

## Le « manque de transparence » des professionnels de santé : une évidence ?

Certes, les réseaux de soins trouvent un premier modèle dans le schéma de l'assurance-rapatriement ou de l'assurance-santé quand on est dans un pays totalement étranger : l'assureur indique où se faire soigner à l'assuré désemparé, qui ne connaît ni la langue, ni le système de santé autochtone, ni les professionnels de santé recommandables. Il s'agit donc d'un système d'exception valable pour les patients français hors du territoire. Or, la tendance actuelle est de généraliser ce système sur le territoire national – où la question de la langue ne se pose en général pas, où les moyens de s'informer ne manquent pas et où prévalaient jusqu'ici les principes de la médecine libérale – notamment le libre choix du professionnel de santé par le patient.

Étant donné que cela fonctionne ainsi en France depuis 70 ans, avec comme résultat celui que l'on connaît – la France classée premier système de santé au monde par l'OMS, il faut bien justifier la *tabula rasa* en cours. Alors, parmi les semblants d'arguments avancés, il y a celui selon lequel le pauvre patient ne sait plus à quel saint se vouer pour s'orienter dans le système de soins ou trouver un ORL ou un audioprothésiste. Les tarifs de ces professionnels seraient « opaques », alors que la qualité de leurs prestations est variable et qu'ils sont juges et parties – puisqu'à la fois prescripteurs (qui d'une opération chirurgicale, qui d'un choix d'appareil) et financièrement intéressés (paiement à l'acte pour les uns, « vente » d'un appareil auditif pour les autres).

Or cela relève d'une caricature grossière. Puisque c'est le médecin traitant qui est de iure prescripteur de la visite chez l'ORL et que l'ORL oriente le plus souvent le patient vers un audioprothésiste. Puisqu'existe pour ces professionnels de proximité une solide tradition française de bouche à oreille. Puisque le patient n'est pas idiot au point de ne pas prendre plusieurs avis lorsqu'on lui recommande une opération chirurgicale, ou de demander plusieurs devis d'appareillage...

**DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ À L'ASSUREUR :  
DE CHARYBDE EN SCYLLA ?**

C'est pourtant cette caricature qui sert de postulat à toute la politique actuelle. Et cette idée que le consommateur ou le patient est inapte à choisir rationnellement et librement relève d'une démarche paternaliste

– certains diraient : infantilisante – que l'on retrouve dans d'autres choix de santé publique du Gouvernement, du paquet de cigarettes neutre à la signalisation tricolore sur les aliments.

À la limite, s'agissant d'une posture philosophique, la discussion pourrait être close : le paternalisme social fait mauvais ménage avec la médecine « libérale », quoi de plus normal, point-barre, restons en là. Malheureusement, cette conviction anthropologique voulant que l'incurable cupidité du professionnel de santé ait pour pendant la congénitale stupidité du patient – en oubliant que tous deux sont aussi électeurs inscrits – a des conséquences bien réelles à la fois sur la santé des concernés, mais aussi sur leurs finances. Car cet argument de « l'opacité » fait les choux gras de tous les vendeurs de transparence.

On a fait valoir l'opacité sur le marché immobilier et cela a donné des pléthores de diagnostics immobiliers plus inutiles les uns que les autres et enrichi les diagnostiqueurs. De même, en faisant valoir l'opacité en matière de santé, on enrichira les intermédiaires – rémunérés – qui, au nom de la « concurrence » se proposent de rétablir la « transparence ». Il s'agit, en l'occurrence, de certains réseaux de soins particulièrement « offensifs ».

Seulement, il faudra que l'on nous explique en quoi huit réseaux de soins – huit seulement – peuvent davantage favoriser la concurrence que des milliers de professionnels de santé ; et en quoi les indications données au patient par son assureur (ou son réseau de soins) sont plus « transparentes », plus nourries de compétences (lire p. 32) et moins intéressées que celles d'un professionnel de santé. Ce dernier gagne peut-être sa vie en délivrant de la prestation de soin ou d'appareillage, mais l'assureur lui gagne sa vie en économisant sur la prestation de santé, ou, pour le dire autrement, l'un est payé pour soigner ou équiper un patient ; l'autre gagne davantage quand le patient est moins (voire pas) soigné. Si vous étiez le patient, quel choix feriez-vous ?

Jadis – avant que le Gouvernement ne choisisse à la place des patients à grand coup de loi Le Roux et de « généralisation-de-la-complémentaire-santé » – on conseillait, entre deux maux, de choisir le moindre. Faire l'inverse, cela s'appelle la politique du pire.

