



Inspection générale des affaires sociales

Les réseaux de soins

RAPPORT

Établi par

Nicolas DURAND

Dr Julien EMMANUELLI

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Avec la contribution de Laura MUNOZ, stagiaire

- Juin 2017 -

2016-107R

SYNTHESE

Apparus dans les années 90, les réseaux de soins occupent une place importante dans les secteurs de l'optique et des audioprothèses et, plus modeste, dans celui du dentaire

[1] Aux termes de la loi du 27 janvier 2014 (loi « Le Roux »), les réseaux de soins reposent sur des conventions conclues entre des organismes d'assurance maladie complémentaire (directement ou par l'intermédiaire d'un tiers) et des professionnels ou des établissements de santé. Schématiquement, les professionnels de santé s'engagent contractuellement à respecter des tarifs plafonds pour une liste de produits/prestations donnée, avec des garanties de qualité ou de service associées. En contrepartie, ils peuvent pratiquer le tiers payant et leurs coordonnées sont communiquées aux assurés qui peuvent, éventuellement, bénéficier d'un remboursement complémentaire bonifié s'ils recourent à ces professionnels. Ces dispositifs sont apparus dans les années 90 mais n'ont véritablement pris leur essor qu'au milieu des années 2000, avec la création des « plateformes de gestion » qui gèrent des réseaux de soins pour le compte d'organismes complémentaires : CarteBlanche, Istya, Itelis, Kalivia, Santéclair et Sévéane.

[2] Il existe une très grande variété de réseaux de soins (au sens large): depuis les concentrateurs de tiers payant jusqu'aux « plateformes de gestion » en passant par des réseaux constitués directement par des organismes complémentaires (« réseaux directs »). Ces derniers sont très nombreux et parfois anciens. Toutefois, ils semblent avoir peu d'impact sur les prix, les produits et les pratiques professionnelles. Ce rapport n'en traite donc pas et ne s'intéresse pas non plus aux concentrateurs de tiers payant.

[3] Les six plateformes de gestion sont, à une exception, des sociétés anonymes constituées par des organismes complémentaires. Elles gèrent des réseaux de soins de grande taille (plusieurs milliers de professionnels de santé) auxquels des millions d'assurés peuvent avoir accès (45 M en 2016, soit les trois quarts des personnes disposant d'une complémentaire santé). Toutes ces plateformes recourent à des systèmes d'information qui permettent un traitement automatique et dématérialisé des échanges avec les professionnels de santé (devis, prise en charge, suivi du paiement...). Gérés sur un mode quasi « industriel », ces échanges d'information constituent le point névralgique des plateformes et leur principal atout.

[4] C'est dans l'optique que les réseaux de soins gérés par ces plateformes sont les plus développés. Chacun d'entre eux couvre plusieurs milliers de points de vente (environ 3000 pour les réseaux « fermés » à numerus clausus et jusqu'à 8000 pour les réseaux « ouverts », soit les deux tiers des opticiens) pour, au total, une part de marché d'environ un tiers, en croissance rapide (chiffre d'affaires en augmentation de +11 % entre 2015 et 2016). Si l'on considère le nombre de personnes pouvant y accéder (et ayant acheté un équipement d'optique), cela équivaut à un taux de recours à ces réseaux d'environ 60 %. Dans ce secteur, l'encadrement des produits et des pratiques est très avancé (grilles tarifaires très élaborées, contrôles fréquents...).

[5] A l'inverse, les réseaux dentaires gérés par ces plateformes sont peu développés. Le nombre de praticiens est relativement faible (moins de 6000 pour le plus étendu, soit 14 % du total des chirurgiens-dentistes) et le nombre d'actes proposés est limité. Dans la plupart des cas, la grille tarifaire est succincte, les contraintes d'exercice minimales et les contrôles inexistantes ; faute de système d'information. Enfin, la pression tarifaire est relativement modérée.

[6] Les réseaux d'audioprothésistes sont dans une situation intermédiaire. Ils se développent rapidement, certaines plateformes couvrant désormais 80 % des points de vente. Le poids de ces réseaux sur le marché de l'audioprothèse atteignait 20 % en 2015, en croissance soutenue. Le taux de recours au réseau s'établissait autour de 30 % en 2015 mais approcherait des 50 % en 2016. Du

point de vue des pratiques professionnelles, les cahiers des charges imposés par les plateformes restent très souples et les contrôles quasiment inexistantes. A une exception près, la pression tarifaire est modérée. Cette relative neutralité des réseaux est cependant en train de s'estomper : plusieurs plateformes ont annoncé ou entrepris la refonte de leur réseau, avec un durcissement du cahier des charges et des grilles tarifaires.

Répondant à un besoin réel d'accès aux soins, les réseaux se sont développés dans un cadre essentiellement concurrentiel

[7] Les secteurs de l'optique, des aides auditives et du dentaire se caractérisent par des prix élevés, de faibles remboursements de la part de l'assurance maladie obligatoire et, au final, des renoncements aux soins importants. Dans ces trois domaines, les pratiques et la qualité des soins (ou des produits) font l'objet d'un encadrement et d'un contrôle très limités ; qu'il s'agisse de l'assurance maladie, des ARS ou des services de la DGCCRF.

[8] Fort du rôle prépondérant qu'ils assument dans le financement des soins optiques, dentaires et auditifs, les organismes complémentaires voient dans les réseaux de soins un des leviers de la « gestion du risque » qu'ils entendent mettre en œuvre pour passer du statut de payeur aveugle à celui de régulateur responsable. Les réseaux de soins constituent également un élément de la restructuration en cours du secteur de la complémentaire santé et un argument de différenciation dans la concurrence très vive que se livrent mutuelles, assureurs et instituts de prévoyance.

[9] Outre le fait qu'ils répondent à un besoin réel (des patients/assurés et des organismes complémentaires), les réseaux de soins doivent leur essor à un cadre juridique très sommaire, constitué principalement par le droit de la concurrence dont l'Autorité de la concurrence a donné, depuis 2009, une interprétation favorable aux plateformes de gestion. Selon cette jurisprudence, les réseaux de soins auraient un effet «pro-concurrentiel » qui profiterait aux consommateurs en leur garantissant des prix avantageux et une lisibilité accrue de l'offre.

[10] Faute de textes d'application, la loi n°2014-57 du 27 janvier 2014 (dite « Loi Le Roux »), qui constitue le cadre légal des réseaux de soins du point de vue sanitaire, comporte des dispositions trop générales pour avoir une réelle portée (liberté de choix des patients, égalité d'accès aux soins...). De même, les principes déontologiques qui régissent la profession de chirurgien-dentiste ne s'appliquent pas directement aux réseaux de soins, ce qui les prémunit contre les recours pour publicité abusive ou détournement de clientèle.

[11] A défaut de cadre juridique mais aussi de réclamations ou d'alertes, les réseaux de soins échappent à tout contrôle de la part des autorités sanitaires, au plan national comme local. Pourtant, ces réseaux opèrent une véritable régulation des parcours de santé : référencement et tarification des produits et des soins, orientation des patients vers des professionnels de santé sélectionnés, contrôle de qualité des produits et des pratiques.... De plus, ils interviennent dans la délivrance d'actes médicaux ou paramédicaux qui comportent, pour certains, des risques sanitaires. Ce désengagement des autorités sanitaires n'est cependant pas propre aux réseaux mais concerne les secteurs optique, auditif et dentaire de façon générale.

[12] Le dispositif de régulation est d'autant plus déséquilibré que la relation contractuelle entre les plateformes et les professionnels de santé est elle-même déséquilibrée. En plus d'être conclues sans aucune négociation (contrats d'adhésion), ces conventions comportent une très forte asymétrie des droits et obligations réciproques : pouvoirs unilatéraux de sanction et de modification accordés aux réseaux, responsabilités presque entièrement à la charge des professionnels de santé, faibles contreparties de la part des plateformes au regard des engagements pris par les professionnels...

[13] Malgré cela, les réseaux de soins rassemblent des milliers de professionnels de santé. Ce succès tient à la vive concurrence qui règne dans ces secteurs, notamment dans celui de l'optique. Appartenir à un réseau ne procure pas toujours un avantage commercial mais constitue souvent une condition de survie. Dans ces conditions, et à l'exception notable du secteur dentaire, les contre-pouvoirs peinent à s'affirmer, laissant le champ libre aux plateformes de gestion.

Impact des réseaux de soins sur la qualité, les prix, les dépenses de santé et l'accès aux soins

[14] Sur de nombreux points, faute de données suffisantes, la mission ne peut que souligner les enjeux et questions soulevées par les réseaux. Sur certains sujets, cependant, des constats peuvent être établis, les données collectées et celles produites par la mission étant suffisamment convergentes et significatives.

[15] Tel est le cas du prix des produits et des prestations, qui est au cœur de la stratégie des plateformes de gestion. Les résultats présentés par la mission sont à interpréter avec précaution. Ainsi, un écart de prix pour une catégorie de produits/prestations ne dit rien de la nature ni de la qualité du produit acheté. Il ne dit rien, non plus, sur les acheteurs (besoins, capacités financières, comportements...). Ils ne permettent donc pas d'en déduire un « impact » lié aux réseaux.

[16] Ces réserves étant posées, la mission constate un écart de prix notable – à la baisse - pour les soins ou les produits consommés via un réseau. Cette différence est particulièrement sensible en optique : environ -20 % pour des verres adultes, -10 % pour des montures, jusqu'à -37 % pour certaines références de verres... Dans le secteur des aides auditives, la différence de prix entre le réseau et le hors réseau est plus limitée même si elle reste significative (autour de - 10 %). Dans le secteur dentaire les écarts de prix semblent globalement plus modestes, avec cependant des différences importantes pour certaines plateformes.

[17] En fixant des prix plafonds, les réseaux de soins permettent d'éviter au patient/client des prix excessifs, voire abusifs. Les réseaux sont également un moyen efficace de lutte contre la fraude, à travers trois types de contrôles : un contrôle a priori qui permet de vérifier la conformité du produit avec la grille tarifaire fixée par la plateforme ; un contrôle a posteriori qui permet de vérifier la réalité de la vente ; des contrôles sur place, destinés à vérifier le respect du cahier des charges. Dans le secteur de l'optique, où ces contrôles sont les plus développés, les contrôles a posteriori sont peu fréquents rapportés au nombre de ventes (0,21 % des dossiers par an) mais ils ont un effet dissuasif car ils touchent plusieurs milliers d'opticiens par an.

