comment je peux donner le pilotage du risque à l'assuré ? » - tout le monde est d'accord que l'on va vers cela, pour différentes raisons : l'allongement des risques, la notion de ne pas avoir qu'une approche *ex post* mais aussi *ex ante* et d'anticiper – on vous dit « vous ne vous occupez de rien ; moi, réseau, je m'occupe de vous, vous n'aurez plus rien à régler et vous n'aurez même plus à chercher votre professionnel de santé, c'est moi qui vais vous donner une liste et vous irez là où je vous dirais. »

C'est très curieux : à la fois, on détruit la base républicaine qui fait de la liberté un élément essentiel – on est le seul modèle comme cela, c'est peut-être pour cela qu'on a été un peu meilleur que les autres – et on va vers un système dont le système assurantiel privé ou d'Etat va s'occuper de tout pour vous. Mais on sait que tout cela, c'est descendre de quatre étages la qualité du modèle, et pas simplement en termes de liberté, mais aussi en termes de qualité des prestations.

**MIP : Quel regard portez-vous sur les plateformes, au niveau de la standardisation, du contrôle plus ou moins efficace... ?**

FB : Les plateformes Santéclair et compagnie ? Je vous invite d'abord à aller les visiter. Moi, je l'ai fait, j'y suis allé. Ces plateformes sont des plateaux téléphoniques avec derrière des techniciens d'information, des jeunes gens très sympathiques et dynamiques, et puis on habille cela en prenant un opticien, un dentiste, qui viennent une demi-journée par semaine parce qu'il faut bien montrer qu'il y a un scientifique dans l'histoire. Mais ce sont des plateformes de gestion d'appel, de gestion de devis et d'orientation des patients vers les professionnels avec lesquels ils ont signé des contrats. Ce sont des plateformes techniques, téléphoniques et internet, d'orientation des patients.

Il n'y a aucune composante scientifique là-dedans, ce qui enlève toute capacité de la plateforme à la notion de qualité. Pourquoi est-ce le cas ? Ces plateformes ne sont pas les assureurs, elles n'ont pas de clients mais sont des intermédiaires entre l'assureur et l'assuré – c'est important car lorsque l'on vit de ce que nous paye son client, on est davantage regardant sur la qualité de service mais eux n'en ont rien à faire puisque le modèle économique des plateformes repose sur un forfait payé par client de l'assureur. Si vous avez la plateforme d'AXA, AXA lui apporte 3 millions de clients et ces 3 millions fois 3 euros représentent 9 millions d'euros de forfaitisé. C'est évidemment l'assuré qui paye cela. La qualité du service rendu ne rentre absolument pas en ligne de compte sur le résultat économique des plateformes.

De plus, ces plateformes sont financées par l'assuré *via* son contrat d'assurance de façon à faire baisser les coûts de remboursement. Les plateformes et les assureurs disent qu'ils baissent les coûts soit parce qu'ils achètent en grand nombre, ce qui commence à être le cas... Le modèle du réseau de soin est un modèle qui substitue la décision de choix des produits et services des professionnels de santé par ceux de la plateforme. Vous le voyez en optique : les plateformes achètent maintenant les montants des lunettes et demain les verres, ce qui diminuent les choix de ces mêmes produits et a un impact majeur sur la qualité des produits, parce que nous ne sommes pas tous fait pareil d'une part et, d'autre part, si on veut limiter les coûts, on ne va pas prendre les produits les plus innovants et de meilleure qualité. Cela ne signifie pas qu'on va prendre de la très mauvaise qualité, mais on sera au mieux avec de la qualité standard, moyenne, ce qui en matière de santé peut poser un problème. L'innovation se paye toujours. Si vous voulez un autre produit, vous le payez de votre poche – ce qu'on oublie souvent de dire : les contrats de reste à charge zéro sont à reste à charge zéro sur des produits très standards que la plupart des gens voudraient éviter pour avoir des produits de meilleure qualité. Qu'on soit pauvre ou riche, en matière de santé, on recherche la qualité.

Il n'y a aucune compétence, aucune légitimité de ces plateformes pour garantir la qualité qu'elles prétendent garantir. On est quand même en santé ! Même un marchand de voiture peut assez facilement vous entuber mais vous attendez de ce marchand de voiture qu'il soit un professionnel sur le plan technique. Mais là, les personnes qui travaillent sur les plateformes, y compris leurs dirigeants, – sauf erreur de ma part, il n'y a aucun professionnel de santé parmi les dirigeants –, sont des gestionnaires, de plus ou moins bonne qualité, mais ce sont des gestionnaires. Ce n'est pas un jugement de valeur mais un constat.

