

## Libres propos sur un nouvel acteur dans notre système de santé : les plates-formes de santé

Par **Marianne BINST**, *Directrice générale de SANTÉCLAIR*



*Diplômée de l'Institut d'Études Politiques de Paris et docteur en sociologie des organisations, Marianne Binst est également ancienne élève de l'École de santé publique de Harvard (USA).*

*Elle a consacré l'ensemble de sa carrière au secteur de la santé, en passant dix ans à la tête du département santé de Bossard Consultants, cinq ans aux AGF. Depuis 2003, elle est Directrice générale de Santéclair, entreprise d'aide au consommateur dans le domaine de la santé.*

C'est en 2003 que Santéclair a été créée. L'entreprise est issue de la fusion d'un service de même nature chez AGF et chez MAAF/MMA.

Le constat était fait de part et d'autre que la taille critique était fondamentale pour développer ce nouveau métier et qu'aucun assureur complémentaire n'était assez puissant pour le faire seul.

Santéclair compte aujourd'hui neuf millions de clients au travers de 46 complémentaires (Mutuelles, assureurs, institutions de prévoyance, courtiers) et bientôt dix millions avec l'arrivée des clients de MACIF en janvier 2017.

Nous traiterons en 2016 plus de deux millions de demandes de clients. Ceux-ci nous sollicitent soit pour avoir accès à nos réseaux de soins ou à nos systèmes de devis / conseil ou encore à nos applications d'orientation dans le système de santé.

Ce nouveau métier que nous avons créé est désormais concurrencé.

Il existe cinq plateformes concurrentes qui développent en partie les mêmes services de réseaux et de devis.

Ces plateformes concurrentes ont entre neuf millions de clients (KALIVIA) et quatre millions (ISTYA) en passant par ITELIS (six millions) ou SÉVÉANE (six millions) ou Carte Blanche (six millions).

Au total, ce sont 41 millions de Français qui ont accès à l'une de ces « plateformes de santé » via leur complémentaire.

Le phénomène n'est donc plus « marginal ». Il reste pourtant hors des écrans radar de la Sécurité Sociale ou du ministère de la santé qui ne s'y intéressent pas ou peu.

L'activité de Santéclair s'est principalement développée dans les domaines où les complémentaires constituent le payeur principal, à savoir l'optique, le dentaire, l'audioprothèse, l'ostéopathie, la diététique, l'automédication.



Dans ces secteurs, nous aidons à réduire l'asymétrie d'information pour le consommateur et pesons sur le prix au travers de processus d'appel d'offre aux cahiers des charges très précis aussi bien en termes de tarifs que de critères de qualité ou d'exigence de services.

Nous avons ainsi 3 000 opticiens partenaires dont le tarif des verres est inférieur de 40 % au prix du marché pour nos clients. Nos partenaires ne vendent que des verres de grandes marques. Nous avons en effet sélectionné trois verriers prestigieux : Essilor, Karl Zeiss Vision et Seiko dans le cadre d'un autre appel d'offre. Précisons par ailleurs que les opticiens sélectionnés par Santéclair proposent une remise en magasin de 15 % sur les montures.

Nous avons aussi un réseau de 2 900 chirurgiens-dentistes, 300 orthodontistes et une cinquantaine de centres d'implantologie.

Notre tout récent appel d'offre en audioprothèse nous a permis de sélectionner 750 centres partenaires avec des prix inférieurs de 35 % à ceux du marché.

Depuis peu, Santéclair a aussi commencé à s'intéresser au secteur de l'hospitalisation devenu dans bien des contrats le premier poste de dépenses des complémentaires. Nous avons lancé début 2016 un réseau en chirurgie orthopédique et expérimentons un réseau en Ile-de-France sur la chirurgie de la cataracte. Nous disposons aussi d'un site d'orientation en chirurgie, cancérologie et obstétrique calculant le reste-à-charge des clients à partir des devis qu'ils nous fournissent. Sur ce site, les bénéficiaires de nos services ont également accès à un palmarès des établissements de santé situés à proximité de chez eux.

Notre action n'a donc pas vocation à être cantonnée aux secteurs dentaires / optiques ou de l'audioprothèse mais à tous les secteurs de la santé où les clients sont en attente d'informations et où la concurrence peut jouer.

