

- Régime général... p. 1
- Infos, A lire et à voir... p. 4
- Trois questions à... p. 2

Plaidoyer pour le changement

Après la folle épopée de la campagne électorale et l'arrivée d'Emmanuel Macron à la Présidence de la République, le gouvernement formé par Edouard Philippe a pris ses marques et s'est mis au travail.

La satisfaction prudente des débuts, dans notre domaine, risque fort de tourner à la grimace, dès lors que s'amorceront les débats et discussions liés au budget de la Sécurité sociale. Les chiffres sont là, et serions-nous tenter de les occulter, l'assurance maladie, pour ce qui la concerne, nous en rappelle la réalité morose. Sur les douze derniers mois les remboursements de soins du régime général ont augmenté d'un peu plus de 3% en données CJO, loin de l'augmentation autorisée dans le cadre de la fixation de l'ONDAM pour 2016 et 2017...

De son côté, le dernier rapport de la MECSS, formule des recommandations qui devraient permettre de passer de la veille méthode détestable des coups de rabot « ciblés » à une vision stratégique de notre système de santé si nous voulons en garantir l'avenir... La MECSS, il faut le souligner, n'est pas la seule à tenir ce discours et ce dernier n'est pas nouveau.

En bonne logique... Il ne devrait plus être question de dépenser plus que nous n'avons mais bien de dépenser moins pour faire aussi bien, sinon mieux... Gageure ? Non, car nous l'avons déjà dit, cela est possible... à condition que le gouvernement, rompant avec ses prédécesseurs, s'engage dans une réforme structurelle en usant de précautions adéquates pour convaincre, les patients, les acteurs de santé du bien-fondé de sa décision. La première de ces précautions est le recours à la pédagogie : informer, expliquer par le menu la situation dans laquelle nous sommes et celle dans laquelle nous serions si le statu quo, d'aventure, était maintenu. Organiser ensuite une véritable concertation, avec les représentants des différents acteurs, pour parvenir à des solutions qui évitent le divorce entre nos concitoyens et le gouvernement.

Emmanuel Macron nous avait annoncé le changement, il serait souhaitable qu'il fût là !



Odile Corbin

Régime général, régimes complémentaires Le dire et le faire

RO, RC, cousins germains ou frères ennemis entretiennent depuis plusieurs décennies des relations d'une riche complexité. Objets de rapports se succédant et donnant lieu à des recommandations qui renforcent les précédentes sans toujours clarifier ces relations.

Récemment, un candidat à l'élection présidentielle, a, malencontreusement pour lui, annoncé une répartition « petit et gros risque » qui a eu pour double effet de créer des remous suivis de reculs mais aussi de remettre au cœur de l'actualité un vieux serpent de mer. Alors sont apparues un certain nombre de propositions fortes visant à résoudre le problème en supprimant les OCAM (organismes complémentaires d'assurance maladie) soit par l'élargissement de l'Assurance Maladie, soit par la création d'une assurance complémentaire publique, soit par l'instauration d'un financement unique. Bigre ! Des propositions radicales dont la justification et l'intérêt restent à prouver et les conditions de mise en œuvre paraissent, pour le moins aléatoires.

Les reproches formulés ont le mérite de la caricature : simples dans leur formulation et sans nuances :

- les OCAM, par leur seule présence active, auraient pour effet d'accroître les injustices et les inégalités d'accès aux soins pervertissant ainsi les progrès réalisés par le régime général.

- leurs coûts de gestion plus élevés que ceux de l'AMO - le dénominateur de la fraction étant très inférieur rend la comparaison en pourcentage « audacieuse » - permettrait la constitution d'un trésor qui pourrait utilement combler le déficit de l'assurance maladie.

- en outre leurs tarifs non maîtrisés accroîtraient douloureusement la participation des ménages.

- enfin, et peut être surtout, leur statut privé annoncerait une privatisation rampante de notre système solidaire. L'Etat étant considéré comme le garant absolu d'une gestion maîtrisée et vertueuse.

QU'EN EST-IL EN RÉALITÉ ?

La quasi-totalité de la population française bénéficie aujourd'hui d'une assurance complémentaire souscrite auprès de l'un des trois types

d'OCAM -mutuelles, institutions de prévoyance ou sociétés d'assurance-. L'intensification de leur développement a incontestablement réduit les restes à charge faisant de la France le deuxième pays (après les Pays-Bas) qui affiche des résultats probants en l'espèce.

