



N° 3158

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUATORZIÈME LÉGISLATURE

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 21 octobre 2015.

## PROPOSITION DE LOI

*visant à garantir le **droit du citoyen à la liberté de choix des professionnels de soins et la qualité des prestations de santé,***

(Renvoyée à la commission des affaires sociales, à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement)

présentée par Mesdames et Messieurs

Daniel FASQUELLE, Isabelle LE CALLENNEC, Éric WOERTH, Philippe BRIAND, Georges FENECH, Marc LE FUR, Éric STRAUMANN, Alain MARSAUD, Jean-Charles TAUGOURDEAU, Jacques LAMBLIN, Marie-Jo ZIMMERMANN, Véronique LOUWAGIE, Lionnel LUCA, Nicolas DHUICQ, Lucien DEGAUCHY, Bernard DEFLESSELLES, Franck RIESTER, Bernard PERRUT, Jean-Claude MATHIS, Jean-Claude GUIBAL, Dominique DORD, Jacques PÉLISSARD, Jean-Pierre DOOR, Jean-Frédéric POISSON, Marc-Philippe DAUBRESSE, Claude GOASGUEN, Axel PONIATOWSKI, Jean-Claude BOUCHET, Patrick HETZEL, Alain MOYNE-BRESSAND, Michel HEINRICH, Damien MESLOT, Damien ABAD, Laurent FURST, Julien AUBERT, Gérard MENUUEL, Bernard ACCOYER, Sylvain BERRIOS, Michel HERBILLON, Yannick MOREAU, Bernard BROCHAND, Alain MARLEIX, Annie GENEVARD, Jacques MYARD, Claude STURNI, Patrice VERCHÈRE, Jacques Alain BÉNISTI, Paul SALEN, Yves NICOLIN et Fernand SIRÉ,

Députés.

## EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS

Initiés dans les années 1990, les réseaux des soins conventionnés sont en plein développement, notamment mais pas exclusivement dans les secteurs de l'optique, du dentaire et de l'audioprothèse. Ces réseaux reposent sur des conventions avec les professionnels de santé concernés. Les opérateurs de ces réseaux contractent périodiquement avec ces derniers pour diminuer les coûts des prestations en contrepartie d'un apport de clientèle : c'est un accord prix-volume-qualité. Les huit principaux réseaux cumulent aujourd'hui trente-huit millions d'assurés et associent en moyenne 13 % des opticiens, 9 % des dentistes et 41 % des audioprothésistes. Les assurés doivent consulter des professionnels de santé affiliés à leur réseau pour bénéficier du taux de remboursement garanti par leur contrat. Les réseaux sont portés par des plateformes commerciales au sein desquelles se regroupent plusieurs organismes complémentaires. Le modèle économique, purement financier, consiste en un système d'abonnement annuel payé par les complémentaires santé (et donc les assurés) en fonction des services utilisés. Ces réseaux reposent sur le modèle du « *managed care* » américain et de la volonté des organismes d'assurance privés de devenir des acheteurs de soins, négociant des conditions tarifaires avantageuses pour leurs assurés.

Malgré le développement de ces réseaux dont le but était de limiter les restes à charge financiers pour les assurés sociaux, la France présente, selon l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), un taux de renoncement aux soins pour des raisons financières de 15,4 % de la population ; elle est le deuxième pays européen au taux de renoncement le plus élevé, principalement pour les soins d'optique et dentaire. Incontestablement, cette technique de gestion du risque santé que représente le réseau de soins conventionné n'a pas permis de résorber l'accès aux soins dans les secteurs où elle est en place depuis près de deux décennies. Elle n'a pas non plus permis de limiter la hausse des primes ou cotisations des contrats de complémentaires santé qui n'ont cessé de croître chaque année depuis les années 2000. L'expérience américaine, où les réseaux sont en place depuis les années 30 a largement démontré que les réseaux (*Health Maintenance Organizations* (HMO) et *Preferred Provider Organization* (PPO) dans le système américain) conduisent à une forte hausse des coûts de gestion du financement et à terme des dépenses de santé. En concentrant la gestion du risque uniquement sur les soins, le modèle américain a démontré les limites du modèle avec un état sanitaire

de la population parmi les plus dégradés des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). En confiant la gouvernance de l'offre de soins aux organismes d'assurance privés, près de cinquante millions d'Américains se sont retrouvés dans les années 2000 sans aucune couverture santé et l'accès aux soins est largement dépendant de la capacité financière de l'assuré.