[18] L'impact des réseaux de soins sur la qualité est plus difficile à apprécier, ce qui est d'ailleurs le cas de l'évaluation de la qualité en santé en général. L'essentiel du contrôle exercé par les plateformes porte sur les moyens de la qualité : sélection des professionnels, choix des dispositifs/produits et encadrement des pratiques... En optique et pour les aides auditives, ce contrôle passe principalement par le référencement des produits et le respect des grilles tarifaires.

[19] Dans le secteur dentaire, où la qualité joue un rôle crucial, les plateformes de gestion se bornent à faire appliquer les règles et recommandations générales : diplômes et titres, respect des règles d'hygiène et d'asepsie, traçabilité... Une plateforme impose cependant des contraintes supplémentaires à travers la supervision des nouveaux entrants. Dans ce secteur comme dans celui de l'optique et des audioprothèses, l'action des réseaux est entravée par l'absence de référentiels. Quant à la qualité finale, il est très difficile de porter un jugement sur l'impact des réseaux, faute d'indicateur fiable. La satisfaction des usagers, mise en avant par les plateformes, n'est souvent qu'une impression qui en dit assez peu sur la qualité objective des actes ou des produits.

[20] Au final, la mission n'est pas en mesure de faire la part, au sein des réseaux de soins dentaires, entre les pratiques de qualité et les autres. En revanche, elle relève que certaines plateformes ont admis avoir compté des centres Dentexia dans leur réseau dentaire. Par ailleurs, elle a constaté que presque tous les réseaux dentaires incluent des centres de santé considérés, du

fait de leur modèle économique, comme « à risques potentiels » par la récente mission IGAS consacrée aux centres de santé dentaires. Ces risques ne sont pas spécifiques aux réseaux de soins mais ils sont en décalage avec le discours tenu par certaines de ces plateformes sur les garanties offertes par leurs réseaux.

[21] Du point de vue de l'accès aux soins, les réseaux ont un effet globalement favorable : on constate un écart important de reste à charge en faveur des assurés qui recourent aux réseaux ; notamment en optique (-50 % environ). Cet écart est dû, pour l'essentiel, aux différences de prix mais aussi à l'amélioration du remboursement complémentaire. En revanche, l'impact des réseaux sur l'accès aux soins du point de vue géographique est plus incertain. Enfin, des éléments indiquent que loin de corriger les inégalités d'accès aux soins, les réseaux auraient plutôt tendance à les accentuer : les assurés qui bénéficient des meilleurs contrats complémentaires sont ceux qui ont le plus accès aux réseaux et aux prix préférentiels qu'ils offrent.

[22] Les réseaux de soins opèrent une forte restriction de la liberté de choix et de prescription. Elle est modérée pour les patients, la différenciation des taux de remboursement (principal levier dont disposent les organismes complémentaires) étant une pratique minoritaire. Pour les professionnels de santé, cette contrainte est nettement plus forte. Elle est d'abord financière et économique, les réseaux représentant souvent une part importante et croissante de leur chiffre d'affaires. Elle porte aussi – et surtout – sur les pratiques et le choix des produits que les réseaux encadrent très fortement, à travers des conventions dont l'économie générale pose question.

[23] Pour organiser et valider les prises en charge des assurés, les gestionnaires de réseaux colligent, traitent et conservent (parfois sur plusieurs années) une très grande quantité de données personnelles de nature administrative, financière et médicale. Or les pratiques constatées et l'analyse des conventions font apparaître une grande variabilité voire des écarts avec le droit, qu'il s'agisse du recueil du consentement des assurés/patients, de la conservation des données personnelles ou des responsabilités qui incombent aux plateformes.

[24] Enfin, la mission n'est pas en mesure d'apprécier l'impact des réseaux de soins sur les dépenses des organismes complémentaires ; faute de données. Des chiffres ont été transmis à la mission mais ils sont très partiels et contradictoires. Il en va de même pour les dépenses globales de santé. Il est en effet impossible, à ce jour, d'évaluer l'impact des réseaux de soins sur le taux de recours aux soins et de savoir dans quel mesure l'effet prix est contrebalancé par l'effet volume.

[25] **Mettre en place un dispositif de suivi et d'évaluation pérenne**

[26] Quel que soit leur devenir (il est probable que les plateformes continuent à se développer mais des incertitudes demeurent), les réseaux de soins ont acquis un tel poids qu'il est indispensable que le ministère de la Santé réinvestisse ce sujet, en commençant par mieux le connaître. Cette connaissance doit s'appuyer sur deux volets complémentaires :

[27] – un dispositif de recueil structuré de données permettant de mesurer le déploiement des réseaux de soins (organismes clients, bénéficiaires, professionnels de santé...) et leur activité (prix, parts de marché, caractéristiques des produits et prestations vendues...); ces données peuvent être collectées auprès des organismes complémentaires et des plateformes de gestion ;

[28] – des études permettant d'évaluer l'impact des réseaux de soins sur le système de santé, du point de vue de l'accès aux soins, de la qualité des soins et des dépenses de santé ; cela passe notamment par un appariement du SNIIRAM avec les bases de données des gestionnaires de réseaux qui permettra d'évaluer leur impact sur les prix et sur les volumes.

[29] Ces travaux, notamment le cahier des charges du dispositif de suivi, devront être menés en concertation avec l'ensemble des parties prenantes, dans le cadre du Système national des données de santé (SNDS).

SOMMAIRE

SYNTHESE	3
RAPPORT	13
1 Apparus dans les années 90, les réseaux de soins occupent désormais une place importante dans les secteurs de l’optique et de l’audioprothèse et, de façon plus modeste, dans celui du dentaire	17
1.1 Nés il y a une vingtaine d’années, les réseaux de soins se sont développés au début des années 2010 avec l’essor des « plateformes de gestion »	17
1.2 Une très grande diversité de réseaux de soins	18
1.3 Les plateformes de gestion, des prestataires de service gérant des réseaux de très grande taille grâce à des systèmes d’information « industrialisés »	20
1.3.1 Six plateformes de gestion gèrent des réseaux de soins de très grande taille, pour le compte d’organismes complémentaires	20
1.3.2 Ces plateformes s’appuient sur des compétences variées, des dispositifs de contrôles étoffés et des systèmes d’information puissants	24
1.4 Un poids important dans l’optique, croissant dans l’audition et marginal dans le secteur dentaire	25
1.4.1 L’optique, le secteur où le poids des réseaux de soins gérés par ces plateformes est le plus fort	26
1.4.2 Les réseaux dentaires sont peu développés	27
1.4.3 Le secteur de l’audition est investi de façon croissante par les plateformes	28
1.5 Quelles perspectives ?	29
2 Répondant à un besoin réel dans des secteurs peu investis par l’assurance maladie, les réseaux de soins se sont développés dans un cadre essentiellement concurrentiel	30
2.1 Les réseaux de soins, une réponse des organismes complémentaires aux problèmes d’accès aux soins et au manque de régulation publique	30
2.1.1 De forts restes à charges et des difficultés d’accès aux soins dans les secteurs optique, auditif et dentaire	30
2.1.2 Un faible encadrement des pratiques, de la qualité des soins et des produits	31
2.1.3 Les réseaux de soins sont considérés par les organismes complémentaires comme un levier de gestion du risque et de recomposition du régime complémentaire d’assurance maladie, au nom du « patient/consommateur »	33
2.2 Un cadre juridique limité au droit de la concurrence, dont les autorités donnent une interprétation très favorable aux réseaux	34
2.2.1 L’Autorité de la concurrence prend, de façon constante, position en faveur des réseaux de soins	34

2.2.2	La loi « Le Roux » contient peu de dispositions normatives et beaucoup de principes très généraux.....	35
2.2.3	Le code de déontologie ne s'applique pas directement aux réseaux de soins	37
2.3	Les réseaux opèrent une régulation de l'offre de soins, sans véritable contrôle ni contre-pouvoir	38
2.3.1	Les réseaux de soins ont une influence sur l'offre de soins, hors de tout contrôle sanitaire	38
2.3.2	Un fort déséquilibre de la relation contractuelle qui, concurrence oblige, n'empêche pas une adhésion massive aux réseaux.....	39
2.3.3	Des contre-pouvoirs qui peinent à s'affirmer.....	40
3	Impact des réseaux de soins sur la qualité, les prix, les dépenses de santé et l'accès aux soins : quelques certitudes et beaucoup de questions.....	41
3.1	Un écart de prix important entre le réseau et le hors-réseau, notamment en optique ...	41
3.1.1	Précautions méthodologiques	41
3.1.2	Des écarts de prix importants en optique.....	42
3.1.3	Des écarts de prix moindres dans les secteurs dentaire et de l'audition.....	44
3.2	Un encadrement efficace des pratiques commerciales abusives ou frauduleuses	46
3.3	Un impact sur la qualité difficile à mesurer avec de possibles zones à risques dans le secteur dentaire	47
3.3.1	La qualité en santé est une notion complexe à appréhender.....	47
3.3.2	Opportunité des soins et conformité à la prescription.....	48
3.3.3	Conditions d'efficacité et de sécurité des soins	49
3.3.4	Une qualité finale des soins et des produits difficiles à apprécier.....	52
3.3.5	Des liens entre les réseaux de soins et des centres dentaires à risques potentiels	53
3.4	Accès aux soins : si les réseaux lèvent une partie des obstacles financiers, l'incertitude règne sur le profil de ceux qui en bénéficient.....	54
3.4.1	En diminuant le reste à charge, les réseaux facilitent l'accès aux soins	54
3.4.2	Un impact incertain sur les obstacles géographiques et psychologiques à l'accès aux soins	56
3.4.3	Il n'est pas certain que les réseaux de soins bénéficient d'abord aux personnes qui sont le plus éloignées des soins.....	57
3.5	Les réseaux opèrent une forte restriction de la liberté des patients et des professionnels de santé, avec des résultats ambivalents.....	60
3.5.1	Une restriction de liberté modérée, davantage incitative que coercitive, pour les clients/patients	60
3.5.2	Une contrainte forte pour les professionnels de santé.....	61
3.6	Données de santé et réseaux de soins : des procédures à sécuriser.....	62