Le « trésor » des mutuelles, s'il n'a jamais existé, est radicalement réduit à « un équilibre instable » (source DRESS) sous une pression fiscale croissante et souvent incohérente sans justification politique forte.

Il est vrai par contre que les attributions des uns et des autres se sont largement enchevêtrées et ne permettent ni des actions coordonnées efficaces ni une bonne lisibilité pour les bénéficiaires.

Il est vrai aussi que la réglementation foisonnante dont « bénéficient » les OCAM ne leur permet toujours pas d'être autre chose que des « payeurs aveugles », bloquant très largement toutes initiatives de maîtrise des coûts, d'organisation des soins, de coopérations entre professionnels, de création de services d'accompagnement, plus largement mis à l'écart de l'approche globale et territoriale du système de santé.

Pourtant, le développement récent-encouragé par la loi Le Roux de 2017 a permis, malgré tous ces obstacles, de démontrer la capacité de mener à bien des actions de gestion des risques préservant la liberté des patients, celle des professionnels en améliorant l'accessibilité aux soins à moindre coût. Cela dans des secteurs - optique, audioprothèse, dentaire - où les renoncements aux soins étaient les plus sensibles.

Il faut en outre considérer que les OCAM et notamment la Mutualité participe largement à l'offre de soins sanitaire, sociale et médico-sociale à travers un réseau de 2500 services de soins et d'accompagnement.

On ne peut raisonnablement accepter que

→ quelques centaines d'organismes, employant plus de 100 000 personnes, couvrant 14% des dépenses totales, mais plus de 60% des biens médicaux, puisent être rayés au nom de l'esthétique d'une réforme fantasmée.

POURTANT LE STATU QUO N'EST PAS SOUHAITABLE : ALORS QUE FAIRE ?

Fixer une ligne politique générale en considérant que le système de santé a davantage besoin d'air que de corset supplémentaire, de souplesse que de contrainte laissant alors les initiatives privées se développer dans le cadre d'une stratégie nationale. Il faut pour cela élargir le maquis réglementaire facteur d'injonctions contradictoires comme celle, par exemple, de prélèvements fiscaux sur les souscriptions d'une complémentaire santé d'un montant quasi équivalent aux aides publiques à leur acquisition.

Tels sont les deux axes à suivre de concert afin d'éviter les dérives

d'un monde assurantiel dérégulé et d'une étatisation paralysante. Ainsi pourrait être élaboré un cahier des charges fixant les conditions de souscription, les garanties offertes, les limites et les engagements permettant d'instaurer une solidarité plus réelle et un choix plus éclairé des bénéficiaires et des incitations ciblées en fonction des priorités de santé publique. Dans ces conditions il est possible d'articuler régime général et OCAM afin qu'un partenariat dynamique se substitue au clivage artificiel entre un secteur privé suspecté et un secteur public idéalisé.

Faire des OCAM un « compagnon de vie » pour reprendre une expression de Thierry Beaudet, c'est concilier l'inévitable révolution numérique du management des organisations et l'indispensable ancrage territorial et humain d'une assurance réellement solidaire et responsable. ●

Alain Coulomb

3 QUESTIONS À...

...Jean-François TRIPODI, Directeur Général
Carte Blanche Partenaires



Carte Blanche Partenaires (CBP) est un réseau de soins de santé. Comment est constitué ce réseau ? Quels sont ses objectifs, actions et moyens ?

Les réseaux de soins fédèrent des professionnels de santé et sont les interfaces avec des organismes d'assurances complémentaires (mutuelle, assurance, institution de prévoyance, courtier). Ces réseaux se sont constitués autour des domaines dont les soins sont peu couverts par l'assurance maladie et majoritairement pris en charge par les assurances complémentaires santé, à savoir l'optique, l'audioprothèse et la chirurgie dentaire.

CBP, premier réseau ouvert français créé en 2001, est en lien avec 39 organismes d'assurance complémentaire (comme actionnaires ou simples clients) et a réuni une communauté de professionnels de santé autour d'un objectif commun : faciliter l'accès des assurés aux soins et équipements de qualité, tout en leur assurant un haut niveau de prestations à des prix justes. Le modèle de Carte Blanche Partenaires ne privilégie pas l'importance des

Carte Blanche Partenaires

remises sur les prix (qui entraînent souvent une qualité moindre), mais recherche l'optimisation du rapport qualité/prix.