Aucune plateforme n'a cependant développé des services dans le domaine de la médecine de ville. L'adoption de la loi Leroux sur les réseaux de soins a en effet donné lieu à un important lobbying des syndicats médicaux qui ont obtenus que les réseaux de soins soient interdits de négociations avec les médecins. Les syndicats redoutent en effet notre capacité d'action.

J'illustrerai les principales différences dans nos méthodes de négociations avec les professionnels de santé par rapport aux négociations conventionnelles, puis les principaux problèmes rencontrés mais aussi les atouts et les appuis dont nous disposons.

Enfin dans un monde en mouvement, je préciserai les opportunités qui se présentent à nous et dans quelle mesure l'activité des réseaux de soins pourrait s'articuler avec les prérogatives du régime obligatoire.

## I- Une négociation prix/volume selon les règles de mise en concurrence

Nos négociations pour aboutir à un réseau de soins utilisent les outils du marché... bien loin des négociations conventionnelles.

Chaque marché est différent.

Avant de lancer un appel d'offre, il faut comprendre les marges de manœuvre possibles.

▼ **Quelle est la rentabilité de ce marché ?**

**Quels sont les revenus des professionnels ?**

Si la rentabilité est forte, la négociation pourra être plus ferme.

▼ **L'élasticité prix/volume est-elle grande ?**

Dans un même magasin optique, on peut par exemple multiplier les ventes par deux ou trois sans changer les coûts de production en dehors du prix d'achat des équipements. En revanche, un ostéopathe qui passe en moyenne 45 minutes avec ses clients en travaillant de ses mains et sans plateau technique aura une très faible élasticité prix/volume.

▼ **Quelle est notre capacité à déplacer le client et à quels arguments est-il sensible ?**

Si le client n'y trouve pas un intérêt, il ne modifiera pas ses habitudes de consommation. La baisse du reste à charge pour le client est un élément significatif.

Dans les domaines où son reste à charge est nul ou très faible il sera difficile d'agir.

En revanche, lorsque vous divisez par deux le reste à charge moyen en audioprothèse ou en implantologie, la capacité à orienter les clients vers les professionnels du réseau est grande. La distance qu'il est prêt à parcourir pour obtenir cette baisse des coûts est aussi variable selon les secteurs. Par exemple, on se déplacera plus facilement pour se faire poser des implants dentaires que pour suivre un traitement d'orthodontie.

▼ **Quel est le niveau de « confiance » actuel du client envers son praticien ?**

Le secteur de l'optique ne déclenche que très peu la confiance des clients alors que dans le secteur dentaire, en omnipratique notamment, il faudra beaucoup rassurer les clients sur la qualité pour les faire changer de prestataires et cela, même si le reste à charge diminue.

Dans ce secteur, nous avons mis en évidence que 38 % des clients qui nous avaient sollicités pour l'analyse d'un devis prothétique n'avaient pas entrepris de soins un an plus tard. Le renoncement aux soins est proportionnel au reste-à-charge mais est souvent préféré au changement de praticien pour payer moins cher.

▼ **Le marché est-il national ou local ?**

Nous négocions par exemple les mêmes tarifs en optique ou en audioprothèse dans toute la France (hors DOM-TOM) alors qu'en dentaire, chirurgie ou ostéopathie, nos tarifs sont zonés. L'important est de tirer le prix du marché vers le bas, pas d'obtenir systématiquement un prix unique dans toute la France.

Si on négocie un prix national dans un marché structuré localement, on risque de choisir un tarif qui constitue un effet d'aubaine pour les villes peu chères et un effet repoussoir pour les villes chères.

▼ **Le cycle d'adaptation du marché est-il long ou court ?**

Si, par exemple, il existe un *numerus clausus* très faible de formation des professionnels comme dans le secteur de l'audioprothèse ou de l'orthodontie, vous ne pouvez pas être sur des cycles rapides d'évolution du jeu concurrentiel. C'est le contraire qui se produit dans le secteur de l'optique ou de l'ostéopathie.

▼ **Existe-t-il des obstacles à la concurrence ?**

Dans ce cadre, le rôle des ordres ou des syndicats professionnels doit être analysé.



Les syndicats sont-ils puissants, suivis ? L'ordre est-il « indépendant » ou très proche du pouvoir syndical comme en dentaire ?