**MIP : Sur l'action des pouvoirs publics – il y a eu la loi Le Roux récemment –, y voyez-vous un sens global ou est-ce au coup par coup sans plan d'ensemble ?**

FB : Ce qui est assez marrant dans la classe politique, c'est que les plus à gauche, beaucoup dans le Parti socialiste, sont très friands des réseaux de soins. Plusieurs raisons à cela : parce qu'ils sont beaucoup plus influencés, historiquement, par le courant mutualiste, qui a beaucoup arrosé le Parti socialiste. Ils sont biberonnés par toute la promotion des assureurs. Mais, surtout il y a une conviction basée sur une absence totale de fondement, que le réseau

de soins permet une amélioration, qu'il défend le petit, le pauvre. Le seul problème, c'est que cela ne soit pas cher, tant pis si finalement le pauvre n'a pas accès à la même qualité ; mais au moins, s'il ne paye pas... C'est la même logique populiste du contrat « reste à charge zéro ». Si vous allez chez votre opticien et que vous ne payez pas, ce serait une situation meilleure que si vous payez. Sauf qu'évidemment, si vous ne payez pas, cela vous coûte en fait beaucoup plus cher à la fin de la journée que si vous payez, en raison du passage par un assureur pour des coûts que vous pourriez payer vous-même. Le coût d'accès aux soins est en fait très sérieusement augmenté, sans parler de la défaillance totale du marché qui fait que l'on a 7 milliards d'euros de frais de gestion – c'est du lourd, on ne parle pas de quelques millions d'euros, on parle de 7 milliards d'euros ! Près de 25% des cotisations s'évaporent en frais de gestion. C'est, sur un plan économique, parfaitement inefficace. Vous avez cela qui est partagé à gauche, et sérieusement pour certains ; ce n'est pas grave, on supprime les libertés, mais en contrepartie, on améliore l'accès parce qu'on fait baisser les prix et parce qu'il y a ce sentiment, qu'on a largement développé sur le plan politique, qu'on peut bien serrer la vis aux professionnels de santé – comme si ce n'était pas par la concurrence, notamment sur les soins courants, qu'on pouvait le faire le mieux, c'est-à-dire en améliorant la capacité des assurés à mettre vraiment en concurrence les professionnels, et là il y a des progrès à faire, ou en faisant en sorte que les professionnels soient mieux régulés sur le plan de la qualité par des instances capables de les réguler.

Tout ça, ce sont évidemment des questions, mais le faire faire par l'assurance, qui est juge et partie, n'est pas satisfaisant. L'assureur est juge et partie : il ne veut pas que cela lui coûte cher. Donc il faut prendre quelqu'un qui n'ait pas d'impact financier sur la qualité si vous voulez que ce soit fait correctement. Il y a ce sentiment-là, Madame Touraine a voulu faire la peau aux médecins libéraux, qui lui ont bien rendu la pareille après, en disant que le problème est les dépassements d'honoraires, donc je vais vous mettre sous tutelle et pareil pour les libéraux des soins courants dentiste/optique/audioprothésiste, on va les mettre sous la coupe des assureurs privés qui, eux, ne sont pas politiques, n'ont pas de compte à rendre ce qui permettra de serrer leurs tarifs. Il y a ce sentiment-là que cela permet aux assureurs de contrôler les professionnels de santé.

Mais le problème est que comme il y a une méconnaissance des modèles, qui dit contrôler les professionnels de santé dit tuer la solidarité du système. Parce que si le financeur contrôle sous la forme d'un réseau de soins, forme avant tout financière, les professionnels de santé, vous ne pouvez pas ensuite demander aux professionnels de santé de traiter tout le monde de la même façon ; mais il traitera en fonction des capacités financières des individus, donc en fonction de la qualité des contrats et éventuellement de la capacité des individus à payer une prestation plus chère. Donc le professionnel de santé peut, *in fine*, s'adapter, même si quand vous faites plusieurs années d'études, votre indépendance professionnelle est un actif très important.

**MIP : Pour continuer avec les professionnels de santé dans leurs relations aux OCAM et aux réseaux de soins, à qui profite la relation de marché pour l'instant ? Est-ce aux professionnels de santé ? Aux OCAM ? Est-ce que cela varie en fonction des secteurs ?**

FB : C'est une bonne question qui se pose aujourd'hui. Quand je demande des comptes aux OCAM, concrètement, car je discute de tout cela beaucoup avec tout le monde, j'essaie de me dire qu'il y a peut-être quelque chose que j'ai raté car je ne vois rien d'autre que ce sentiment « moi, assureur... ». Pourquoi les assureurs pensent-ils que c'est leur intérêt, leur avenir de développer les réseaux de soins ? Un assureur, ce qu'il veut, c'est minimiser son risque. En général, il minimise son risque en agissant sur l'assuré ; en matière de santé, en

faisant en sorte qu'il optimise son capital santé et minimise son besoin d'aller chez le médecin et de dépenser et de consommer des soins.