Virgile Vigo

## « LA MÉDECINE LIBRE » : L'ESPOIR DANS L'EFFET PAPILLON ?

**Octobre 2012 : dans les manifestations qui rassemblent les médecins contre l'avenant 8 à la convention médicale, une idée germe chez le Docteur Bajer et deux de ses confrères : et si nous créons notre propre complémentaire ? Avec un nom en forme de slogan : La médecine libre. Rencontre avec un financeur pas comme les autres.**

**Pourquoi avoir créé La médecine libre ? Et pourquoi sous forme d'un courtier en assurance ?**

**Benjamin Bajer :** La logique est que le seul responsable du soin est – et doit être – celui qui le produit et non celui qui le finance. Or, avec l'avenant 8, les médecins ont pris conscience de la mainmise des financiers sur le secteur de la santé. Par le plafonnement, ces derniers en sont venus à contrôler la partie libre des honoraires du secteur 2. Passée une première réaction épidermique, nous avons compris que ces évolutions étaient téléguidées par le lobby des assureurs et des grandes mutuelles, de concert avec l'équipe gouvernementale. Nous avons donc voulu nous battre avec les armes de notre adversaire et créer notre propre complémentaire pour la faire fonctionner de façon vertueuse au service de la qualité des soins.

**Renaud Pellet, Président de LML :** En 2012 les professionnels de santé se sont rendus compte qu'ils se retrouvaient dans la rue pour la même raison : dans le système de santé actuel, les médecins sont mis en coupe réglée, la baisse des remboursements menace la qualité des soins au détriment du patient, l'accès aux soins recule et il n'y a qu'un acteur qui s'en sort bien : ce sont les complémentaires santé. L'idée première était donc de répondre en créant une mutuelle, mais l'autorité prudentielle qui contrôle les mutuelles souhaiterait davantage voir leur nombre passer de 600 à 60. Créer une mutuelle n'était donc pas dans l'air du temps, et c'est pourquoi La Médecine libre est une société de courtage !

Nous travaillons actuellement avec la mutuelle lyonnaise MTRL. Leurs actuels nous indiquent les tarifs correspondant aux niveaux de services et de garanties que nous avons définis et nous assurons la distribution des contrats. Notre activité se développe et aujourd'hui, nous commen-

çons aussi à discuter avec d'autres mutuelles restées fidèles aux principes de la mutualité.

**Mais « Défendre la qualité des soins » est la revendication de toutes les complémentaires... Qu'est-ce qui, dans votre fonctionnement vous rend plus vertueux ?**

**Renaud Pellet :** à l'origine de La Médecine Libre il n'y a pas une compétence financière mais une compétence médicale. La Médecine libre est partie du terrain et a défini des soins de qualité avec 2500 professionnels de santé. C'est à partir de la question de ce qu'apporterait une complémentaire santé idéale – en termes de service et de niveaux de garantie – qu'a été élaboré le cahier des charges de l'assureur. De plus, tout est fait pour permettre au professionnel de santé de se concentrer sur son métier – soigner le patient – plutôt que sur la paperasse administrative. Parmi les éléments qui nous ont amené à retenir la MTRL, il y a le fait que cette dernière octroie à nos adhérents la carte avance-santé – qui est une sorte de tiers-payant généralisé n'imposant pas de complexités administratives pour les professionnels de santé. Notre adhérent lorsqu'il reçoit des soins, présente sa carte vitale et règle une avance – le professionnel de santé est donc payé sur le champ sans avoir à batailler avec la complémentaire. Nous avançons immédiatement à l'adhérent la somme correspondante et ne le débitons de cette avance qu'une fois qu'il a été remboursé par la sécurité sociale.

Nous pourrions également évoquer notre approche différente sur le sujet de la Prévention. Nous sommes convaincus qu'une complémentaire santé à une grande responsabilité pour permettre aux soignants de prévenir les maladies, plutôt que de les guérir. C'est pourquoi, toutes nos offres incluent des consultations de prévention

“  
*Le seul responsable du soin est – et doit être – celui qui le produit et non celui qui le finance*  
”  
Benjamin Bajer

chez les médecins, prises en charge à hauteur de 40€ par la complémentaire (et sans participation de la Sécurité sociale). Pour nous, ce sont les praticiens qui sont les mieux placés pour prodiguer des conseils préventifs adaptés au terrain de chacun de leurs patients. Le rôle de la complémentaire n'étant que de financer ces soins. Dans notre cas, nous aidons les médecins qui le souhaitent à l'aide de fiches de prévention abordant une quarantaine de thématiques, afin de mieux informer leurs patients.