Toutes ces questions éclairent une logique de marché bien différente de la logique des négociations conventionnelles.

Nous cherchons à convaincre environ 10 % d'une profession de nous rejoindre, en général les plus innovants ou ceux qui ont le plus d'enjeux à attirer de nouveaux clients.

Dans le cadre des négociations conventionnelles, le simple fait de négocier avec les syndicats ne permet pas d'obtenir plus que le plus petit commun dénominateur de la profession ; c'est-à-dire bien peu de choses pour le consommateur ou pour le payeur et dans un cadre national tenant peu compte du marché réel ou des besoins spécifiques de telle ou telle population.

## II- La vie des plateformes de santé n'est pas un long fleuve tranquille

Le développement de notre métier s'est heurté à de nombreux obstacles.

▼ **L'absence d'accès aux données nous oblige à constituer nos propres bases de données ; ce qui est long et coûteux.**

Les assureurs sont privés d'accès aux données de santé et les bases de données statistiques de la sécurité Sociale restent désespérément fermées. Pourtant sans données, impossible d'analyser le marché, de bien négocier avec les professionnels et de bien renseigner les clients / consommateurs. C'est donc au travers des systèmes d'analyse de devis que nos bases de données se sont peu à peu constituées.

▼ **L'opposition de nombreux syndicats ralentit la mise à disposition de nos services aux consommateurs.**

Les syndicats des professionnels de santé sont le plus souvent nativement hostiles à la concurrence. Ils préfèrent un marché opaque, cher et où la qualité n'est pas mesurée.

Fort heureusement, beaucoup de professionnels de santé ne se reconnaissent pas dans la vision rétrograde des nombreux syndicats et sont prêts à faire valoir leurs avantages concurrentiels ou leur savoir-faire via les réseaux.

La principale difficulté reste cependant le rôle des conseils de l'ordre, notamment celui des chirurgiens-dentistes, qui utilisent très souvent, sans aucune base légale la menace de sanctions ordinales pour décourager les dentistes de contractualiser avec des réseaux.

L'ordre des dentistes a déjà été condamné par l'Autorité de la Concurrence pour ces pratiques mais elles n'ont pourtant jamais cessé et nous avons à nouveau dû déposer une plainte en 2015.

▼ **Le législateur a du mal à laisser jouer la concurrence.**

La loi Leroux devait à l'origine permettre aux mutuelles la mise en place de contrats prévoyant un meilleur remboursement pour les clients privilégiant les praticiens des réseaux de soins.

Cette possibilité existait pour les assureurs ou les institutions de prévoyance mais les mutuelles avaient besoin d'une évolution législative pour y être autorisées.

Ce point technique a été résolu, mais au passage, a donné lieu à une loi beaucoup plus large sur les réseaux de soins, restreignant significativement leurs marges de manœuvre. Le point le plus choquant est l'interdiction qui leur est faite de négocier avec les médecins, privant ainsi les Français de la possibilité de fréquenter des médecins ayant un contrat avec Santéclair ou une autre plateforme de soins sur la base d'un bon rapport qualité / prix.

Autre point choquant, l'interdiction de la mise en place d'un numerus clausus dans le cadre de ces négociations, sauf en optique. Cet outil permet pourtant de garantir à un professionnel de santé signataire un apport de clientèle significatif. Il est intéressant de voir que le numerus clausus est très apprécié des syndicats médicaux lorsqu'il leur permet de maintenir une concurrence faible et des tarifs élevés (en orthodontie ou en audioprothèse par exemple) mais qu'il est honni dès lors qu'il permet aux réseaux d'obtenir de plus grands avantages pour les consommateurs.

Au-delà de cette loi spécifique sur les réseaux de soins, il est à noter que le législateur modifie régulièrement le cadre d'exercice des réseaux sans même sembler s'en rendre compte. Par exemple, le tiers-payant généralisé s'appliquant aussi en dentaire, optique ou en audioprothèse retire un atout important aux réseaux qui avaient pour beaucoup réservé le tiers-payant à leurs partenaires dans ces secteurs.