Là, pour différentes raisons, toute la stratégie est mise sur le professionnel de santé, sur l'offreur de soins, pour baisser ses coûts. Tout est misé sur le contrôle du professionnel de santé. Ce qui est intéressant est qu'on va vers la destruction de l'assurance santé privée, parce qu'à la fin de l'histoire – ce que certains commencent à mettre en exergue – si finalement, alors que lorsque qu'on prend une assurance privée lorsqu'on a un risque, aujourd'hui on a laissé penser qu'il en fallait pour tout le monde, alors qu'il n'y a pas de risque pour tout le monde. Si on supprime les dépassements d'honoraires, qui sont la première raison pour laquelle il faut prendre une assurance – vous n'avez pas besoin de prendre une assurance privée pour financer votre ticket modérateur, mais vous pouvez avoir besoin de votre assure privée pour financer les compléments d'honoraires des dentistes ou de certains médecins spécialistes, cela a un sens –, si vous enlevez ce risque-là en tentant d'asphyxier le secteur 2 comme on est en train d'essayer de le faire, vous tuez le cœur du *business* de l'OCAM. Mais évidemment, les OCAM se disent que tout ce qu'elles pourront gagner en contrôlant, et donc en baissant les compléments d'honoraires, seront autant d'économies pour elles en matière de remboursement. Ce qui est assez extraordinaire.

Et la commande politique est allée dans ce sens-là. Si vous regardez l'accord de 2012, l'avenant 8, avec les médecins libéraux, vous voyez que la CNAM se réjouit d'année en année de dire que cet avenant est formidable puisqu'on a un taux de dépassement qui a été maîtrisé. On était à 54%, on y reste ou on est à 53%. Comme si cet objectif-là était le bon objectif. Et évidemment, en parallèle on a observé une désertification médicale parce que les médecins ne sont pas plus idiots que les autres, ils voient bien que leur modèle économique est en train d'être mis en danger, donc l'installation est à risque. Car si je sais que demain, je n'aurai plus la capacité de pouvoir financer mes charges de cabinet – qui elles augmentent – soit je vais devoir travailler la nuit – et on a vu la dégradation des conditions de travail tant en libéral qu'à l'hôpital –, soit je ne m'installe pas et je fais des remplacements, mais ne me charge pas d'un risque entrepreneurial. Le problème était la bonne couverture.

Qu'il y ait des abus, évidemment, comme dans toutes les professions : mais que fait la police sur les abus ? Je crois que la CNAM a tous les moyens, toutes les informations, pour véritablement réprimer ces abus ou les fraudes. On ne fait pas une politique à partir des abus. Cela, ça s'appelle la répression. Je parle de la grande majorité des gens car on sait qu'on a des niveaux de coûts d'actes en France qui sont plutôt plus bas que la moyenne européenne – le 25€ du généraliste en est la quintessence. La question était de bien couvrir ces dépenses et ces tarifs. Est-on bien couvert par les tarifs assez peu pris en charge par la sécurité sociale ? Très souvent, non ; donc le problème réside bien dans la structuration de l'assurance privée. Pourquoi lorsque je vais chez le dentiste pour une prothèse dentaire, je suis souvent mal couvert ? C'est cela la question de fonds, alors que je paie plutôt cher mon contrat.

On peut régler en 24 heures ce problème-là : vous avez 15 milliards d'euros de remboursement des tickets modérateur de ville, avec près de 4 milliards sur les médicaments. Quand vous allez dans une pharmacie, si vous avez un rhume, normalement vous ne payez pas le ticket modérateur, c'est votre mutuelle. Le ticket modérateur est de 1,50 euros, 2,50 euros ; vous avez quasiment le même coût de traitement administratif que de remboursement de ticket modérateur. Cela, multiplié par des centaines de millions d'actes, c'est évidemment très significatif. Si vous empêchez par exemple en supprimant la capacité de financer le ticket modérateur sur certains actes comme sur les médicaments courants et que vous

transférez cette somme-là sur le vrai risque que sont les compléments d'honoraires, vous réglez le problème.

**MIP : Au niveau des réseaux de soins, les professionnels sont aujourd'hui libres de les rejoindre : peut-on penser qu'ils sont dans une situation favorable car ils doivent être attirés pour les rejoindre ? Cela varie-t-il selon les secteurs ? Et si les réseaux de soins venaient à se généraliser, ces professionnels seraient-ils de plus en plus contraints ?**

FB : Si je peux me permettre, ce que vous dites n'est pas exact. Je vous invite à prendre le pouls des réseaux de soins auprès des professionnels de santé, vous allez voir l'hostilité assez générale des professionnels de santé vis-à-vis des réseaux de soins. Là où vous avez raison, c'est que vous posez la question « pourquoi viennent-ils ? ». Ils sont en effet libres et ne sont pas obligés d'adhérer à ces réseaux. Sauf que c'est plus compliqué que cela. En fait, la stratégie du réseau de soins, pour attirer le chaland – car il n'y a pas de réseau de soins sans professionnel de santé – est d'être extrêmement conciliant dans un premier temps, dans une vraie démarche d'incitation, avec les professionnels de santé. C'est un processus qui est progressif.

