



ASSEMBLÉE NATIONALE

14ème législature

mutuelles

Question écrite n° 13688

Texte de la question

M. Michel Sordi attire l'attention de Mme la ministre des affaires sociales et de la santé sur les évolutions à venir concernant le secteur de l'optique en France. Dans le but de permettre au plus grand nombre de nos concitoyens d'accéder à un niveau de soin optimal, tout en maîtrisant les dépenses de la CPAM et des OCAM, le Gouvernement semble s'orienter vers des solutions dont les effets néfastes sur l'économie du pays risquent d'être notables. En effet, il est question de faire évoluer les réglementations et lois dans le sens désiré par les OCAM à savoir : permettre le développement des réseaux fermés d'opticiens et autres professionnels de santé et permettre le remboursement différencié selon que l'adhérent s'orientera dans ou hors de ces réseaux, actions actuellement contraires aux réglementations du Code de la Mutualité. L'équilibre financier de nombreux magasins d'optique s'en trouverait ainsi compromis avec à la clef des fermetures de points de vente et une augmentation du nombre de demandeurs d'emplois. Dans des régions moins desservies en offre, cela obligerait nos concitoyens à faire plusieurs dizaines de kilomètres pour se rendre chez l'opticien sélectionné arbitrairement alors qu'ils en ont un plus proche mais non agréé. Les appels d'offre périodique de ces réseaux risquant de générer une modification régulière de la liste des opticiens y participant, nuiraient au suivi des bénéficiaires qui souhaitent conserver un professionnel de santé régulier. Des études sérieuses montrent que la libre concurrence actuellement en place a permis, depuis plus de dix ans, une baisse des prix des fournitures, à qualité équivalente, alors que l'offre qualitative était en constante amélioration. Aussi, il souhaiterait savoir ce que le Gouvernement envisage pour préserver les intérêts de ce secteur et la santé de nos concitoyens.

Texte de la réponse

La proposition de loi n° 296 déposée à l'assemblée nationale le 17 octobre 2012 vise à placer les mutuelles dans une situation identique à celle des autres complémentaires, en leur permettant de sécuriser le fonctionnement de leurs réseaux de soins. Les compagnies d'assurance et les institutions de prévoyance ont toujours pu conventionner sans restriction mais le code de la mutualité comprend des dispositions spécifiques qui restreignent la possibilité, pour les mutuelles, de mettre en place de tels réseaux. Ces dispositions ne leur permettent pas de proposer des contrats de complémentaire santé intégrant des dispositions relatives aux réseaux, contrairement à la possibilité ouverte aux sociétés d'assurances et aux institutions de prévoyance. Une décision de la Cour de Cassation de 2010 a précisé cette interdiction faite aux mutuelles. Cette proposition de loi a donc pour objet de placer l'ensemble des complémentaires santé dans une situation identique. L'examen de cette proposition de loi en première lecture à l'Assemblée nationale le 28 novembre 2012 a précisé le texte initial et a instauré un encadrement de l'ensemble des réseaux de soins. Pour répondre aux inquiétudes exprimées à l'égard de ces réseaux, elle a instauré un cadre juridique commun à l'ensemble des conventionnements mis en place par les organismes complémentaires, quelle que soit leur nature juridique. L'article 2 de la proposition de loi introduit un ensemble de garanties pour les patients et les professionnels de santé. La mise en oeuvre de réseaux, dans le cadre des contrats de complémentaire santé, devra respecter les principes suivants : le libre choix de son professionnel de santé par le patient ; la mise en oeuvre des conventionnements sur la base de critères objectifs, transparents et non discriminatoires ; l'interdiction de critères d'exclusivité ; une information

suffisante du patient, aussi bien avant qu'après la conclusion du contrat de complémentaire santé, sur le réseau et sur son impact sur les droits de l'adhérent. L'article 2 interdit également la mise en oeuvre de réseaux portant sur les tarifs des médecins libéraux, les tarifs de l'activité de soins des médecins ne pouvant relever de négociations individuelles avec les complémentaires santé mais relevant de négociations nationales dans le cadre de la convention passée entre l'assurance maladie et les syndicats représentatifs. Enfin, l'article 3 prévoit d'accroître la transparence et l'information du parlement, en prévoyant la remise d'un rapport sur ces réseaux de soins.

Données clés

Auteur : [M. Michel Sordi](#)

Circonscription : Haut-Rhin (4^e circonscription) - Les Républicains

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 13688

Rubrique : Économie sociale

Ministère interrogé : Affaires sociales et santé

Ministère attributaire : Affaires sociales et santé

Date(s) clé(s)

Question publiée au JO le : [18 décembre 2012](#), page 7433

Réponse publiée au JO le : [19 février 2013](#), page 1823