3.7	Il n'est, à ce jour, pas possible d'apprécier l'impact des réseaux de soins sur les régimes complémentaires et les dépenses globales de santé.....	64
4	Les questions et enjeux soulevés par les réseaux de soins appellent la mise en place d'un dispositif de suivi et d'évaluation pérenne.....	67
4.1	Un sujet qui peut et doit être mieux suivi	67
4.2	Mettre en place un recueil structuré de données afin de mesurer le déploiement et l'activité des réseaux de soins	68
4.2.1	Mesurer le déploiement, les services offerts et l'activité des réseaux de soins	68
4.2.2	Fréquence, sources et périmètre du dispositif de suivi.....	69
4.2.3	Un travail à engager avec toutes les parties prenantes, dans le cadre du SNDS	69
4.2.4	Enrichir les enquêtes statistiques dédiées aux professionnels de santé et aux organismes complémentaires	70
4.3	Lancer des études destinées à évaluer l'impact des réseaux de soins sur le système de santé	70
4.3.1	Evaluer l'impact des réseaux sur l'accès aux soins et les dépenses de santé	70
4.3.2	Evaluer l'impact des réseaux de soins sur la qualité	71
	RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	73
	LETTRE DE MISSION	75
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	77
	LISTE DES ANNEXES.....	87
	ANNEXE 1 Enquête auprès des Organismes complémentaires	89
1	Avertissement méthodologique.....	89
2	Identification des répondants.....	89
2.1	Structure de l'échantillon des répondants.....	89
2.2	Délégation de gestion	90
3	Recours aux réseaux de soins (en 2016)	91
4	Caractéristiques des réseaux de soins gérés directement par les OCAM	92
5	Impacts des réseaux sur les prix, les restes à charge et la qualité (en 2015)	92
5.1	Remboursement différencié pour les assurés.....	92
5.2	Recours aux soins.....	93
5.3	Profils des usagers recourant aux soins optique, audio et dentaire (2015).....	94
5.3.1	Type de contrat souscrit par les usagers ayant consommé des soins en 2015	94
5.3.2	Age des assurés ayant consommé des soins en 2015	95
5.4	Prix facturés, remboursements et RAC observés (R/HR) en 2015	95
5.4.1	Intérêt et limites des données.....	95

5.4.2	Optique	96
5.4.3	Dentaire.....	97
5.4.4	Audio	98
5.5	Satisfaction adhérents.....	98
5.6	Communication en direction des assurés	99
6	Commentaires généraux.....	100
6.1	Avis sur l'intérêt des réseaux.....	100
6.2	Exercez-vous, en tant qu'organisme complémentaire, un contrôle sur le réseau que vous gérez ou sur la plateforme avec laquelle vous contractualisez ?.....	101
6.3	La mise en œuvre de la loi « Le Roux » pose-t-elle des difficultés ?.....	102
6.4	Faut-il améliorer la régulation des réseaux de soins ? Les étendre à de nouveaux domaines ?.....	102
7	observations et remarques sur l'administration du questionnaire.....	103
7.1	Administration du questionnaire	103
7.2	Y a-t-il des questions auxquelles vous n'avez pu répondre faute de données et pour lesquelles vous pourriez répondre à l'avenir ?	104
ANNEXE 2 : Enquête auprès des plateformes de gestion		105
1	Prix.....	105
1.1	Optique	106
1.1.1	Précisions méthodologiques.....	106
1.1.2	Résultats.....	107
1.2	Audio	109
1.3	Dentaire.....	109
2	caractéristiques des produits	112
2.1	Caractéristiques des équipements d'optique	112
2.1.1	Catalogues optique et audio.....	113
3	professionnels de santé.....	114
3.1	Optique	114
3.1.1	Répartition par statut.....	114
3.1.2	Poids dans le chiffre d'affaires	115
3.2	AUDIO.....	116
3.2.1	Répartition par statut.....	116
4	Contrôles dans les réseaux d'optique.....	117
ANNEXE 3 : Etude de la DREES.....		119

ANNEXE 4 : analyse de la jurisprudence de l’Autorité de la concurrence sur les réseaux de soins	131
1 Avis n 09-A-46 du 9 septembre 2009 sur les réseaux de soins agréés	131
2 Dentaire	133
3 Optique.....	134
4 Audioprothèses.....	135
ANNEXE 5 : Analyse juridique des conventions conclues entre les opticiens et les plateformes de gestion de réseaux des soins	137
1 Cadre Analytique.....	137
1.1 Sources	137
1.2 Méthode	137
1.3 Indicateurs	137
2 Les obligations relatives au traitement de données personnelles	138
2.1 Aspects généraux et variabilité des conventions.....	138
2.1.1 Consentement de l’assuré/droit d’opposition	138
2.1.2 Durée de conservation des documents de prise en charge financière.....	138
2.1.3 Mise en sécurité des données.....	138
2.1.4 Normalisation de la facturation et conservation des justificatifs en cas de contrôle	138
2.1.5 Analyse et exploitation des données informatiques.....	139
2.1.6 Interdiction de transfert des données à des tiers	139
2.1.7 Restitution des données à la fin du contrat.....	139
2.2 Remarques complémentaires	139
3 Obligations relatives au prix et la qualité de la prestation	140
3.1 Aspects généraux et variabilité des conventions.....	140
3.1.1 Traçabilité et spécification du produit.....	140
3.1.2 Responsabilité concernant la vente de l’équipement d’optique et/ou les prestations associées.....	140
3.1.3 Tiers payant/dispense d’avance de frais.....	140
3.1.4 Règlementation applicable en matière d’affichage et d’information.....	141
3.1.5 Obligations contractuelles relatives aux produits et prestations.....	141
3.1.6 Obligations relatives aux prix	141
3.1.7 Obligations relatives aux devis.....	141
3.2 Remarques complémentaires	142
4 Responsabilité et pouvoirs de sanction.....	142
4.1 Aspects généraux et variabilité des conventions.....	142

4.1.1	Responsabilité	142
4.1.2	Résiliation des conventions	143
4.2	Remarques complémentaires	143
5	Remarques finales	144
ANNEXE 6 Analyse juridique des conventions conclues entre les chirurgiens-dentistes et les plateformes de gestion de réseaux des soins		
		145
1	Les obligations relatives au traitement de données personnelles et médicales	145
1.1	Consentement du patient / droit d'opposition.....	145
1.2	Mise en sécurité des données.....	145
1.3	Analyse et exploitation des données informatiques.....	145
1.4	Interdiction de transfert des données sensibles à des tiers	146
1.5	Gestion des données (modifications, fin de contrat).....	146
1.6	Remarques complémentaires	146
2	Obligations relatives au prix et la qualité de la prestation	146
2.1	Qualité.....	146
2.2	Tiers payant/dispense d'avance de frais.....	146
2.3	Les obligations relatives aux prix.....	147
2.4	Remarques complémentaires	147
3	Responsabilité et modalités de résiliation	147
3.1	Responsabilité envers l'assuré	147
3.2	Modification et résiliation des conventions	147
3.2.1	Modification des prix	147
3.2.2	Résiliation pour inexécution des engagements contractuels.....	148
3.2.3	Les clauses de résiliation unilatérale (« résiliation de plein droit »).....	148
3.2.4	Résiliation amiable de la convention	148
3.3	Remarques complémentaires	148
4	Conclusion générale.....	149
ANNEXE 7 : Loi n°2014-57 du 27 janvier 2014.....		151
SIGLES UTILISES.....		157
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....		159

RAPPORT

[30] Par lettre de mission en date du 13 juin 2016, le Directeur de Cabinet de la ministre de la Santé a demandé à l'IGAS de procéder à l'« évaluation du dispositif des réseaux de soins prévu par la loi n°2014-57 du 27 janvier 2014 ». Cette mission a été confiée le 2 septembre 2016 au Dr Julien Emmanuelli et à Nicolas Durand, membres de l'IGAS. La mission a bénéficié du concours, à compter de janvier 2017, de Laura Munoz, stagiaire. Elle a également pu s'appuyer sur les conseils juridiques de Mme Anne-Sophie Ginon, Maître de conférences à l'Université Paris Ouest Nanterre (IRERP).

[31] Aux termes de la loi du 27 janvier 2014 (dite « loi Le Roux »), les réseaux de soins reposent sur des conventions conclues entre des organismes d'assurance maladie complémentaires, d'une part, et des professionnels, établissements et services de santé, d'autre part. Ces conventions, qui comportent des engagements de natures différentes (tarifs, tiers payant, services, qualité des produits ou des prestations...), sont particulièrement développées dans les secteurs de l'optique, de l'audition et des soins dentaires. Schématiquement, les professionnels de santé s'engagent à respecter des tarifs plafonds pour une liste de produits/prestations donnée, pour lesquels des engagements de qualité ou de service sont également pris. En contrepartie, ils peuvent pratiquer le tiers payant et leur nom est communiqué aux assurés. Ces derniers peuvent éventuellement bénéficier d'un remboursement complémentaire bonifié s'ils recourent aux professionnels membres du réseau. Ces conventions sont généralement conclues pour une durée déterminée (3 à 4 ans pour la plupart des réseaux optique ; un an renouvelable pour plusieurs réseaux dentaires...), parfois après un appel à candidatures.