Par rapport à un opticien qui a un niveau de remboursement par lunettes de 100 – je dis un cas d'école – le réseau de soins va dire « je vous garantis 110 ». En plus, il va assurer d'amener beaucoup d'autres clients, parce le réseau est filiale d'assureur et couvre 10 millions de clients (ce ne sont pas ses clients, mais ceux des assureurs qui financent la plateforme) ; il va amener toute une clientèle. Le réseau de soins règle tout le problème commercial. Et puis le réseau laisse l'opticien totalement libre du choix de ses produits, il n'intervient pas sur son activité. A partir de là, le réseau engrange un certain nombre de professionnels ; et puis progressivement, dans la deuxième négociation, trois ans après, on va quand même baisser le niveau de remboursement – en plus, il y a le remboursement différencié qui est le levier principal du réseau de soins : ceux qui ne sont pas de mes clients seront moins bien remboursés, donc j'ai de quoi les faire venir chez vous – et la plateforme va dire « vous allez m'acheter à moi, plateforme, les lunettes, du moins les montants, et au moins deux tiers de ce que vous vendez doit venir de chez moi, etc. ». A ce moment-là, les opticiens se sont dit qu'ils se sont fait avoir et ruent ensuite dans les brancards. Mais la plateforme leur dit attention à leur chiffre d'affaires s'ils se retirent de la plateforme.

Cette perte de l'indépendance professionnelle est totalement ignorée au début. On est dans une ignorance totale du système qui est un peu compliqué. Evidemment, si vous regardez les médecins aujourd'hui, c'est un peu plus sensible : c'est beaucoup plus sensible pour un médecin de se dire qu'il sera aux ordres des assureurs. Les assureurs ont fait croire aux professionnels des soins courants qu'ils garderaient leur indépendance, ce qui est absolument impossible pour que les réseaux de soins fonctionnent. Vous pouvez me dire que c'est pareil pour les patients : les patients ne choisissent rien. Ils choisissent à peine leur contrat : les contrats collectifs leur sont imposés, les contrats individuels leur sont attribués un peu par défaut parce qu'ils sont incapables de trier le bon grain de l'ivraie ; ils ne savent pas quel va être le réseau de soins... C'est ce que je demande aux assureurs : pourquoi ne faites-vous pas une grande promotion des réseaux de soins aux assurés ? Evidemment, si on dit à l'assuré : « venez chez moi, vous n'aurez pas le choix de votre professionnel de santé », ce n'est pas très populaire. Quand vous souscrivez un contrat, vous ne savez donc pas quel est le réseau de soins derrière. Amusez-vous à faire une enquête dans la rue en demandant aux gens quel est leur réseau de soins, vous verrez qu'il y a neuf individus sur dix qui ne comprendront pas la question. Ils découvrent les limites lorsqu'ils vont chez le dentiste ou chez l'opticien.

Donc, non, ce n'est absolument pas au bénéfice des professionnels de santé, mais beaucoup y ont été par ignorance et ont aujourd'hui peur d'en sortir, de crainte de perdre une activité trop importante. Si vous regardez chez les audioprothésistes ou encore au syndicat ROF (Rassemblement des opticiens de France), le ROF a noyé dans sa charte de dix principes la suppression des réseaux de soins. Alors que le ROF, avec toutes les enseignes dedans, était au début très friand d'aller dans les réseaux de soins. Les assureurs jouent beaucoup sur la complexité de comprendre toutes les conséquences de ce mécanisme de réseau de soins. L'assureur lui fait croire que cela va lui coûter moins cher pour la même qualité. On est quand même dans un monde de contre-vérité flagrante.

**MIP : Pour en venir aux usagers : comment les faire venir dans les réseaux tout en leur faisant surmonter la crainte d'avoir une médecine au rabais ?**

FB : L'assuré est le dindon de la farce dans cette histoire. Il n'a aucune action possible, il ne choisit pas le réseau de soins – c'est son assureur qui le choisit pour lui –, il n'a strictement aucune action possible autre que de payer plus cher s'il veut garder sa liberté de choix. C'est pour cela que cela creuse les inégalités, et le rapport de l'IGAS le dit très justement. On peut dire que tout le monde reste libre, mais seulement si vous en avez les moyens, comme toujours. La restriction des libertés n'est jamais pour ceux qui en ont les moyens. Là, on est typiquement dans cette phase d'injustice sociale où on creuse les inégalités sociales, ou du moins on réduit les libertés, au détriment des plus défavorisés. Alors que la justice sociale doit se baser sur le principe que si on réduit les libertés, ça doit être au bénéfice des plus défavorisés. On est dans le cas d'injustice sociale flagrante. C'est juste le mécanisme des réseaux de soins, c'est indiscutable.