Carte Blanche Partenaires est un réseau ouvert, c'est à dire que les professionnels de santé peuvent librement y adhérer (au contraire des réseaux fermés qui limitent le nombre de professionnels avec un numerus clausus), ce qui permet d'offrir aux assurés la proximité du professionnel dont ils ont besoin (couverture de tout le territoire national, y compris les DOM.) Le succès de Carte Blanche Partenaires repose sur sa logique partenariale (conventions établies dans le respect des métiers), et son sens de l'innovation et du service.

Ainsi, grâce aux **7600 opticiens, 7000 chirurgiens-dentistes et 3400 audioprothésistes** (réseau Audio en cours de renouvellement) qui se sont engagés librement dans le réseau ouvert, Carte Blanche Partenaires assure à ses bénéficiaires un haut niveau de prestations, la modération des tarifs, le respect du tiers payant et accompagne les patients (7,2 millions de personnes en forte progression : 2,3 millions en 2012) dans leur parcours de santé en leur indiquant les professionnels correspondant au mieux à leur besoin. Carte Blanche Partenaires propose ainsi des services et des avantages aux patients, dont ils sont libres de profiter ou pas, sans aucune pénalisation s'ils font le choix, par exemple, de consulter un professionnel de santé non conventionné (Carte Blanche Partenaires a fait le choix de ne pas pratiquer le remboursement différencié des assurés).

Carte Blanche Partenaires propose également un **réseau de médecine préventive** et complémentaire regroupant des ostéopathes, des diététiciens et des pédicures-pédologues..

Quels types de relations entretenez-vous avec les professionnels de santé membres de votre réseau, et avec vos clients, les acteurs de l'assurance complémentaire ?

Carte Blanche Partenaires renouvelle son réseau des professionnels de santé tous les 4-5 ans. Actuellement c'est le cas pour les audioprothésistes. A partir d'un catalogue de produits précisant les tarifs plafonds acceptés nous émettons alors un appel à candidature sur un cahier des charges indiquant précisément les critères souhaités (bonnes pratiques professionnelles, services et garanties en inclusion...).

Les professionnels de santé qui rejoignent le réseau Carte Blanche bénéficient d'outils de gestion qui simplifient les tâches administratives. Carte Blanche Partenaires assure la valorisation de leurs engagements auprès des assurés.

Une valeur forte de Carte Blanche Partenaires est le respect de la liberté des professionnels, liberté de choisir leurs fournisseurs par exemple. Carte Blanche Partenaires leur fournit des outils de référencement (par exemple pour l'optique, une sélection des fabricants de verres sur la base des brevets, de la fabrication en France, des traitements des verres...), l'objectif étant pour Carte Blanche Partenaires d'exclure les fournisseurs de respectant pas les critères métiers incontournables. Carte Blanche Partenaires fournit ainsi en optique plus de 58.000 références de verres et lentilles.

Carte Blanche Partenaires s'interface avec tous les logiciels des professionnels de ses réseaux (sinon un portail WEB est accessible) et peut ainsi effectuer, pour le professionnel, le contrôle de l'adéquation prescription/produit proposé, ainsi que valider les tarifs

du devis par rapport aux prix plafonds Carte Blanche... Cette intervention de Carte Blanche Partenaires se déroule en 12 secondes, et le professionnel peut ainsi immédiatement servir l'assuré. Carte Blanche Partenaires peut même aller jusqu'à la facturation.

