



# ASSEMBLÉE NATIONALE

14ème législature

mutuelles

Question écrite n° 24634

## Texte de la question

M. François Vannson 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 loi du 27 janvier 2014 relative aux modalités de mise en oeuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, établissements et services de santé, qui résulte d'une proposition de loi déposée par le député Bruno Le Roux au nom des membres du groupe socialiste, républicain et citoyen, poursuit une triple ambition. Il s'agit en premier lieu de favoriser une régulation des coûts de santé en vue de maîtriser les restes à charge pour les ménages et le montant des cotisations des complémentaires santé, évitant ainsi des démutualisations. En second lieu, ce dispositif a pour objectif d'améliorer la qualité de l'offre à travers les engagements pris par les professionnels de santé au sein des réseaux ainsi constitués. Enfin, il vise à permettre aux mutuelles de disposer des outils identiques à ceux offerts aux autres opérateurs. Dans le cadre des principes de la loi du 27 janvier 2014 relative aux modalités de mise en oeuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, établissements et services de santé aux objectifs ainsi fixés, le Gouvernement a jugé nécessaire que les réseaux de soins soient encadrés. A cet égard, le texte final de cette loi met en oeuvre de manière immédiate un encadrement effectif des réseaux de soins, valable pour l'ensemble des organismes complémentaires, qu'il s'agisse des mutuelles ou des autres organismes assureurs. En effet, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance avaient déjà la possibilité d'utiliser ce mécanisme qui permet de renforcer la régulation et donc de réduire le reste à charge des adhérents. Le dernier alinéa de l'article L. 863-8-I du code de la sécurité sociale, qui encadre ainsi les conventions conclues entre les organismes de protection

sociale complémentaire et les professionnels, les services et les établissements de santé, précise que « ces conventions ne peuvent comprendre aucune stipulation portant atteinte au droit fondamental de chaque patient au libre choix du professionnel, de l'établissement ou du service de santé et aux principes d'égalité et de proximité dans l'accès aux soins ». L'article 2 impose également que les réseaux respectent certains principes : le libre choix du professionnel de santé, l'adhésion des professionnels de santé selon des critères transparents et non discriminatoires et une information suffisante des assurés. Il convient également de rappeler que les professionnels de santé, et notamment les opticiens, resteront libres d'adhérer ou non aux réseaux de soins. L'article 2 interdit également toute clause d'exclusivité. Par ailleurs, s'agissant de la possibilité offerte de réseaux fermés en matière d'optique, le conseil constitutionnel a jugé qu'une telle disposition ne portait pas atteinte à la liberté des opticiens-lunetiers d'exercer leur profession. Comme l'a encore relevé l'autorité de la concurrence, la limitation du nombre de professionnels référencés par les organismes complémentaires d'assurance maladie est de nature à permettre une modération des coûts contre la perspective de recevoir un nombre significatif d'assurés. En l'absence d'un tel dispositif, sur un marché connaissant un nombre toujours croissant de professionnels, marqué par une asymétrie d'information entre professionnels et assurés sur le coût et la qualité des équipements proposés, l'efficacité d'un réseau conventionné est moins importante. Les données disponibles sur les réseaux existant en matière d'optique montrent que les réseaux fermés permettent de baisser les prix de 30 à 40%, ce qui permet de limiter le montant restant à la charge directe des assurés. Enfin, s'agissant des conséquences de ces dispositions, l'article 3 prévoit la remise d'un rapport annuel, pendant une période de trois ans, portant sur le bilan des conventions souscrites et notamment sur les garanties et prestations qu'elles comportent et leur bénéfice pour les patients, notamment en termes de reste à charge et d'accès aux soins, et leur impact sur les tarifs et prix négociés avec les professionnels, établissements et services de santé. Les dispositions de cette loi s'inscrivent donc pleinement dans l'objectif de généralisation, à l'horizon 2017, de l'accès à une couverture complémentaire santé de qualité, annoncé par le Président de la République dans son discours au Congrès de la mutualité en octobre 2012.

## Données clés

**Auteur :** [M. François Vannson](#)

**Circonscription :** Vosges (3<sup>e</sup> circonscription) - Les Républicains

**Type de question :** Question écrite

**Numéro de la question :** 24634

**Rubrique :** Économie sociale

**Ministère interrogé :** Affaires sociales et santé

**Ministère attributaire :** Affaires sociales, santé et droits des femmes

## Date(s) clé(s)

**Question publiée au JO le :** [23 avril 2013](#), page 4287

**Réponse publiée au JO le :** [18 août 2015](#), page 6297