“

**Nous ne prétendons pas offrir le tarif le moins élevé, mais offrir le maximum de remboursement pour un tarif donné**  
**Renaud Pellet**

”

Est-ce que du coup vos tarifs ne sont pas sensiblement plus élevés que le reste du marché de la complémentaire ?

**Benjamin Bajer :** L'idée n'est pas de financer des dépassements illimités, mais au lieu d'imposer une logique financière, de partir du terrain et de se demander : combien coûte un soin de qualité ? Et de façonner les contrats à partir de là. Nous avons donc essayé de construire une offre raisonnable et de ne pas trop sortir des prix du marché en essayant de ne retenir que l'indispensable. C'est ainsi que nos premiers forfaits ne retenaient pas les médecines parallèles qui sont un plus commercial mais dont le service médical rendu est parfois discutable. Mais aujourd'hui, en matière de complémentaire santé, il faut bien voir que la plupart des gens – même s'ils n'en ont pas conscience, étant inondés de publicité – se trouvent en situation de sous-assurance, avec des remboursements qui ne peuvent être qu'en deçà du coût de la pratique. Il faut que les gens réalisent qu'avec 300 euros de remboursement, ils ne peuvent pas être assurés pour une audioprothèse.

**Renaud Pellet :** Nous ne prétendons pas offrir le tarif le moins élevé, mais offrir le maximum de remboursement pour un tarif donné. Aujourd'hui, beaucoup de complémentaires proposent des produits de piètre qualité sur lesquels elles communiquent à outrance – par de la publicité, en finançant des régates ou des stades de foot. Notre pari est inverse : ne faire aucune publicité et limiter au maximum les frais de distribution et de gestion pour réinjecter au maximum dans les remboursements les sommes perçues au titre des cotisations. Notre objectif est de rembourser le patient au juste coût de la pratique et de faire disparaître le reste à charge.

Pour des prothèses auditives par exemple, un adhérent qui a souscrit l'option optique et audioprothèse peut être remboursé par oreille jusqu'à 1200 euros en sus du remboursement de base du ticket



Renaud Pellet

modérateur\*. En revanche, pour éviter des effets d'aubaine, avec des gens qui n'adhérent pas qu'en perspective de s'équiper d'audioprothèses, nous avons mis en place un système de plafond qui évolue dans le temps : le plafond de 1200 euros que je viens d'évoquer n'est acquis qu'après quatre ans de souscription.

Parmi les facteurs limitants nos frais de gestion, il y a le fait que nous n'avons pas de réseaux de soins, auxquels nous sommes philosophiquement opposés puisque leur principe est que des financiers imposent une façon de travailler à des professionnels de santé.

Est-ce que précisément La Médecine libre n'est pas l'aboutissement de la logique d'américanisation en cours, vouée à déboucher sur un système à deux vitesses avec une couverture à faible coût et faible qualité d'un côté, dans le cadre des réseaux de soins, et une couverture de haute qualité à coût plus élevé de l'autre ?

**Benjamin Bajer :** C'est une vraie question. L'histoire le dira. Nous ne nous sommes pas constitués contre les réseaux de soins. En 2012, ils n'étaient pas aussi installés qu'ils le sont aujourd'hui, et en tant que médecins, nous pensions n'être pas concernés. Ce qui est évident, c'est que la santé, les soins en général, ne sont pas centrés sur un produit sur lequel on peut réaliser des économies d'échelle, mais sur du temps que l'on consacre au patient. On ne peut

pas aller plus vite et préserver la qualité. Il y a un juste coût du soin, et il se trouve au-delà de ce qui est prôné par la Mutualité française et les assureurs dont la médecine n'est pas le métier.

**Renaud Pellet :** En revanche, la Médecine Libre a été créée pour justement lutter contre une médecine à deux vitesses et donner accès au plus grand nombre à des soins de qualité. Cela est rendu possible en pérennisant la liberté de choix du patient, et en rognant sur les frais des assureurs et distributeurs pour sanctuariser l'argent des primes d'assurance dans les remboursements des soins.

Parmi les arguments qui ont amené les difficultés actuelles dans le secteur de la santé, il y a aussi que certains professionnels – en optique, mais aussi en chirurgie – ont facturé pour un patient donné le maximum de ce qui était remboursé par sa complémentaire. Comment répondez-vous à ces comportements ?