[32] Au cours de ses investigations, la mission a rencontré l'ensemble des acteurs concernés, au niveau national (voir la liste des personnes rencontrées en annexe) : administrations, organismes de sécurité sociale, autorités indépendantes, représentants des organismes complémentaires, syndicats, fédérations et ordres professionnels, associations d'usagers, experts et chercheurs... Elle a également rencontré les responsables des six grandes plateformes qui gèrent des réseaux de soins d'envergure nationale (Carteblanche, Itelis, Istya, Kalivia, Santeclair, Seveane) et procédé, pour trois d'entre elles, à une analyse approfondie de leur fonctionnement : organisation, relations avec les partenaires, dispositifs techniques et juridiques, procédures de gestion et de contrôle, positionnement sur les différents marchés.... La mission a aussi rencontré une vingtaine de professionnels de santé (dentistes, audioprothésistes et opticiens ; ainsi que des représentants d'enseignes nationales), membres ou non des réseaux, à l'occasion de trois déplacements : Nantes, Annecy et Lyon¹. Pour compléter son tour d'horizon, elle a rencontré des organismes complémentaires et des entreprises qui recourent à des réseaux de soins.

[33] Au total, plus de 200 personnes ont été entendues.

[34] Pour compléter ces auditions et ces investigations de terrain, des travaux plus analytiques ont été conduits par la mission (voir les annexes 1, 2, 4, 5 et 6) :

- une enquête auprès des organismes complémentaires destinée à évaluer l'impact des réseaux de soins sur leurs assurés (48 répondants, représentant 62 % des personnes disposant d'une couverture complémentaire, hors CMU-C) ;
- une analyse juridique des conventions sur lesquelles reposent les réseaux de soins ;
- le recueil auprès des six plateformes d'indicateurs de prix, d'activité et d'impact.

¹ Terrains choisis pour varier les contextes (densité de professionnels) et en raison d'initiatives signalées à la Mission.

[35] La DREES a également fourni une analyse des garanties offertes par les organismes complémentaires liés à un réseau de soins (annexe 3).

[36] Enfin, la mission a eu des échanges avec la mission IGAS dédiée aux centres de santé dentaires, sur les questions de qualité et de sécurité des soins dentaires.

[37] En accord avec le commanditaire, les investigations se sont concentrées sur les trois secteurs les plus investis par les réseaux de soins : optique, audioprothèses et dentaire. Pour chacun, la mission s'est efforcée de caractériser l'activité et l'impact des réseaux de la façon la plus complète possible, sur le plan économique et financier (prix, parts de marché, pratiques commerciales...) mais aussi sur le plan sanitaire (accès aux soins, qualité, sécurité...). Comme le demandait la lettre de mission, un focus particulier a été fait sur l'optique, notamment sur le prix des verres correcteurs. Les réseaux « paramédicaux » (diététique, ostéopathie, masseurs-kinésithérapeutes...) ont été peu étudiés compte tenu de leur faible importance. Faute de données, les réseaux chirurgicaux n'ont pas fait l'objet d'investigations non plus, même si ces dispositifs posent davantage de questions, ne serait-ce que par leur caractère innovant (cas de la chirurgie orthopédique)².

[38] Il a également été convenu avec le commanditaire que la mission remettrait un rapport (incluant constats et recommandations) et qu'il appartiendrait à l'Administration d'en tirer les conclusions nécessaires³.

[39] Enfin, les investigations se sont concentrées sur le cœur du sujet (le patient/usager), au détriment de l'aval (les professionnels de santé) et de l'amont (les organismes complémentaires). L'impact des réseaux de soins sur ces deux catégories d'acteurs pose des questions importantes (Quelle est la contribution des réseaux à la restructuration de l'offre de soins ? Quel impact ont-ils sur les équilibres du régime complémentaire d'assurance maladie ?...) mais qui ne correspondent pas aux priorités fixées par la lettre de mission (impact sur les prix, l'accès aux soins...) et qui soulèvent des problèmes de méthode.

[40] En effet, outre l'ampleur du champ couvert et la complexité du sujet, la mission s'est heurtée à de nombreuses difficultés méthodologiques :

- le sujet est quasiment absent des statistiques publiques et il est presque inconnu des administrations sanitaires et sociales et des corps de contrôle⁴ ;
- très peu de travaux scientifiques ayant été publiés sur cette question, la seule littérature existante porte sur les réseaux de soins à l'étranger, notamment américains, qui ont peu de choses à voir avec les réseaux de soins français⁵ ;

² Les réseaux « médicaux » (c'est-à-dire portant sur les actes et prestations médicaux) n'ont pas été investigués car il n'en existe pas à l'heure actuelle.

³ Aux termes de l'article 3 de la loi du 27 janvier 2014, « Chaque année pour une période de trois ans, le Gouvernement remet au Parlement, avant le 30 septembre, un rapport dressant un bilan et une évaluation des conventions mentionnées à l'article L. 863-8 du code de la sécurité sociale. Il porte notamment sur les garanties et prestations que ces conventions comportent, leurs conséquences pour les patients, en particulier en termes d'accès aux soins et de reste à charge, et leur impact sur les tarifs et les prix pratiqués par les professionnels, établissements et services concernés ».

⁴ L'intérêt des réseaux de soins du point de vue de la régulation des dépenses de santé a été souligné par plusieurs rapports : IGAS/IGF (rapport sur l'ONDAM, 2012), HCAAM (rapport annuel 2013), Cour des comptes (rapport annuel sur la sécurité sociale, 2013) ... Hormis le HCAAM qui y consacre quelques pages, aucun de ces rapport ne fait de bilan ni d'évaluation de ces dispositifs.

⁵ Les HMO et PPO américains s'inscrivent dans un cadre radicalement différent du système de protection sociale français, notamment l'existence d'assurance privées qui prennent en charge les dépenses de santé au premier euro, ce qui leur confère un très large pouvoir dans la gestion des réseaux.

- la mission n'a pu s'appuyer sur aucun cadre théorique consistant sur le plan économique, juridique ou sanitaire ; le dispositif mis en place par la loi de 2014 est une construction principalement empirique, fondée sur quelques expériences mises en place par des organismes complémentaires ;
- aucune disposition n'avait été prise au moment du vote de la loi de 2014 pour préparer son évaluation (définition d'indicateurs et de cibles, évaluation de la situation ex ante, création d'un dispositif de recueil de données⁶...) ;
- les représentants des organismes complémentaires (FFA, FNMF, CTIP et UNOCAM) et des professionnels de santé (optique, dentaire, audioprothèses) n'ont pas pu fournir de données consolidées à la mission.

[41] Tous ces éléments font obstacle à une véritable évaluation des réseaux de soins, c'est-à-dire une appréciation (qualitative et quantitative) de leur impact sur le système de santé, toutes choses étant égales par ailleurs : dépenses moyennes et globales (effet prix et effet volume), qualité et sécurité des produits/soins, accès aux soins, résultats financiers des organismes complémentaires et des professionnels de santé...

[42] La mission n'a cependant pas souhaité se contenter de recueillir les discours théoriques et les témoignages des différentes parties prenantes. Pour dresser un bilan aussi complet et étayé que possible du sujet, elle a collecté des informations et des données auprès des acteurs concernés (gestionnaires de réseaux de soins, organismes complémentaires, professionnels de santé...).

[43] Bien qu'importante, l'information recueillie est à la fois partielle (elle provient essentiellement des gestionnaires de réseaux, les autres acteurs, notamment représentants professionnels, ayant déclaré qu'ils ne pouvaient pas en transmettre) et hétérogène. Une bonne partie est couverte par le secret industriel et commercial, ce qui complique son exploitation et sa restitution⁷.

[44] Par ailleurs, ces informations sont strictement déclaratives, la mission n'ayant aucun pouvoir de contrôle (des vérifications de cohérence ont toutefois été réalisées, en recoupant les informations transmises par différentes sources). D'ailleurs, certaines de ses demandes ont été rejetées ; par exemple la liste complète des professionnels de santé adhérents (ce qui ne permet pas à la mission d'avoir un décompte précis des professionnels membres ou non membres des réseaux).

[45] Enfin, la mission s'est déroulée sur un « terrain » complexe et mouvant. Les réseaux de soins constituent un sujet en évolution rapide (deux plateformes ont disparu entre le démarrage de la mission et sa fin ; une dizaine d'organismes complémentaires majeurs ont rejoint les réseaux dans le même temps), dans un secteur (le régime complémentaire santé) en recomposition permanente.

[46] Compte tenu de ces difficultés (en particulier l'absence de statistiques publiques et de cadre théorique) et comme convenu avec le commanditaire, le présent rapport ne prétend pas faire une évaluation des réseaux de soins, ni même en dresser un bilan exhaustif. Il se borne à décrire, de la façon la plus complète possible, le sujet (partie 1), ses déterminants (partie 2) et les enjeux et questions qu'il soulève (partie 3). Les recommandations qui en sont tirées (partie 4) sont d'ordre méthodologique : poser les bases d'un dispositif qui permettra, à l'avenir, de suivre l'activité et d'évaluer les réseaux de soins.

⁶ Il n'existe même pas de recueil des conventions sur lesquelles reposent les réseaux de soins

⁷ La coopération des plateformes n'a été obtenue que contre l'engagement de ne prendre aucun risque en ce qui concerne la protection des secrets à caractère industriel et commercial.

[47] Malgré les réserves et la prudence qui s'imposent, le rapport comporte des constats chiffrés (sur les prix et les restes à charge notamment), étayés par les investigations de la mission. Mis à part quelques éléments descriptifs, ces constats sont globaux. En effet, le respect du secret industriel et commercial interdit de rentrer dans les détails. De plus, compte tenu des incertitudes et de la concurrence qui caractérisent ce sujet, il serait hasardeux de mettre en avant un acteur ou un autre.

[48] Au final, ce rapport entend donner un premier aperçu des réseaux de soins, qui devra être complété dans les années à venir afin d'en évaluer l'ampleur et l'impact, conformément à la volonté du législateur.

1 APPARUS DANS LES ANNEES 90, LES RESEAUX DE SOINS OCCUPENT DESORMAIS UNE PLACE IMPORTANTE DANS LES SECTEURS DE L'OPTIQUE ET DE L'AUDIOPROTHESE ET, DE FAÇON PLUS MODESTE, DANS CELUI DU DENTAIRE

[49] La (brève) histoire des réseaux de soins – qui couvrent des champs et prennent des modalités très variés - est marquée par la création des plateformes de gestion au début des années 2000. Ces plateformes gèrent des réseaux de très grande taille et reposent sur des systèmes d'information quasi-industriels. Elles occupent désormais une place importante dans le secteur de l'optique, croissante dans celui des aides auditives et modeste dans le domaine dentaire.