En France, les réseaux de soins affaiblissent des principes fondamentaux de notre système de santé. Ils rentrent en conflit avec un des grands principes de la couverture santé telle que définie et pratiquée en France depuis l'instauration de la Sécurité sociale à la Libération et rappelée dans le code de la santé publique qui prévoit que : « le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire » (art. L. 1110-8). Le libre choix du praticien est donc un droit prévu par la loi, qui s'impose aux normes règlementaires et déontologiques. Pourtant, en pratiquant des remboursements différenciés, les réseaux de soins vont à l'encontre même de ce principe en orientant avec une incitation financière forte les assurés vers les professionnels conventionnés. On fait des patients une « clientèle captive » de certains professionnels de santé, entraînant une certaine marchandisation du soin.

L'instauration des réseaux de soins conventionnés instaure de fait une médecine à deux vitesses : la médecine des réseaux et la médecine hors réseau. Le maintien de la même qualité de soins dans les réseaux est impossible à plusieurs titres. La seule variable cardinale des réseaux est en réalité le prix. Les plateformes commerciales n'ont ni les ressources humaines, ni les compétences médicales pour établir et même contrôler la qualité de la prise en charge. La lourdeur et la périodicité des appels d'offres lancés auprès des professionnels de santé sont des freins à la prise en compte permanente de l'innovation dans les réseaux.

Les modalités de fonctionnement des réseaux vont à l'encontre de l'indépendance professionnelle des professionnels de santé. En lui garantissant un volume de patients, le réseau est défavorable à la recherche permanente du professionnel de santé d'améliorer la qualité de son service et d'optimiser la satisfaction de ses patients. C'est aussi un frein à la liberté entrepreneuriale dans le cadre de l'exercice libéral puisque le professionnel de santé qui n'est pas dans un réseau peut à terme souffrir d'un manque de patients.

En conclusion, les réseaux de soins conventionnés entraînant des remboursements différenciés entre les assurés affaiblissent des principes fondamentaux de notre système de santé, dont la liberté de choix des patients et l'indépendance professionnelle des professionnels de santé. Ils représentent une technique de gestion du risque qui institutionnalise une médecine à deux vitesses, contraire aux valeurs de la République. La présente proposition de loi propose donc de prohiber les remboursements différenciés pour revenir au principe fondamental de la liberté de choix.

## PROPOSITION DE LOI

### Article 1<sup>er</sup>

Après le mot : « intéressés », la fin du troisième alinéa de l'article L. 112-1 du code de la mutualité dans sa rédaction issue de la loi n° 2014-57 du 27 janvier 2014, est supprimée.

### Article 2

- ① L'article L. 1110-8 du code de la santé publique est ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1110-8.* – Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire.
- ③ « Il est interdit à tout système d'assurance santé exerçant auprès d'affiliés à l'assurance maladie obligatoire, tels que les compagnies d'assurances, les mutuelles, les organismes de prévoyance ou les organismes de sécurité sociale, de pratiquer ou de proposer des remboursements différenciés pour un soin, une prestation ou un dispositif identique. »

### Article 3

- ① Après le deuxième alinéa de l'article L. 863-8 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Il est interdit à ces conventions de proposer des remboursements différenciés pour un soin, une prestation ou un dispositif qui seraient justifiés par la non-adhésion des professionnels de santé, des établissements de santé ou des services de santé auxdites conventions. »