**MIP : Au niveau des perspectives, et par exemple le reste à charge zéro : ce système ne peut-il pas constituer une aubaine pour les réseaux de soins ? Comment concilier reste à charge zéro et réseaux de soins ?**

FB : Oui, eux disent que c'est une aubaine dans le sens où cela nourrit leur discours qui est de dire – et je vous invite à lire cette tribune des *Echos* avec les trois patrons du secteur assurantiel – qu'ils ont les outils pour que ce soit une aubaine : « venez chez nous, laissez-nous faire, avec les réseaux de soins on va transformer d'un coup de baguette magique le fait que vous ne payiez plus rien mais que vous ayez accès sans aucune contrainte aux meilleurs produits, aux meilleurs services. Laissez-nous faire. » C'est cette belle histoire, qui repose sur du sable, qu'on nous chante. On va vivre dans un monde merveilleux où plus personne ne paiera rien et où tout le monde aura accès aux meilleurs produits en toute liberté. Sauf que la vraie vie, cela ne fonctionne pas comme cela. Pour qu'on aille vers cet idéal-là, il faut partager les risques, il faut que ceux qui peuvent payer hors de leur contrat... il faut d'abord que l'assurance ne paye pas tout, il faut qu'il y ait une vraie transparence de l'information pour que l'assuré puisse avoir un effet de levier sur la qualité de ce qui est dispensé, qu'il soit responsabilisé dans la gestion de son capital santé, et que l'assureur soit simplement l'agent pour cet assuré pour financer ses soins – mais certainement pas le pilote principal de ce financement des soins.

**MIP : Dans les domaines des réseaux de soins (optique, audioprothèses...), il y a du matériel technique assez important ; le fait de pouvoir acheter en gros, de massifier, n'a-t-il pas un intérêt pour faire baisser les prix ?**

FB : Non, ce n'est même pas évident. Vous avez des centrales d'achat. Lorsque vous avez un opticien indépendant, il achète à une centrale d'achat. Ça existe déjà tout cela, y compris en dentaire il y a des centrales d'achat. A la base, ce n'est pas le cœur de métier des réseaux

de soins. Mais vous avez raison, c'est évidemment le sens de l'histoire. Mais il n'y a pas besoin du réseau de soins pour avoir cet effet d'achat de masse. Le problème du réseau de soins, c'est qu'il ira plus loin que la centrale d'achat, c'est-à-dire qu'il réduira l'éventail des choix ; c'est exactement ce que font les deux ou trois plus gros réseaux de soins aujourd'hui, ils ont réduit le nombre de fabricants de verre à trois, ça va être un bientôt. Evidemment, on vous dit qu'on sélectionne la qualité pour l'assuré qui est un ignorant notoire. Qu'il y ait un besoin de régulation par la qualité, oui, mais la question est qui doit le faire ? Et c'est tout sauf l'assureur, puisqu'il est juge et partie. Moi je ne fais aucune confiance dans mon assurance pour me choisir mes produits de santé : je sais que son intérêt est qu'il réduise mon choix et que cela lui coûte le moins cher possible. Il faut donc que ce soient d'autres mécanismes. Il y a des imperfections dans le système, mais on prétend régler ces imperfections par de mauvaises solutions.

**MIP : Ce contrôle de la qualité doit-il alors revenir à la puissance publique ? Aux praticiens ?**

FB : Cela doit revenir à un ensemble. L'ordre des médecins, pour les médecins, doit s'en mêler puisque c'est lui qui a le pouvoir de sanction. Il faut que quelqu'un ait le pouvoir de sanction parce que dans la régulation par la qualité, à un moment quand la qualité n'est pas là, il faut pouvoir sanctionner. Il faut donc mêler les ordres. L'ordre n'avait pas cette mission-là et n'a pas la capacité, l'organisation pour le faire : il doit s'appuyer sur des organisations existantes qui ont la capacité de régulation par la qualité, comme les sociétés savantes. Il y a des fédérations de spécialités qui ont été mises en place, qui fédèrent les sociétés savantes et qui ont la légitimité et la capacité de le faire. Il faut que ce soit fait en relation avec la Haute Autorité de santé, qui est là pour que les moyens utilisés pour réguler la qualité soient validés. C'est cela qu'il faut mettre en place au XXI<sup>e</sup> siècle pour garantir que toutes les prestations répondent à des standards de qualité. Mais il y a aussi à mettre en place des indicateurs de qualité accessibles au grand public.