1.1 Nés il y a une vingtaine d'années, les réseaux de soins se sont développés au début des années 2010 avec l'essor des « plateformes de gestion »

[50] Si on exclut les accords de tiers payant, les premiers « réseaux de soins » sont apparus à la fin des années 80/début des années 90, à l'initiative d'organismes complémentaires souhaitant offrir à leurs adhérents un accès à des produits (optique), à des prestations (chambre particulières à l'hôpital) ou à des soins (dentaire) à des tarifs préférentiels. Certains de ces réseaux existent encore (par exemple le RFH, cf. infra), d'autres perdurent sous une forme différente (réseaux d'optique ou dentaires de plusieurs plateformes, hérités d'organismes complémentaires).

Les réseaux hospitaliers mutualistes : RFH et CHM

Le « règlement fédéral hospitalisation » (RFH) édicté par la Mutualité Fonction Publique (MFP) fixe les règles de conventionnement entre, d'une part, la MFP (ou des Unions régionales) et, d'autre part, des établissements de santé. Créé en 1995, ce réseau rassemble plus de 2100 établissements de tous types : MCO et SSR ; publics, privés non lucratifs et privés lucratifs. La contractualisation porte principalement sur le prix des chambres particulières, avec une économie moyenne de 10 % pour le patient selon la MFP et, pour certains d'entre eux, un reste à charge nul. 4.5 millions d'assurés ou ayants droit ont potentiellement accès à ce réseau.

Ce réseau se superpose, partiellement, avec le « conventionnement hospitalier mutualiste » (CHM) qui, sur le même modèle, rassemble 750 établissements de tous types : MCO et SSR ; publics, privés non lucratifs et privés lucratifs. Ce réseau offre également accès à des tarifs préférentiels pour les chambres particulières (- 7 % d'économie moyenne pour le patient selon la FNMF). Les établissements sont sélectionnés sur des critères qualitatifs et tarifaires. Créé en 2011, le CHM est géré par la FNMF et 32 millions d'assurés et ayant droit y ont potentiellement accès.

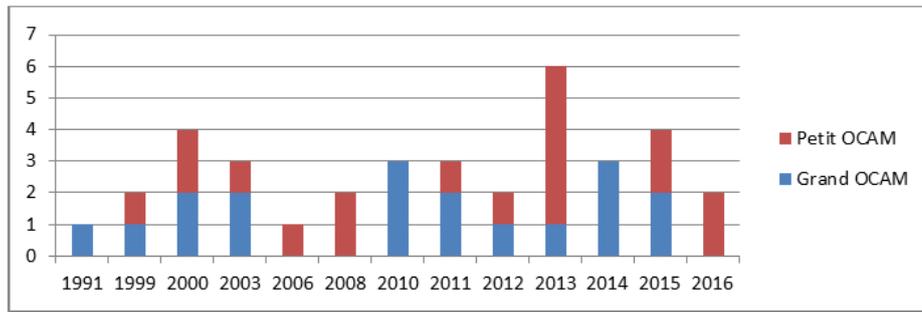
Source : *Mission IGAS d'après FNMF et MFP*

[51] Les réseaux de soins ont pris véritablement leur essor à partir des années 2000 avec la création des plateformes de gestion et, surtout, l'avis de 2009 de l'Autorité de la concurrence, favorable aux réseaux de soins. La Loi Le Roux, en 2014, est venue amplifier une tendance déjà à l'œuvre depuis plusieurs années, sur fond d'augmentation des restes à charge et de développement du marché de la complémentaire santé (cf. infra, partie 2).

[52] L'enquête menée par la mission auprès des organismes complémentaires confirme cet historique : un tiers des répondants adhère à un réseau de soins avant 2009 et les trois quarts avant 2014. Sur la période récente, ce sont principalement les « petits » organismes complémentaires (singulièrement des mutuelles) qui ont contribué à l'essor des réseaux⁸.

⁸ Voir l'annexe 1 « synthèse de l'enquête OCAM ». Pour les besoins de l'enquête, sont considérées comme « grands » organismes complémentaires, les 20 premiers en termes de chiffre d'affaires ; et comme « petits », tous les autres.

Graphique 1 : Date d'adhésion aux réseaux des soins (parmi les répondants à l'enquête IGAS)



Source : Mission IGAS

[53] L'enquête faite par la DREES en 2014 auprès des organismes complémentaires (voir annexe 3) montre qu'un tiers d'entre eux adhéraient à un réseau d'optique à cette date et seulement un quart à un réseau dentaire. Les assureurs étaient les plus engagés, suivis des mutuelles. En revanche, en termes de nombre d'assurés, l'adhésion à un réseau d'optique était déjà largement majoritaire (70 %).

1.2 Une très grande diversité de réseaux de soins

[54] Il n'existe pas de définition officielle des « réseaux de soins », pas même dans la loi « Le Roux ». D'ailleurs, au gré de ses auditions, la mission a entendu des appellations différentes : « réseaux de référencement », « plateformes », « réseaux de professionnels conventionnés »...

[55] La mission a retenu la définition posée (implicitement) par la Loi Le Roux. Aux termes de l'article 2 de la loi du 27 janvier 2014, un « réseau de soins » est constitué par un ou plusieurs organismes complémentaires qui, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers, concluent avec des professionnels de santé, des établissements de santé ou des services de santé des conventions comportant des engagements relatifs, pour l'organisme assureur, au niveau ou à la nature des garanties ou, pour le professionnel, l'établissement ou le service, aux services rendus ou aux prestations ainsi qu'aux tarifs ou aux prix.

[56] Cette définition recouvre un champ très vaste : depuis les opérateurs de tiers payant plus ou moins « améliorés » (Almerys, i-santé, Korelio, Viamedis, ACTIL, SP-Santé, OPTILYS...) jusqu'aux « plateformes de gestion » (Santéclair, Kalivia, Itelis, Sévéane, CarteBlanche, Istya) en passant par des réseaux constitués directement par des organismes complémentaires avec des professionnels de santé ou des établissements de santé.

ACTIL, une plateforme de tiers payant « améliorée »

Créée en 2000 à l'initiative des groupes Apicil et Alptis, ACTIL est une association Loi 1901 qui rassemble une dizaine d'organismes complémentaires ; représentant environ 1.5 million de personnes protégées. A l'origine dédiée exclusivement à la gestion du tiers payant, ACTIL a progressivement enrichi ses conventions conclues avec certains professionnels de santé.

Le réseau « optique », créé en 2003, recouvre actuellement plus de 12 000 points de vente. Les engagements réciproques portent sur le tiers payant (traitement entièrement automatisé et sécurisé) et le respect de tarifs plafonds (prix fixés par gammes de verres unifocaux et progressifs). Créés plus récemment, les réseaux audioprothèses et dentaire rassemblent respectivement 1300 points de vente et 3200 praticiens. Comme pour l'optique, ils incluent des engagements relatifs aux tarifs et au tiers payant. La convention audio comporte en annexe une « charte » qui fixe des principes généraux en matière d'appareillage.

Source : Mission IGAS d'après ACTIL

[57] Dresser une typologie des réseaux de soins n'est pas aisé. Outre le domaine concerné (optique, dentaire, audioprothèses, établissements de santé...), on peut distinguer :

- d'une part, les « réseaux directs » constitués et gérés par un ou plusieurs organismes complémentaires, sans intermédiaire ; d'autre part, les « réseaux indirects » gérés par un tiers (une « plateforme », disposant de la personnalité morale), pour le compte d'un ou plusieurs organismes complémentaires ;
- les réseaux « fermés » soumis à numerus clausus (c'est-à-dire avec un nombre limité de professionnels de santé, uniquement les réseaux d'optique selon la Loi⁹) et les réseaux « ouverts » (sans numerus clausus) ; la mission a toutefois constaté que certains réseaux « ouverts » sont très sélectifs (critères de sélection très exigeants, sur la base d'un maillage territorial fin ; admission de nouveaux entrants à une fréquence très lente) et constituent des réseaux « restreints », assez comparables dans leur fonctionnement aux réseaux « fermés » ;
- les réseaux qui se limitent au tiers payant et ceux qui y ajoutent d'autres engagements (tarifs, qualité de service, orientation des assurés....), conformément à l'esprit de la Loi Le Roux¹⁰

[58] La combinaison de ces critères aboutit à une très grande variété de réseaux que la mission n'a pas pu dénombrer (l'enquête auprès des organismes complémentaires n'a pas été concluante sur ce point). Il existe, assurément, un très grand nombre de « réseaux directs » : en réponse à une sollicitation de la mission, une enseigne d'optique de taille importante (plus de 1000 points de vente) a ainsi dénombré 50 conventions (portant sur le tiers payant et les tarifs) conclues avec des organismes complémentaires ; une autre enseigne de taille équivalente dispose d'accords (plus ou moins formalisés) de tiers payant avec la quasi-totalité des organismes complémentaires, soit plusieurs centaines d'accords.

[59] Ces réseaux directs peuvent être de grande taille. En réponse à l'enquête de l'IGAS (cf annexe 1), une société d'assurance a indiqué gérer directement trois réseaux de grande taille (1402 opticiens, 761 dentistes et 738 audioprothésistes). Toutefois, ils semblent globalement sur le déclin (parmi les organismes complémentaires qui ont déclaré recourir à un réseau de soins en réponse à l'enquête de l'IGAS, plus de 90 % passent par une plateforme de gestion). Par ailleurs, ils paraissent avoir peu d'impact (de l'aveu même des professionnels concernés) sur les prix, les produits et les pratiques professionnelles. Ce rapport n'en traite donc pas, à l'exception des réseaux dentaires (MFP/CNSD, conventionnement dentaire mutualiste...) qui occupent une place importante. Selon la même logique, le rapport ne s'intéresse pas aux opérateurs de tiers payant (plus ou moins améliorés).

[60] **La mission s'est focalisée sur les six plateformes qui gèrent des réseaux de soins, pour le compte d'organismes complémentaires : CarteBlanche, Itelis, Istya, Kalivia, Santéclair, Sévéane.**

⁹ Parmi les 6 réseaux d'optique gérés par les plateformes, trois sont fermés : Itelis, Santéclair, Seveane.