Offrir des références et garantir la qualité amènent parfois Carte Blanche Partenaires à investir dans la production industrielle : c'est le cas pour son offre optique sans "Reste A Charge", pour laquelle Carte Blanche Partenaires a sa propre marque de montures (1796) et fabrique dans la vallée de la platurgie (Ain et Jura) employant 250 personnes (dont 50 emplois sauvegardés). Une collection de 36 modèles de montures est proposée chaque année sous cette marque aux 7.600 opticiens, qui peuvent également les vendre à des assurés non adhérents à CBP. Carte Blanche Partenaires se montre également très attentif à la provenance des produits puisque, tout produit de fabrication et toute la main d'œuvre confondus, la valeur ajoutée en France des montures Origine France Garantie est de l'ordre de 75 % et atteint les 85% (contre 55% exigé par la loi). Carte Blanche Partenaires a créé l'offre « Carte Blanche - Prysm » couplant ses montures 1796 avec de grands verriers mondiaux donnant ainsi accès à des lunettes sans Reste à Charge à partir de 100 euros et de grande qualité (montures Origine France Garantie et Made In France + Verres Essilor/Nikon/Seiko/Zeiss).

Carte Blanche Partenaires a également créé, sous forme d'association, une centrale d'achat, qui passe les commandes aux artisans- fabricants et assure toute la logistique avec les opticiens (livraison et SAV).

En ce qui concerne la chirurgie dentaire, la philosophie appliquée est la même. Afin d'être au plus proche de l'activité des praticiens, Carte Blanche Partenaires a un partenariat exclusif avec l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD). La charte élaborée indique des critères tels que l'assistance au fauteuil, la traçabilité des prothèses... 7 000 dentistes et 550 centres dentaires sont membres du réseau.

Pour ce qui est de l'audioprothèse, le renouvellement du réseau est en cours sur des principes proches du réseau d'opticiens mais en tenant compte des spécificités de l'équipement d'audioprothèse et du suivi dans le temps.

Les clients, acteurs des complémentaires santé, sont de statut et de taille très différents et ils sont concurrents entre eux ; certains sont actionnaires de Carte Blanche Partenaires. Mais tous ont Carte Blanche Partenaires comme plateforme de santé exclusive. Carte Blanche Partenaires travaille aussi avec des gestionnaires pour compte lorsque ses clients

Carte Blanche Partenaires en bref

- est le **1^{er} réseau de soins créé en France** (1947 puis nouveau nom en 2001). C'est un réseau ouvert - sans numerus clausus - visant qualité des prestations, proximité des professionnels de santé et juste prix. Il facilite l'accès aux soins des assurés et offre de multiples services tant aux professionnels de santé et acteurs des complémentaires, qu'aux bénéficiaires.
- **fédère** 7600 opticiens, 7000 chirurgiens-dentistes et 3400 audioprothésistes (renouvellement du réseau Audio en cours)
- travaille avec **39 complémentaires** représentant 7,2 millions d'assurés
- a un **chiffre d'affaires 2016 de 12 M€**
- employe **44 collaborateurs**

délèguent la gestion des contrats, ces gestionnaires peuvent s'adresser également à d'autres réseaux de soins.

La gestion de Carte Blanche Partenaires est totalement autonome, c'est à dire que le réseau de soins n'a recours à aucun service de ses actionnaires. La rémunération des services de Carte Blanche Partenaires s'effectue sous forme d'un montant fixe annuel, fonction du nombre d'assurés et bénéficiaires couverts par le client, et d'une partie variable, basée sur les flux des achats réels effectués auprès des professionnels du réseau.

Grâce à un outil informatique développé en propre et très performant, Carte Blanche Partenaires donne une réponse en temps réel aux demandes de Prise en Charge des professionnels de ses réseaux, ce qui leur facilite la gestion administrative et améliore la relation avec le patient.

Carte Blanche Partenaires a fait développer par la société SUADEO un **outil Décisionnel Santé en Hébergement Données de Santé qui centralise, analyse et diffuse de nombreuses datas issues de la gestion de ses réseaux**. Cet outil est à la disposition des équipes de Carte Blanche Partenaires et de tous les clients.

A côté des réseaux, Carte Blanche Partenaires diffuse des guides d'information Santé, des services de prévention, une newsletter hebdomadaire ...

Trois des fondements du modèle des réseaux de soins, à savoir le tiers payant, le remboursement intégral des soins optiques, dentaires et des prothèses auditives, et l'évolution des assurances complémentaires, font l'objet de vifs débats actuellement. Quelle est votre vision prospective de l'avenir des réseaux de soins ?

Les acteurs des complémentaires santé et les réseaux de soins jouent un rôle majeur

de facilitation d'accès, de conseil, d'orientation auprès des assurés. Il semble difficile d'envisager leur disparition. Du reste de nombreuses études sérieuses d'organismes aussi différents que le HCAAM ou l'Autorité de la Concurrence ont mis en avant ces constats.