## **Annexe n° 16 : Entretien avec un économiste au sein du Cabinet ASTERÈS**

**MIP : Pouvez-vous m'expliquer comment le Cabinet ASTERÈS a mené cette étude ?**

Cabinet ASTERÈS : Bien sûr, notre client était un collectif inter associatif qui a pour objectif le reste à charge zéro pour les patients, ce collectif comprend notamment Santéclair qui est une plateforme d'intermédiation entre les assurances et les professionnels médicaux donc c'est essentiellement avec Santéclair que nous avons travaillé pour obtenir certaines données.

**MIP : Est-ce que vous avez constaté, lorsque vous avez réalisé cette étude, des différences de pratique entre les trois différentes OCAM, IP, assurances, mutuelles ?**

Cabinet ASTERÈS : Nous n'avons pas étudié les différences de pratiques, on a pris le conventionnement dans son ensemble sans regarder s'il y avait des différences entre les différents types d'OCAM. De par notre clientèle, nous sommes plus orientés mutuelle.

**MIP : Avez-vous constaté des différences dans la manière de fonctionner entre les différents types de professionnels susceptibles d'intégrer les réseaux de soins notamment entre les dentistes, audioprothésistes et opticiens ?**

Cabinet ASTERÈS : Nécessairement oui, comme les activités sont un peu différentes. En dentaire, ça va être sur le matériel utilisé en cabinet ce qui est un peu moins vrai en ce qui concerne l'optique car en optique vous n'avez pas besoin de matériels lourds et nécessairement modernes pour réaliser votre activité tant alors qu'en dentaire ça doit être moderne. Bien sûr ça fait partie du cahier des charges et tous les cahiers des charges ne sont pas identiques d'une plateforme à une autre notamment pour les dentistes comparés à l'audio et à l'optique. En optique le cahier des charges est d'avantage porté sur les dispositifs médicaux qui sont vendus et sur le catalogue de dispositifs médicaux qui seront proposés.

**MIP : Pour l'optique, les dispositifs médicaux achetés doivent-ils l'être chez un même fournisseur afin que l'achat en grosse quantité pour tous les membres du réseau permette une réduction du prix ?**

Cabinet ASTERÈS : Non, l'idée c'est que quand le contrat est passé, il dit qu'on va apporter de la clientèle car les assurés de cet assureur vont venir plus facilement chez vous car c'est plus avantageux. Le professionnel de santé conçoit un avantage niveau prix et il a de la clientèle en plus c'est un effet volume qui engendre un effet prix. A côté de ça il faut s'assurer que cette modération des prix ne s'accompagne pas par une dégradation de la qualité c'est là où rentre en jeu le cahier des charges que le professionnel de santé doit respecter. Chez les dentistes, il va y avoir la présence de certain type d'équipements avec une certaine modernité, côté optique c'est plutôt avoir un catalogue produit suffisamment diversifié et de qualité, mais pour autant que je sache il n'y a pas de service de centrale d'achat.

**MIP : Je comprends que pour les opticiens il y a une concurrence importante, ils ont donc tout intérêt à rejoindre un réseau parce que ça leur apporte un flux plus important mais a contrario il me semble que les dentistes n'ont pas de problèmes de flux ?**

Cabinet ASTERÈS : C'est pour ça que c'est moins développé chez les dentistes.

**MIP : Il n'y a pas un risque que justement ce soit les dentistes qui ont moins de clientèle, en raison de leur niveau de qualité, qui soient le plus attirés par les réseaux ?**

Cabinet ASTERÈS : En effet, si vous avez un flux moins important que d'autres, vous êtes plus spontanément attirés par les réseaux par contre je ne pense pas qu'on puisse lier ça à la question de la qualité.

**MIP : En raison des contrôles effectués par les réseaux ?**

Cabinet ASTERÈS : Oui il y a un cahier des charges et d'autant plus quand vous rentrez dans un réseau surtout dans le dentaire vous vous soumettez à des contrôles, il y a un système de contrôle automatique par des experts.

Par ailleurs, chez les opticiens il y a un biais de la concurrence en théorie la concurrence devrait être vive parce qu'il y en a beaucoup mais en sciences économiques il y a la loi de la concurrence. Avec une forte concurrence, il y a une modération des prix et ce n'est pas du tout ce qu'on observe en optique. Il n'y a pas cette modération des prix en optique parce qu'il y a les assurances santé qui sont derrière et qui remboursent. Dès lors, l'assuré est prêt à dépenser puisqu'on lui paye la moitié de son équipement et derrière vous avez également un opticien qui n'est pas du tout encouragé à modérer les prix. D'un point de vue macroéconomique, on observe que le secteur n'est pas sous pression financière et on le voit parce que les boutiques se sont multipliées. Ce n'est pas parce que les opticiens ont une pression concurrentielle forte qu'ils s'orientent plus que les autres professions vers les réseaux de soins conventionnés. Ce qui est sûr, en revanche, c'est que c'est la première profession pour laquelle il y a eu cette volonté de développer les réseaux de soins conventionnés afin d'assurer une régulation. Cela est aussi lié à l'effet volume parce qu'il y a plus d'opticiens que de dentistes ou d'audioprothésistes donc de fait la taille de ces réseaux est plus importante.