¹⁰ « La constitution des réseaux de soins se caractérise par une contractualisation entre les organismes complémentaires d'assurance maladie et des professionnels de santé. Elle repose sur la combinaison d'engagements réciproques, portant essentiellement sur quatre points : le contrôle de la qualité des services rendus aux assurés (gamme de produits et de services offerts, respect de certaines normes et pratiques professionnelles, caractéristiques du magasin) ; la mise en place du tiers-payant ; le respect d'une certaine modération tarifaire [...] ; enfin, orientation des assurés de l'organisme complémentaire vers les professionnels de santé membres du réseau. » F. Carrey-Conte, « Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi, relative au fonctionnement des réseaux de soins créés par les mutuelles. »2013

1.3 Les plateformes de gestion, des prestataires de service gérant des réseaux de très grande taille grâce à des systèmes d'information « industrialisés »

1.3.1 Six plateformes de gestion gèrent des réseaux de soins de très grande taille, pour le compte d'organismes complémentaires

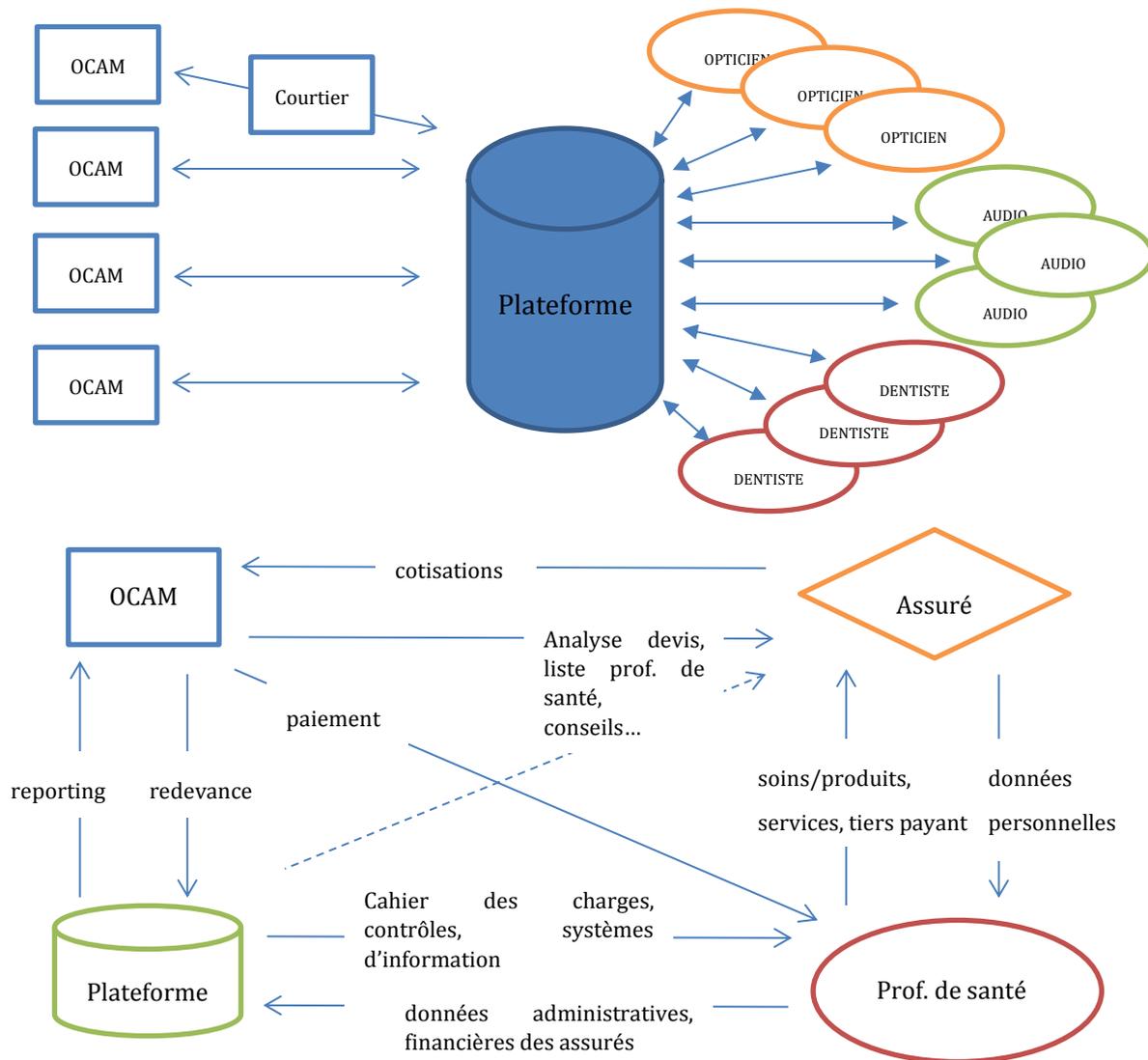
[61] Apparues dans les années 2000, ces plateformes servent d'intermédiaires entre les organismes complémentaires (parfois représentés par un courtier ou un délégataire de gestion) et les professionnels de santé (plus rarement un établissement de santé) : elles signent avec ces derniers des conventions et veillent à leur application. Elles fournissent ainsi, contre rémunération (de 1 à 3 euros par personne protégée, selon les chiffres – partiels - communiqués à la mission) un service aux organismes complémentaires : sélection et contrôle des professionnels de santé, gestion du tiers payant (gestion limitée à l'accord et au suivi des paiements, le paiement lui-même étant opéré par l'organisme complémentaire, le cas échéant via opérateur de tiers payant), tarifs préférentiels sur un catalogue de produits ou une liste de soins, avantages commerciaux consentis par les professionnels de santé,... Inversement, elles apportent des services aux professionnels de santé : système d'information (pour le traitement des demandes de devis et de tiers payant), orientation des assurés vers les professionnels de santé partenaires,...

[62] Vis-à-vis des assurés, les services sont apportés directement ou via l'organisme complémentaire client. Il s'agit, pour l'essentiel, de la liste des professionnels de santé partenaires (souvent sous la forme d'un outil de géolocalisation) et, dans certains cas, de conseils en matière de santé (messages de prévention, classement d'établissements de santé...) et d'analyse de devis¹¹.

[63] A travers les réseaux de soins, les plateformes de gestion mettent donc en relation une offre et une demande de soins, de prestations ou de produits ; opérant ainsi une « médiation active » qui agit sur le système de santé.

¹¹ S'agissant des réseaux de soins ss, le partage des rôles théorique confie la gestion des professionnels de santé aux plateformes et la relation aux assurés, aux organismes complémentaires. Ce schéma est strictement respecté sur le premier point, à l'exception notable du paiement des soins/produits qui est assuré par l'organisme complémentaire avec le cas échéant intervention d'un opérateur de tiers payant. En revanche, il est mis en œuvre de façon beaucoup plus floue pour ce qui est de la relation aux assurés ; certains organismes complémentaires (notamment les plus petits) n'hésitent pas à déléguer aux plateformes une partie des services à leurs assurés.

Schéma 1 : Organisation schématique d'une plateforme de gestion



Source : Mission, d'après Asteres

[64] Les 6 plateformes sont de taille variable : du simple au double en termes de clients et d'assurés (et ayants droit) couverts ; de 1 à 6 en termes d'effectifs dédiés pour une moyenne de 60 personnes (comme certaines plateformes ont des activités annexes, cette comparaison est fragile en l'absence de comptabilité analytique). Certaines d'entre elles gèrent une dizaine de réseaux ; d'autres se limitent à deux secteurs (audioprothèses et optique).

Tableau 1 : Description synthétique des 6 plateformes (2016)

	Carteblanche	Istya	Itelis	Kalivia	Santéclair	Seveane
Statut	SAS	SA (EGARESEAUX)**	SA	SAS	SA	GIE
Actionnaires	Swiss Life, Henner Generali, Aviva, MNH, Pacifica Thelem, Sogecap	MGEN	AXA HUMANIS	Harmonie Mutuelle Malakoff Mederic	Allianz COVEA IPECA MGP	Groupama Pro BTP
Date de création	2001	2008	2001	2010	2003	2010
Assurés et ayant-droit (millions)	7	5	6*	12	9	6
Réseaux gérés	Optique Audio Dentaire, Ostéo, Diététique...	Optique Audio	Optique Audio Dentaire Chirurgie réf.	Optique Audio Dentaire	Optique Audio Dentaire Chirurgie, MK, Osteo...	Optique Audio Dentaire

Source : Mission IGAS * Chiffre tiré du rapport Assemblée Nationale (2012)

** EGARESEAUX est propriétaire des réseaux OPTISTYA et AUDISTYA, gérés par EQUASANTE, SA détenue à 51 % par la MGEN (+MATMUT, CNP et FNMF)

[65] Un certain nombre de points communs se dégagent néanmoins :

- les réseaux gérés sont de grande taille : plusieurs milliers de professionnels de santé y adhèrent et plusieurs millions d'assurés et d'ayant droit y ont potentiellement accès¹²,
- outre leurs actionnaires (qui recourent à leurs services), toutes les plateformes ont des clients, parfois très nombreux : organismes complémentaires, courtiers ou délégataires de gestion ;
- à une exception, toutes sont des sociétés anonymes (SA) ou des sociétés par actions simplifiées (SAS), à l'actionnariat plus ou moins élargi ;
- à une exception, ces plateformes ont d'autres activités que la gestion de réseaux de soins (conseils santé, analyse de devis, outils de géolocalisation...), même si les réseaux représentent l'essentiel de leur activité.

[66] A une exception¹³, toutes ces plateformes gèrent des réseaux dans les trois secteurs « historiques » : optique, dentaire et aides auditives. En complément, certaines ont créé des réseaux paramédicaux : diététique, ostéopathie, masseurs-kinésithérapeutes, pédicure-podologie, sophrologues... Même si certains sont de taille importante (plusieurs centaines de professionnels), leur activité (mesurée en chiffre d'affaires remboursé par les organismes complémentaires) et leur attractivité restent, à ce jour, limitées.