**Benjamin Bajer :** Il est certain qu'il y a eu des comportements consistant à prendre le maximum et à envoyer les patients les moins couverts se faire soigner ailleurs, mais je crois que c'est très minoritaire. Il y a surtout eu une dérive consistant à vouloir soigner le mieux possible le maximum de gens possible alors que tous ne sont pas assurés au même niveau. Le calcul était que si le praticien soignait le mieux possible quelqu'un qui n'était pas assuré pour cette qualité de soins, il pouvait équilibrer ensuite avec quelqu'un qui était lui bien mieux couvert. Le problème est que l'écart

de couverture entre les assurés est devenu énorme et on en est arrivé à de véritables hold-up où le praticien facturait dix fois le prix habituel une fois dans l'année pour fournir des soins de qualité identique à ses autres patients qui eux, avaient sous-payé leurs soins.

Pour éviter cela, comme courtier, nous allons essayer de resserrer l'intervalle dans lequel les gens sont assurés autour d'un montant réaliste par rapport au coût de la pratique. Mais nous n'y arriverons pas seuls dans le contexte de sous-assurance que j'évoquais précédemment.

**Renaud Pellet :** C'est vrai qu'il y a eu des excès. Mais nous, nous faisons le choix de faire confiance aux professionnels de santé. La situation de ces derniers s'est beaucoup dégradée ces dernières années. Chez les opticiens, qui se constituent aujourd'hui en associations pour discuter de l'évolution de leur métier, les appels à la responsabilité se multiplient. Notre message est très simple : si les professionnels de santé tuent La Médecine libre, il ne leur restera plus que les réseaux de soins...

Où en est aujourd'hui La Médecine libre dans son développement ?

**Renaud Pellet :** Les premiers contrats ont été lancés en 2014. Nous avons une équipe de 4 personnes, et nous sommes actuellement financés par les actionnaires avec l'objectif de parvenir rapidement à l'équilibre. Nous fédérons des adhérents, et dans l'immédiat, si nous acceptons bien sûr tout le monde, nous avançons en terrain connu, en nous adressant en priorité aux

professionnels de santé. Nous comptons beaucoup sur le bouche à oreille – un médecin satisfait pouvant nous recommander à son patient – et fournissons sur Internet un gros travail de pédagogie sur ce que sont les complémentaires et les réseaux de soins.

Nous proposons des contrats pour tous les publics – pour les libéraux, bien sûr, avec des contrats Madelins, pour les particuliers et pour les entreprises. Cela veut dire qu'un opticien qui a dix salariés peut, dans le cadre de l'ANI, nous retenir comme complémentaire pour ses salariés. Nous couvrons actuellement 1500 adhérents individuels et 700 entreprises – pour un total assuré d'environ 3000 personnes.

Aujourd'hui, les frais de distribution représentent 5 à 7 % des cotisations, et les frais de gestion, 15 %. Nous espérons faire mieux avec plus de volume.

**Benjamin Bajer :** Nous avons envie de faire des choses, mais avons aussi conscience de n'être que le battement d'une aile de papillon...

Vous percevez un soutien de la part des professionnels de santé ?

**Renaud Pellet :** Cela commence. Mais il y a quand même des paradoxes. Le Conseil constitutionnel a retoqué les « clauses de désignation » par lesquelles une branche professionnelle pouvait désigner une complémentaire santé pour tous les salariés de la branche, mais il reste la possibilité d'une clause de recommandation – ce qui n'empêche pas les complémentaires « recommandées » de distribuer leurs contrats avec de façon très agressive, comme si la souscription était obligatoire, mais passons. Pour en revenir à votre question, il y a quand même un paradoxe à voir certaines branches de professionnels de santé aujourd'hui menacés et fragilisés par le développement des réseaux de soins, lancer, en perspective de leur clause de recommandation, des appels d'offre dans lesquels ils demandent aux complémentaires : « avez-vous un réseau de soins ? »... Lorsque j'en parle, on me répond « on ne savait pas » ou « on n'avait pas le choix » ou « on ne voulait pas que l'appel d'offre soit illégal ». C'est dommage et cela montre qu'il y a encore un gros travail d'information à fournir pour venir à bout des contre-vérités qui entourent complémentaires et réseaux de soins.

\* en audioprothèse, 79 euros

“

**L'idée n'est pas de financer des dépassements illimités, mais de partir du terrain et de se demander : combien coûte un soin de qualité ?**  
**Benjamin Bajer**

”