Par ailleurs, les médecins de ville ont eu peur à un moment que les réseaux de soins se développent chez eux mais il n'y a aucun risque en la matière. Vous avez un intérêt à entrer dans un réseau de soins uniquement quand vous êtes en capacité d'augmenter votre volume de manière suffisante pour compenser l'effet prix que vous avez consenti. Il faut s'assurer un taux d'activité, appelé le taux d'introduction en matière économique. Un médecin en zone tendue, a une capacité d'utilisation des capacités de production qui est son temps utilisé à 100%. En optique, le taux d'utilisation des capacités de production est, il me semble, de trois paires par jour, ce qui est extrêmement faible. On comprend bien qu'il y a une capacité d'augmenter l'activité qui est énorme. Pareil du côté audioprothèse. C'est quelque chose qui est un peu moins vrai du côté des cabinets de dentaire. Les médecins de ville n'ont aucun intérêt particulier à entrer dans un réseau. Il n'y a pas un grand encouragement pour les médecins de ville à entrer dans un réseau et du côté des assurances non plus puisque c'est un secteur régulé par l'assurance maladie, il n'y donc pas de grosses dépenses.

**MIP : Suite à la publication de votre rapport, il y a eu une réponse de Frédéric BIZARD. Qu'est-ce que le Cabinet ASTERÈS répond à ce rapport ?**

Cabinet ASTERÈS : Il est assez intéressant mais il ne se justifie pas. Pour tout vous dire, on n'a pas trouvé la critique suffisamment forte et suffisamment pertinente pour produire une réponse. Mais je recommande de le contacter ça peut être intéressant dans votre travail. De la même manière, son rapport a été commandé, on n'a jamais su officiellement qui était le commanditaire du rapport mais on soupçonne que ce soit la fédération des audioprothésistes qui est très active sur le sujet. Mais c'est une commande et on lui a demandé vraiment de casser notre rapport. Il a chipoté de temps en temps sur certains chiffres quand on explique que le poids des complémentaires santé a globalement augmenté, il va vous dire que ça a

augmenté légèrement et que ce n'est pas le cas sur tous les segments. Quand j'ai lu son rapport, je me suis dit en effet, je suis d'accord avec ce qu'il dit, ce n'est pas une critique il apporte juste une précision en plus qui est tout à fait juste mais qui ne remet pas en cause le sujet qui est que selon nous, les réseaux de soins contribuent à modérer les prix et à préserver la qualité des soins.

Il faut également lire le rapport de l'IGAS. Nous, notre propos c'est de dire il y a une modération des prix, en présence des chiffres. Après, il y a la question est-ce que ça impacte la qualité ou pas ? Pour ça, nous on présente comme une liste à la Prévert, tous les moyens qui existent pour maintenir la qualité et on dit en vertu de ces moyens on considère que la qualité est préservée. L'IGAS va dire certes il y a ces moyens là mais concrètement quels sont les impacts sur la qualité ? Et c'est là concrètement où on manque de chiffre même l'IGAS l'a reconnu.

**MIP : La qualité est très difficile à mesurer ?**

Cabinet ASTERÈS : Oui, mais quand vous avez un cahier des charges qui vous assure par exemple qu'il y ait une rampe pour handicapés forcément c'est fait quand c'est prévu dans le cahier des charges. Il y a des petits indices comme ça. Après les assurés en allant dans le réseau s'assurent d'avoir un catalogue de produits suffisamment large avec notamment des produits de marque etc... C'est aussi important. Selon nous, les moyens sont suffisamment forts et explicites pour assurer la qualité qu'il y a derrière. Mais attention, l'idée n'est pas d'augmenter la qualité, même si c'est idéal, c'est plutôt de dire le professionnel de santé fait un effort sur les prix mais à aucun moment il faut que ça n'impacte la qualité.