En ce qui concerne l'objectif d'un reste à charge de l'assuré qui soit nul, les situations sont différentes dans les trois cas :

Pour ce qui est des soins optiques, l'offre de marché est pertinente, le modèle fonctionne déjà et il est reproductible. Il faut attirer l'attention sur le risque de perte de qualité qui peut accompagner une offre sans Reste à Charge (RAC), **notre modèle Carte Blanche-Prysm démontre la faisabilité de marier haute qualité et RAC Zéro.**

En ce qui concerne les actes dentaires, et particulièrement les prothèses, le problème du financement peut être amélioré dans un premier temps par une politique de meilleure hygiène bucco-dentaire tout au long de la vie afin de diminuer réellement le nombre de prothèses, puis par la définition d'un panier socle pris en charge sans RAC par les complémentaires, mais seulement dans un second temps pour maintenir la qualité de l'offre.

Dans le domaine des audioprothèses, il existe un nombre très limité de fabricants au niveau mondial (5), et la profession des audioprothésistes fait l'objet d'un numerus clausus. Il n'y a pas de véritable problème d'accès aux soins, mais plus de 1 million de personnes malentendantes ne sont pas équipées, souvent du fait des tarifs élevés. L'augmentation du numerus clausus devrait permettre d'améliorer la situation en favorisant une saine concurrence. Avec l'ensemble des acteurs de la filière, dont les complémentaires et les réseaux, une offre pourrait être élaborée répondant aux besoins de base des malentendants et sans RAC après intervention des complémentaires.

Le tiers payant généralisé ou généralisable ne pose aucun problème aux réseaux de soins, les outils étant en place. En fait le « able » va juste nous faire revenir à la situation antérieure d'accord individuel sur le tiers payant qui n'est qu'une part des activités d'un réseau. Pour répondre à tous ces défis à venir et servir encore mieux clients, professionnels et assurés, Carte Blanche Partenaires, seul réseau de soins réellement ouvert, soucieux de la qualité, de prix modérés et de la liberté des professionnels, gardera ses pratiques de remboursement non-différencié, de services...avec la volonté, comme il commence à le faire principalement sur les trois filières d'activité, **d'adopter une approche globale d'accompagnement dans une logique de prévention primaire et de parcours de santé.**

Propos recueillis par Gérard Mathieu

LES MARDIS DE COOPERATION SANTE

« Les Mardis de Coopération Santé » : le rapport du HCAAM (Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie) sur les innovations en santé est le fil rouge des diners organisés au Sénat, en 2017.

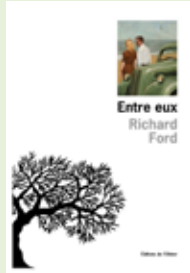
28 novembre 2017 : Evolution de la Tarification : l'exemple de l'IRCT avec **Yvanie Caillé**



À LIRE ET À VOIR

« Entre eux » de Richard Ford aux Editions de l'olivier

Dans ce beau livre, l'auteur du magnifique « Canada » paru il y a quelques années nous parle de ses parents et nous fait partager ses réflexions sur chacun d'eux en tant qu'individu, sur le couple fusionnel qu'ils formaient et sur la place qu'il y occupait. Le récit est sensible, souvent émouvant et les questions de l'auteur rejoignent celles que nous nous posons tous à un moment de notre vie...



Rapport fait au nom de la MECSS par Jean-Marie Vanlerenberghe devant la Commission des Affaires Sociales du Sénat – Rapport 668 du 27 juillet 2017

Consacré à la thématique de la « pertinence des soins » ou encore, au « juste soin » ce rapport d'une soixantaine de pages dresse, selon l'usage, un constat de la situation actuelle. Son rapporteur général, Jean-Marie Vanlerenberghe, rappelle que les systèmes de soins des pays développés génèrent à peu près tous des gaspillages engendrés par la « redondance des soins », « les actes inutiles ou à faible valeur ajoutée ». Selon une étude de la FHF, 28 % des actes prescrits sont jugés, par les médecins eux-mêmes, non pleinement justifiés*. Ce constat n'est pas nouveau mais les pertes entraînées ainsi pourraient avoisiner les 50 milliards. Il y a de quoi s'émouvoir ! Le rapport fait des propositions articulées autour de 5 axes qui devraient permettre de passer d'une logique de rabot à une vision stratégique dont la mise en œuvre permettrait d'aller plus loin que les actions engagées jusqu'à présent dans le cadre de la maîtrise médicalisée et de la maîtrise de l'ONDAM :

