



# ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

## assurance complémentaire

Question écrite n° 86453

### Texte de la question

M. Michel Hunault interroge Mme la ministre de la santé et des sports sur la filière optique française et l'ingérence des OCAM qui ont mis en place des plateformes de gestion visant à générer des partenariats avec des professionnels de santé selon un cahier des charge très strict en termes qualitatifs et quantitatifs. Pour les opticiens non partenaires, cela les prive de la possibilité de proposer le tiers payant aux assurés de ces réseaux. Ce dispositif prive en outre le consommateur de son libre choix du professionnel, dans la mesure où il sera moins bien remboursé s'il consulte un opticien non partenaire. Il lui demande si elle peut se prononcer et favoriser, d'une part, la négociation d'une convention tripartite opposable à tous et, d'autre part, l'introduction souhaitable de l'UNOCAM dans la négociation des conventions comme cela est d'ailleurs prévu dans les décrets d'application de la loi de financement de la sécurité sociale.

### Texte de la réponse

Les réseaux de soins, mutualistes ou non, ont été conçus dans un double objectif : d'une part, de modérer les tarifs des prestations de santé, notamment dans des secteurs où la prise en charge par l'assurance maladie reste faible (optique et dentaire) ; d'autre part, de lutter contre le renoncement aux soins en modérant les tarifs et ainsi rétablir l'égalité dans l'accès à certaines prestations de santé. Par un arrêt du 18 mars 2010, la Cour de cassation a jugé contraire à la loi la pratique du remboursement bonifié d'un adhérent fréquentant un réseau de soins, du fait de l'insuffisance de base légale. En effet, l'article L. 112-1 du code de la mutualité définit restrictivement les critères possibles de modulation des remboursements. Or, dans sa rédaction actuelle, le code n'autorise pas une modulation du remboursement en fonction de la consultation d'un praticien adhérent à un réseau de soins, alors que les organismes d'assurance disposent de cette faculté en application du code des assurances. En tout état de cause, l'arrêt précité de la Cour de cassation ne remet pas en cause le principe même des réseaux de soins. S'il est vrai que les réseaux de soins constituent des marchés restreints, il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'un processus de contractualisation libre entre acteurs privés. Du reste, l'autorité de la concurrence a déjà pris position sur la question (avis 09-à-46 du 9 septembre 2009 relatif aux effets sur la concurrence du développement de réseaux de soins agréés). Elle retient que ces réseaux de soins ne sont pas contraires au droit de la concurrence dès lors que les parts de marché détenues par les membres du réseau de soins n'excèdent pas le seuil de 30 % du marché pertinent. Lorsque ce seuil est respecté, l'atteinte au principe de libre concurrence ne peut être caractérisée qu'en présence d'un effet substantiellement négatif sur celle-ci (réduction de l'accès aux marchés ou de la concurrence sur ceux-ci). Priver les mutuelles de cette capacité à contractualiser reviendrait à leur ôter un outil en matière de régulation des dépenses de santé. Plus généralement, remettre en cause le principe des réseaux de soins serait également un signal contradictoire à un moment où les complémentaires santé sont appelées à s'impliquer plus activement dans la gestion du risque. Une modification législative est donc nécessaire pour donner une base juridique aux pratiques des mutuelles. Un amendement, déposé par le député Yves Bur, a été adopté en ce sens par l'Assemblée nationale en première lecture lors de l'examen de la proposition de loi modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. En deuxième

lecture à l'Assemblée nationale, le Gouvernement avait également institué un encadrement des règles auxquelles doivent obéir tout conventionnement, quel que soit l'organisme assureur concerné, en renvoyant à un décret la mise en oeuvre des principes de transparence, d'égal accès aux soins et de qualité des pratiques et des produits. Cet article a cependant été déclaré non conforme à la Constitution par le Conseil constitutionnel qui a considéré que cet amendement était étranger à l'objet de la loi dans laquelle il s'insérait.

## Données clés

**Auteur :** [M. Michel Hunault](#)

**Circonscription :** Loire-Atlantique (6<sup>e</sup> circonscription) - Nouveau Centre

**Type de question :** Question écrite

**Numéro de la question :** 86453

**Rubrique :** Assurance maladie maternité : généralités

**Ministère interrogé :** Santé et sports

**Ministère attributaire :** Travail, emploi et santé

## Date(s) clé(s)

**Question publiée le :** 17 août 2010, page 8992

**Réponse publiée le :** 25 octobre 2011, page 11400