Par ailleurs, les plateformes assurent un contrôle à plusieurs niveaux dans le système et notamment au niveau de l'approvisionnement des professionnels médicaux. Il faut que les professionnels fournissent un catalogue des produits fournis et que les produits soient traçables, il faut être sûr qu'ils n'aient pas été se fournir auprès d'un fournisseur Chinois ou autre dont la traçabilité peut être remise en question. Pour ça, la plateforme Santéclair a développé un système pour contrôler la traçabilité. Après il y a aussi des contrôles d'experts notamment chez les dentistes avec un algorithme qui trie les dossiers et qui peut repérer des incohérences ou des choix thérapeutiques qui pourraient potentiellement être déficients. Après, il y a aussi un mode de contrôle avec un expert qui va étudier le dossier. Il y a également les enquêtes auprès des assurés, vous êtes allés vous faire des lunettes, vous rentrez chez vous, deux ou trois jours plus tard, vous recevez un email vous demandant de noter la prestation du professionnel de santé sur différents critères. Là on peut voir la satisfaction des assurés. Le taux de satisfaction est très bon dans les réseaux de soins. Les assureurs peuvent envoyer cet email suivant qu'un assuré ait été au sein du réseau ou ailleurs donc dans ce cas-là vous pouvez comparer le taux de satisfaction à l'intérieur du réseau et ailleurs. Mais de fait, ces données se sont les complémentaires santé qui les fournissent et les diffusent. On y observe un taux de satisfaction qui est très élevé à l'intérieur des réseaux et qui est supérieur au le taux de satisfaction à l'extérieur des réseaux.

**MIP : Il y a eu une promesse présidentielle du reste à charge zéro est-ce que vous pensez que ça aura un impact négatif sur les réseaux de soins ?**

Cabinet ASTERÈS : Non, pas du tout. Certes il y a une promesse présidentielle reste à charge zéro mais on n'a pas expliqué comment parvenir à ça. Potentiellement les réseaux de soins sont une solution pour faciliter ce niveau de prise en charge.

Reste à charge zéro veut dire ce n'est pas l'assuré qui finance donc si ce n'est pas l'assuré il y a trois options, qui peuvent se cumuler d'ailleurs, soit c'est le professionnel médical qui prend sur lui et qui réduit ses marges, soit c'est l'assurance santé obligatoire qui

prend tout à sa charge, ou c'est les assurances privées. Dans les trois cas, il y a quelqu'un qui doit payer donc la question est de savoir qui ? Avec les réseaux de soins, il peut y avoir une configuration dans laquelle les assurances acceptent de mettre la main à la poche mais en contrepartie elles souhaitent que les professionnels de santé fassent de même si elles considèrent que leur niveau de marge est trop élevé. Mais à aucun moment cela ne doit se répercuter sur la qualité. Un réseau de soins, c'est concrètement une contractualisation qui dit "je vous demande une certaine baisse tarifaire, mais il ne faut surtout pas que ça se traduise en fait par la vente de produits qui seraient de moins bonne qualité autrement dit une baisse artificielle". On ne connaît pas le modèle prévu par la présidence mais les réseaux de soins peuvent avoir un rôle à jouer là-dedans.

*Thème n°10 par : CORON Gaël, enseignant-chercheur et BENOÎT, Cyril, enseignant-chercheur*

**LES RÉSEAUX DE SOINS DES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES  
D'ASSURANCE MALADIE**

*BRIÈRE Chloé (DH), DOLLE Éléonore (DESSMS), FERCHICHE Diana (DH), GAREL Virginie (DS), GAQUIÈRE Céline (DS), JOLLIVET Jean-François (DH), LUMBROSO Élise (DESSMS), MORARD Serge (DESSMS), PERRIER Lise (AAH), POYET Mathilde (AAH)*

**Résumé :** Les réseaux de soins sont mis en place par les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) dans trois domaines principaux, à savoir l'optique, le dentaire et l'audioprothèse, pour lesquels la prise en charge assurance maladie obligatoire est minoritaire. Ces réseaux pourraient permettre des gains pour l'ensemble des acteurs impliqués : une augmentation des parts de marché par les OCAM les plus dynamiques et la réduction des coûts de santé unitaires par la contractualisation avec les professionnels de santé, une augmentation du chiffre d'affaires pour les professionnels de santé impliqués et une baisse du reste à charge, voire du coût global du service, pour l'assuré, en même temps que la qualité du service est garantie.

Pourtant, ces effets ne sont pas univoques et ne sont pas tous avérés. Pour les OCAM, la montée en charge des réseaux de soins pourrait servir de catalyseur au rapprochement entre trois familles d'OCAM pourtant initialement très différentes. Le recours à des plateformes de gestion partagées brouille un peu plus les identités. Le gain d'efficacité économique justifiant le recours aux réseaux de soins est quant à lui soumis à de nombreuses conditions le rendant incertain. Pour les professionnels, la baisse des coûts du service rendu passent par une réduction de la liberté d'exercice, ce qui pourrait bénéficier au patient et assuré uniquement si un haut niveau de qualité est garanti, ce qui n'est pour l'heure pas le cas. Le patient voit ainsi sa liberté de choix réduite sans pour autant être assuré d'être pris en charge de manière optimale.

Sont sous-tendues les questions de régulation du système de santé, tant au niveau de son financement, de l'organisation des professionnels de santé que de la garantie de bonne qualité.

**Mots clés :** accès aux soins - assurance maladie complémentaire - conventionnement - offreurs de soins - qualité des soins - régulation de l'offre de soins - réseaux de 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*