Consolider le pilotage, décloisonner la ville et l'hôpital, placer les professionnels de santé au cœur de la démarche, sensibiliser le grand public, engager des évolutions des modes de financement vers une logique de parcours de soins et de régulation par la qualité et la pertinence... Certains de ces axes laissent une impression de « déjà vu » d'autres auraient avantage à être développés rapidement car il y a urgence !

« L'ordre du jour » d'Eric Vuillard aux éditions « Actes sud »

Eric Vuillard est un écrivain et cinéaste féru d'histoire qui après nous avoir livré son « 14 juillet » il y a un an dans lequel il faisait revivre les participants ordinaires voire anonymes de cette journée, nous donne à lire cette année « L'ordre du jour » publié en avril dernier chez « Actes sud ».

Le livre s'ouvre sur une scène qui, n'étant notre connaissance de la suite, pourrait paraître banale : 24 patrons, dirigeant les plus grosses entreprises allemandes de l'époque s'engagent en février 1933 à financer le parti nazi... Offrant ainsi à Hitler les moyens de donner libre cours à sa folie guerrière et d'entamer son œuvre terrifiante. Concentré sur le 12 mars 1938, date de l'Anschluss le récit nous emmène dans les coulisses de cette journée particulière entre joie indécente de la population qui acclame les envahisseurs, impréparation logistique, grotesque du cérémonial et des personnages principaux.

Battements de colère ...

« 120 Battements par minute » est un grand film. La critique, le jury de Cannes et le public confondus le confirment. Il fallait sans doute du temps pour qu'un tel film s'empare de la lutte contre le sida pour en montrer les tours, détours et contours. Dans un moment singulier : quelques mois avant l'arrivée des trithérapies. Le citoyen-spectateur de 2017 s'apercevra que le combat contre une maladie, contre une société qui discrimine et rejette, contre un Etat qui tarde à agir, contre une industrie pharmaceutique chipoteuse sur l'accès aux traitements, se fait plutôt à coups de boulets de canons que de genuflexions respectueuses. C'est une double leçon pour les combats dans la santé aujourd'hui. Il s'en trouve de sévères : santé mentale, pertinence des soins, promotion de la santé, égalité d'accès aux soins... Gagnerons-nous ces combats sans fourbir les mêmes outils de lutte que ceux qui ont permis d'avancer dans la lutte contre le sida ? A trente ans de distance, notre société tolérerait-elle cette même mise en tension ? Pas si sûr ...



INFOS

Colloques organisés par Coopération Santé et ses Adhérents :

Jeudi 9 novembre – Assemblée Nationale - Paris • « Pour une politique de prévention dès l'enfance »

Lundi 13 novembre – Assemblée Nationale - Paris • « Réunion publique de lancement des Etats Généraux du Diabète et des diabétiques »

Mercredi 22 novembre – Maison de la Recherche – Paris • « Les maladies chroniques invalidantes de la peau sont-elles les oubliées des politiques de santé ? »

Mercredi 6 décembre – Institut Imagine - Paris • « Les nouveaux habits d'Hippocrate : une mutation des métiers des acteurs de la santé »

Jeudi 14 décembre – Toulouse Business School • « Vaccination, Soignants, Patients : tous concernés »

A venir : Articulation entre stratégie nationale et mise en œuvre locale, la santé mentale, pathologie cardio-vasculaire, le juste soin, les antibiotiques...

LA NEWSLETTER COOPÉRATION SANTÉ

Editeur : Association Coopération Santé
88 rue de la Roquette - 75011 Paris

courriel : cooperation-sante@wanadoo.fr

Directeur de la publication :

Alain Coulomb

Rédacteur en chef : Gérard Mathieu

Comité de Rédaction : Odile Corbin,

Anne de Boismenu et Christian Saout

Réalisation graphique :

Trait de marque Paris

Copyright : Association Coopération

Santé, tout droit réservé

www.cooperation-sante.fr