[67] Enfin, certaines plateformes investissent le champ de la chirurgie : la chirurgie réfractive pour deux d'entre elles et parfois des activités plus « innovantes » (chirurgie orthopédique et chirurgie de la cataracte)¹⁴.

¹² Pour ce chiffre, comme pour la plupart des autres, la mission s'en est tenue aux déclarations des plateformes ; ce qui ne permet pas d'exclure les doubles comptes ni les approximations ou erreurs éventuellement faites par les déclarants.

¹³ ISTYA ne gère pas de réseau dentaire. La plupart des OCAM clientes d'ISTYA, en particulier la MGEN, recourent au réseau dentaire CNSD/MFP.

¹⁴ Ces réseaux n'ont pas été étudiés par la mission faute de données.

Les analyses de devis

Les analyses de devis permettent aux assurés de comparer un produit ou un plan de soins avec les « prix moyens de la région ». Ces prix références sont fournis par des prestataires (cabinets de conseil) ou élaborés à partir des bases de données constituées en interne. Certaines plateformes proposent ce service aux assurés, directement ou indirectement (via l'organisme complémentaire). La très grande majorité des organismes complémentaires dispose d'un service d'analyse de devis. Ils sont très fréquents en dentaire, optique et audioprothèses.

Pour leurs défenseurs, ces services constituent un outil précieux d'aide à la décision et de baisse du reste à charge par le jeu de la concurrence ; le patient/client étant toujours libre de suivre ou pas les conseils fournis. Par ailleurs, un professionnel de santé, membre d'un réseau de soins, ne serait recommandé par le service d'analyse de devis que dans certaines conditions : écart de prix élevé, demande du patient/usager, prestation pas encore engagée.

Pour ses détracteurs, l'analyse de devis constitue une pratique trompeuse et déloyale. Elle serait fondée sur des comparaisons biaisées (prix de référence erronés ; comparaison de « vrais » devis avec des prestations « théoriques » dans le réseau) et serviraient avant tout à détourner les patients/clients vers les réseaux de soins, parfois de façon quasiment coercitive.

Des exemples étayés ayant été transmis à la mission par les deux parties, il n'est pas possible d'établir un constat général. En revanche, force est de constater que l'analyse de devis constitue un sujet connexe mais important du point de vue des réseaux de soins et, plus généralement, de l'accès aux soins. Il mériterait, à ce titre, une plus grande transparence, notamment sur les prix qui servent de référence.

Source : *Mission IGAS*

[68] Se livrant à une vive concurrence, les 6 plateformes s'efforcent de se différencier par la taille de leurs réseaux, les avantages qu'ils procurent, leurs principes d'action voire leur « philosophie ». Certains prônent ainsi l'ouverture, la modération tarifaire et la concertation avec les professionnels de santé. D'autres militent pour les réseaux « fermés » et la défense des patients/consommateurs contre les « abus » des professionnels de santé. Certains cherchent à apporter un large panel de services à leurs clients ; d'autres se contentent de fournir une prestation technique, centrée sur la relation avec les professionnels de santé. Enfin, certaines plateformes cherchent à se développer tous azimuts (clients et professionnels de santé) alors que d'autres privilégient une croissance modérée, avec des critères affinitaires pour la recherche de clients et une grande prudence pour le développement de nouvelles activités.

[69] De fait, on constate des positionnements stratégiques (en termes de services fournis et de perspectives de développement) bien distincts. En revanche, vues du terrain (c'est-à-dire des professionnels de santé), les plateformes de gestion présentent davantage de similitudes que de différences ; à rebours des discours et d'une vision manichéenne où il y aurait d'un côté les réseaux consensuels et ouverts et, de l'autre, des réseaux agressifs et fermés¹⁵.

¹⁵ Malgré tout, une plateforme, par un discours militant et une stratégie agressive sur les prix, cristallise les oppositions, notamment dans le secteur de l'audioprothèse.

1.3.2 Ces plateformes s'appuient sur des compétences variées, des dispositifs de contrôles étoffés et des systèmes d'information puissants

[70] Outre les fonctions supports (notamment informatiques), le fonctionnement de ces plateformes s'appuie sur différentes compétences, plus ou moins étoffées et plus ou moins externalisées :

- des téléconseillers (ou « conseillers santé ») chargés de répondre aux sollicitations des professionnels de santé, notamment lorsqu'une demande de prise en charge est rejetée ou n'obtient pas de réponse (panne du système d'information) ; dans certains cas, ces téléconseillers répondent aux assurés (analyse de devis, recherche d'un professionnel...) ;
- des professionnels de santé (opticiens, audioprothésistes, dentistes...) ou des « experts », qui participent à la rédaction des conventions (notamment l'élaboration des grilles tarifaires) et, dans certains cas, au contrôle des professionnels de santé membres des réseaux ;
- des services statistiques et, dans certains cas, recherches/études.

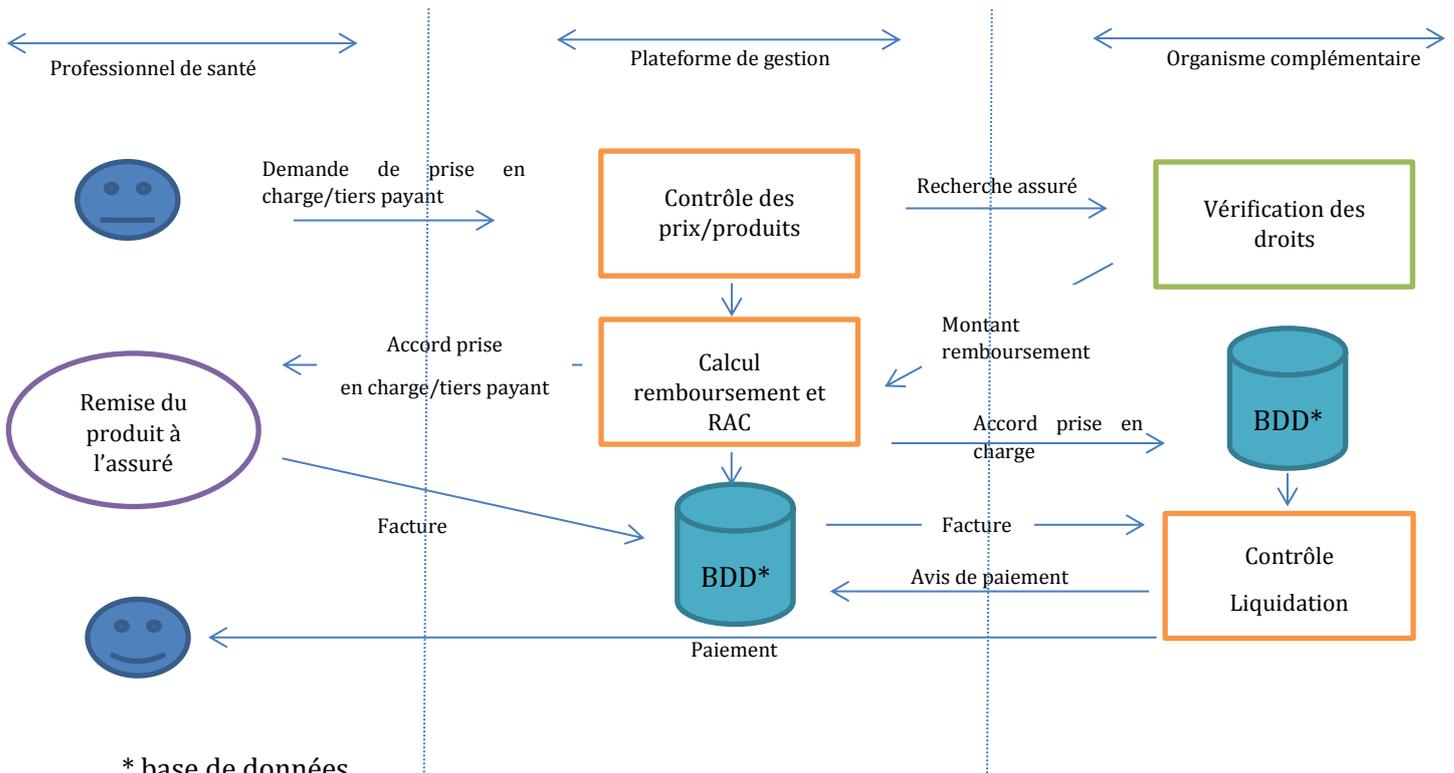
[71] Toutes ces plateformes recourent, pour la gestion des réseaux optique et audioprothèses, à des systèmes d'information (logiciels ou plateformes web) qui permettent un traitement automatique et dématérialisé des échanges avec les professionnels de santé (devis, prise en charge, suivi du paiement...).

[72] Ces systèmes d'information (gérés sur un mode « industriel », selon les termes même de certaines plateformes) constituent le point névralgique des réseaux gérés par les plateformes et leur principal atout vis-à-vis des organismes complémentaires, des assurés et professionnels de santé. Alors que dans un schéma classique, un accord de tiers payant demande plusieurs jours et requiert plusieurs traitements manuels (envoi par fax ou par courrier d'un devis et/ou d'une demande de tiers payant ; réponse de l'organisme complémentaire), il est obtenu (ou refusé) quasiment en temps réel avec les réseaux de soins, de façon totalement dématérialisée. Il en va de même pour la facturation et le règlement du professionnel de santé.

[73] Ces systèmes d'information sont, depuis longtemps, utilisés dans les réseaux d'optique. Ils sont en cours de généralisation dans le secteur des aides auditives et en cours de déploiement en dentaire.

[74] Grâce à ces systèmes d'information, chacune des plateformes a constitué des bases de données de très grande taille, qui – de façon anonymisée – leurs permettent de cerner très précisément les pratiques des professionnels de santé, les consommations des assurés et, de façon générale, le fonctionnement des différents marchés. Cette connaissance, qui progresse au fur et à mesure que s'accumulent les prises en charge, permet aux plateformes d'exercer un pilotage de plus en plus efficace : vis-à-vis des professionnels de santé (amélioration des cahiers des charge, sélection des professionnels de santé, fixation des tarifs plafonds...) et vis-à-vis des organismes complémentaires. Ainsi, plusieurs plateformes conseillent leurs clients (organismes complémentaires, courtiers ou gestionnaires pour compte...) pour la gestion de leurs contrats, notamment la révision du montant et du contenu des garanties proposés aux assurés.