De la même façon, les contrats responsables ont érigé des normes de remboursement en optique sans tenir compte des réseaux. Par exemple, le minimum de remboursement obligatoire en verres multifocaux s'est retrouvé à deux-cents euros alors que l'offre « économique » dans le réseau Santéclair était à 120 euros. Il a fallu dès lors rajouter toutes sortes de suppléments à cette offre « économique » pour suivre la surenchère du législateur au travers des contrats responsables.

#### ▼ **La faiblesse des normes d'évaluation des dispositifs médicaux ou des professionnels de santé complexifie la tâche des réseaux.**

Dès lors que nous obtenons des tarifs attractifs, il faut pouvoir aussi prouver que la qualité est au rendez-vous, d'autant plus que nos détracteurs du monde syndical utilisent sans arrêt cet argument de moindre qualité dans les réseaux. Ils n'ont pourtant jamais poussé à la création d'outils d'évaluation de la qualité dans leur secteur. En dentaire, nous disposons de quelques référentiels de qualité des soins de la HAS. C'est mieux que rien. En optique ou en audioprothèse, aucune publication scientifique évaluant ces dispositifs ou leur distribution n'existe. Cela complexifie notre travail car nous devons faire émerger ces normes en même temps que nous créons ces réseaux. Nous avons ainsi beaucoup contribué à l'émergence de la norme AFNOR pour la distribution en optique. Nous avons aussi à plusieurs reprises mené, avec des journaux de consommation tels que « Que Choisir » ou « 60 millions de consommateurs », des évaluations des dispositifs médicaux tels que des couronnes dentaires en fonction des fabricants, des verres optiques de différentes marques ou de génération différente ou encore de dispositifs auditifs.

Avec l'Inserm, nous avons aussi publié dans une revue à comité de lecture, la seule étude connue à ce jour d'évaluation de verres optiques.<sup>1</sup>

Il est fort dommage pour les consommateurs et pour les payeurs que des dispositifs médicaux aussi importants et coûteux échappent à toute évaluation normalisée.

1 Revue Trials publiée le 19 septembre 2008 « The VEPRO trial : a cross-over randomised controlled trail comparing 2 progressive lenses for patients with presbyopia ».



▼ **Dernier obstacle parmi les plus significatifs dans notre métier : la difficulté des complémentaires santé à faire du marketing ciblé de leurs services.**

Les outils de « liquidation » des prestations complémentaires ne sont pas connectés aux outils marketing. Impossible du coup de faire connaître notre réseau d'audioprothésistes spécifiquement aux porteurs de prothèses auditives ou nos avantages en matière de ventes de lentilles en ligne aux porteurs de lentilles. Dans les années à venir, si l'on veut que les services en santé et le rôle des consommateurs se développent, il faudra résoudre cette question d'un meilleur ciblage du marketing des services par les complémentaires.

### III- Notre approche n'a heureusement pas manqué de soutiens

Dès le départ, notre offre de services a rencontré une demande des consommateurs. Notre légitimité à offrir ce service n'a pas été remise en cause par les clients contrairement à ce que nous redoutions.

Année après année, les taux d'utilisation ont fortement progressé au sein de chaque portefeuille de clients indépendamment de notre acquisition de nouveaux clients. La plupart des nouveaux services ou réseaux ont rencontré une demande au fur et à mesure de leur mise sur le marché.

Cette adhésion des consommateurs est cruciale car plus nos services sont utilisés et plus nous enrichissons notre connaissance du marché pour les services de devis et plus nous avons une capacité à peser sur les prix pour nos services de réseaux de soins.

Des taux d'utilisation importants offrent aussi la possibilité d'investir dans l'automatisation des échanges tout en maintenant une norme riche ; ce qui permet de baisser les coûts unitaires et de contenir nos prix malgré la croissance de l'utilisation.

Notre tarif est aujourd'hui entre 2,74 € et 2,90 € hors taxes par an et par personne protégée. Ce prix représente en moyenne 0,5 % de la prime encaissée par la complémentaire santé.

Chaque passage dans notre réseau donne aussi lieu à l'envoi d'un court questionnaire de satisfaction en ligne. Les taux de réponse sont de 30 % et en moyenne 95 % de nos utilisateurs recommanderaient le praticien qu'il a consulté à un proche. Nous n'avons donc aucun doute sur le fait que notre métier répond à une attente des consommateurs.

Bien sûr, certaines de nos initiatives n'ont pas été couronnées de succès et ont dû être arrêtées.

Par exemple, un système de consultation pour un second avis préopératoire dans un réseau physique ou un réseau de prise en charge du mal de dos en Ile-de-France. Sur ces deux sujets, nous avons pourtant le sentiment de tenir une bonne idée et les tests de pré-marketing étaient excellents. Nous en avons gardé la conviction que seule la mise en marché permet réellement de savoir si les consommateurs sont prêts pour une innovation ou pas. Si un service n'est pas utilisé, il faut l'interrompre ; il n'y a aucun sens à essayer d'avoir raison contre le client.

Nous avons aussi souvent été soutenus par l'Autorité de la Concurrence ou la DGCCRF à l'époque. Dans les débuts chancelants de ce nouveau métier, ces acteurs ont été source de conseil et d'inspiration. À la suite de plusieurs campagnes de boycott dont nous avons été victimes, l'Autorité de la Concurrence a, du reste, prononcé des sanctions. L'IGAS ou la Cour des Comptes ont souvent aussi mis en avant la légitimité de l'action des réseaux de soins.

Enfin, nous avons souvent trouvé des relais et des soutiens auprès d'associations de consommateurs ou de patients au point, depuis trois ans, d'avoir créé avec le CISS et « 60 millions de consommateurs » un « Observatoire citoyen des restes-à-charge » qui diffuse des informations sur les restes à charge à partir des bases du SNIRAM qui seraient restées confidentielles sinon.

Nous pensons que ces informations sont utiles aux Français et contribuent à la démocratie sanitaire.

## IV- RO/RC... je t'aime, moi non plus

Difficile pour une organisation en situation de monopole comme la Sécurité sociale d'accepter l'existence des régimes complémentaires et de comprendre l'intérêt des mécanismes de mise en concurrence des professionnels de santé par les plateformes de santé.

Pourtant, ma conviction est que ces mécanismes de mise en concurrence apportent plus de pouvoir aux consommateurs et permettent aux professionnels de progresser en réponse à leur mise en concurrence. Ces mécanismes ne sont pourtant pas possibles partout et ne remettent pas en cause le rôle du régime obligatoire et sa logique différente.

Les complémentaires santé ont fait émerger un troisième acteur, fort différent de la Sécurité Sociale mais aussi distinct des régimes complémentaires : les plateformes de santé.

Ce métier de négociation avec les professionnels de santé, d'orientation des consommateurs dans le labyrinthe de la complexité des offres de santé est un métier à part entière. Il est durable quelles que soient les évolutions des rôles à venir entre complémentaires et régimes obligatoires.

L'avenir n'est toutefois pas écrit. Les choix en matière de politique de santé dans notre pays sont confus et peu explicites.

Mais ce qui est certain, c'est l'émergence dans tous les pays d'un rôle accru pour le patient / consommateur, acteur de ses achats en santé et de ses choix thérapeutiques.

De plus en plus de start-up se créent sur cette tendance et les plateformes de santé lui doivent leur développement rapide. Les anglo-saxons lui donnent un nom « l'empowerment » du patient, car il s'agit d'un mouvement international tangible dans bon nombre de pays.

Quelles que soient les évolutions des politiques de santé, il restera des marges de manœuvre, des besoins à satisfaire et une demande accrue de transparence et d'accès à l'information pour les consommateurs. C'est autour de cette demande de transparence que le régime obligatoire et les plateformes de santé pourraient mieux dialoguer et collaborer. La transparence et l'encouragement à la concurrence ne sont pas les ennemis du régime obligatoire, bien au contraire.

Ils peuvent débloquer des situations de rentes et aider des évolutions jusqu'ici bloquées en faisant émerger le rôle du consommateur « consommateur » en santé.



Ce rôle ne peut être assuré par le régime obligatoire seul, trop pris dans un jeu d'acteur qui limite sa liberté de parole et sa vitesse d'action. La mise en concurrence n'est pas non plus la culture de base d'une organisation en situation de monopole.

Mais la « gestion du risque », c'est aussi la capacité de chaque Français de choisir son professionnel de santé ou son établissement de soin en fonction de son reste-à-charge et de critères de qualité. Nous avons donc ensemble intérêt à ce que ce métier se développe.