Schéma 2 : Prise en charge dématérialisée



Source : Mission IGAS

[75] Enfin, toutes ces plateformes pratiquent des contrôles, à plusieurs niveaux et de façon variable selon les secteurs : des contrôles a priori (lors de la demande de devis ou de prise en charge), des contrôles sur pièces a posteriori, des contrôles sur place (cf infra, 3.2)...

1.4 Un poids important dans l'optique, croissant dans l'audition et marginal dans le secteur dentaire

[76] Apparues il y a seulement quinze ans (pour les plus anciennes), ces six plateformes se sont rapidement développées, au point de devenir incontournables dans le secteur de l'assurance maladie complémentaire : 45 millions de personnes (assurés et ayant droit) y ont accès en 2016 (contre 38 millions en 2013¹⁶), soit les trois quarts des personnes disposant d'une complémentaire santé (hors CMU-C). Cette croissance s'accélère avec l'adhésion au tournant de l'année 2016 de grands groupes (MACIF, AG2R...).

[77] Leur poids (apprécié en part de marché, nombre de professionnels, pression tarifaire...) est cependant variable selon les secteurs.

¹⁶ Rapport annuel du HCAAM, 2013.

1.4.1 L'optique, le secteur où le poids des réseaux de soins gérés par ces plateformes est le plus fort

[78] C'est en optique que, pour la plupart, ces plateformes ont commencé à structurer des réseaux de soins ; il y a plus de quinze ans pour certaines d'entre eux¹⁷.

Tableau 2 : Réseaux optique gérés par les six plateformes (2016)

	Carteblanche	Istya	Itelis	Kalivia	Santéclair	Seveane
Date de création	2005	2008	2009	2010	2003	1999
Numerus clausus	non	non	oui	non	oui	oui
Points de vente	7 740	7 953	2 400	5 205	3 050	3 483
Prises en charge	5 501 369					
Chiffre d'affaires	1 934 M€					
Taux recours au réseau	60% environ					

Source : Enquête IGAS auprès des plateformes

[79] Ces réseaux sont de taille variable (selon qu'ils sont soumis à numerus clausus ou pas) mais ils rassemblent tous plusieurs milliers de points de vente (les conventions sont conclues avec les responsables de points de vente, quel que soit le statut du magasin ; la France comptait 12400 points de vente en 2015 selon l'institut GFK).

[80] La mission n'est pas en mesure de déterminer la proportion d'opticiens adhérant à au moins un de ces réseaux de soins (et symétriquement, la part d'opticiens n'appartenant à aucun réseau de soins). Elle a toutefois constaté, lors de ses déplacements, que cette participation est très large et que certains magasins adhèrent aux 6 réseaux. Un simple calcul arithmétique permet d'ailleurs de dire qu'en moyenne un point de vente adhère à environ 3 réseaux¹⁸.

[81] Apprécié en volume d'activité¹⁹, le poids de ces réseaux est également important et croissant : plus de 1.9 Mds € de chiffre d'affaires en 2016 (contre 1.7 Mds€ en 2015, une augmentation de plus de 11 % en un an alors que le marché de l'optique était stable) ; soit environ un tiers du marché de l'optique. Les réseaux optique des 6 plateformes ont réalisé plus de 5,5 millions de prises en charges en 2016. Rapporté aux nombre de personnes pouvant accéder à ces réseaux et ayant acheté au moins un équipement d'optique, cela équivaut à un taux de recours à ces réseaux d'environ 60 %²⁰.

[82] Dans ce secteur, le tiers payant est obligatoire et le traitement dématérialisé systématique. L'encadrement des produits et des pratiques est très avancé : les grilles tarifaires sont très élaborées et les catalogues restreignent parfois de façon drastique l'éventail des produits qui peuvent être vendus (3 verriers référencés par une des plateformes, sur une trentaine existants) ;

¹⁷ Certains réseaux, créés par des organismes complémentaires, ont été repris par une plateforme (ex du réseau optique de Groupama dont Seveane a hérité)

¹⁸ En divisant la somme des points de vente appartenant aux réseaux (29831) par le nombre total de points de ventes (12400), on obtient la moyenne de 2,4 réseaux par point de vente. Si on se limite aux 7953 points de vente qui adhèrent à au moins un réseau (taille du réseau le plus important), on obtient le chiffre moyen de 3,7 réseaux de soins par point de vente adhérent.

¹⁹ Le nombre de prises en charge correspond aux nombre d'équipements d'optique (tous types confondus) ayant été vendus chez un opticien membre d'un réseau de soin ; le chiffres d'affaire correspond au prix de ces équipements.

²⁰ Le « taux de recours » correspond à la proportion d'assurés ayant acheté un équipement d'optique via un réseau, parmi ceux ayant acheté un équipement d'optique. Il est estimé en faisant l'hypothèse que les personnes pouvant accéder à un réseau de soins consomment autant d'équipements d'optique que la population générale (en 2014, 20,6 % de la population a acheté au moins un équipement d'optique).

les contrôles a priori sont systématiques et les contrôles a posteriori (sur dossier et sur place) sont relativement fréquents (cf infra 3.2).

Tableau 3 : Références et fournisseurs de verres

	Réseau 1	Réseau 2	Réseau 3	Réseau 4	Réseau 5	Réseau 6
Références	10 000	45 162	nc	32 835	50 000	53 000
Fournisseurs	3	11	20	10	10	14

Source : *Enquête IGAS auprès des plateformes*

[83] Enfin, c'est dans l'optique que la pression tarifaire est la plus forte, avec des offres tarifaires atteignant -40 % sur certains verres ; une pression qui correspond aux constats de terrain de la mission et aux résultats de l'enquête faite auprès des organismes complémentaires (cf infra, 3.1 et annexe 1).

[84] L'enquête de la DREES sur les contrats les plus souscrits confirme l'importance des réseaux optique (ceux gérés par les plateformes et les autres) : 70 % des assurés y avaient potentiellement accès en 2014, près de deux fois plus que pour les réseaux dentaires (cf annexe 3).

1.4.2 Les réseaux dentaires sont peu développés

[85] Bien que certains d'entre eux soient anciens²¹, les réseaux dentaires gérés par les plateformes sont – à ce jour – peu développés.

[86] Si on met de côté le réseau CNSD/MFP (cf. infra), ces réseaux rassemblent une minorité de la profession (14 % pour le plus étendu d'entre eux ; sur un total de 40 410 chirurgiens-dentistes). Il s'agit principalement de libéraux même si les centres de santé y sont bien représentés. Là encore, la mission n'a pas pu déterminer la proportion de praticiens adhérant à au moins un réseau. Toutefois, il ressort de ses entretiens que cette adhésion est relativement concentrée (un praticien adhère souvent à plusieurs réseaux).

Tableau 4 : Réseaux dentaires (omnipraticiens) gérés par les plateformes

	Carteblanche	Itelis	Kalivia	Santclair	Seveane
Date de création	2001	1998	2015	2003	1999
Chir.-dentistes	5 750	2 430	2 346	2 700	4 613

Source : *Enquête IGAS auprès des plateformes*

[87] En termes de part de marché et même si les données transmises sont lacunaires, on peut estimer que ces réseaux représentent une proportion marginale des soins : de l'ordre de quelques dizaines de milliers de prises en charge par an. Les taux de recours au réseau annoncés par les plateformes ne dépassent pas 25 %. Dans plusieurs cas, le nombre d'assurés et ayants droit pouvant accéder au réseau dentaire est inférieur à ceux qui peuvent accéder aux réseaux optique et auditif (le réseau dentaire est parfois une « option » que tous les clients ne prennent pas).

[88] A quelques exceptions près, les contraintes imposées par les réseaux sur les pratiques professionnelles sont relativement faibles. D'une part, ils ne couvrent qu'une partie de l'activité dentaire : si tous encadrent la pose de prothèses dentaires par des omnipraticiens, seuls certains proposent des soins orthodontiques ou parodontiques (certaines plateformes disposent également de réseaux spécialisés en implantologie). D'autre part, la grille tarifaire est généralement succincte (voire rudimentaire), les conditions d'exercice minimales et les contrôles le plus souvent

²¹ Itelis et Seveane ont repris des réseaux créés par leurs organismes complémentaires actionnaires.

inexistants. A une exception près, le tiers payant n'est pas imposé et, jusqu'à cette année, les dentistes partenaires n'étaient pas intégrés dans tous les systèmes d'information, rendant difficile le suivi et le contrôle de leur activité.

[89] Enfin, la pression tarifaire est relativement modérée, certains réseaux ne proposant que le « tarif moyen » (décliné région/région). Cette modération est confirmée par l'enquête faite auprès des organismes complémentaires.

[90] L'enquête de la DREES sur les contrats les plus souscrits confirme le faible développement des réseaux dentaires (ceux gérés par les plateformes et les autres) : seuls 42 % des assurés y avaient potentiellement accès en 2014 (cf annexe 3).

Le réseau dentaire MFP/CNSD et le conventionnement dentaire mutualiste

Créé en 1996 par la MGEN, le réseau dentaire MFP/CNSD repose sur un protocole d'accord conclu - et régulièrement amendé - entre la MFP (qui s'est substituée à la MGEN) et la Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD). Une commission paritaire nationale fixe les règles, les fait vivre et résout les problèmes. Plus de 24 000 chirurgiens-dentistes adhèrent actuellement à ce réseau (30 000 à son maximum) et plus de 4 millions d'assurés et ayants droit y ont potentiellement accès. Ce réseau couvre les traitements prothétiques et les traitements d'orthopédie dento-faciale. Outre l'accès au tiers payant et des engagements généraux de bonnes pratiques, cette convention fixe des plafonds d'honoraire par type d'acte. Ces plafonds sont fixés pour l'ensemble du territoire national, avec des modulations régionales à la marge.

Le « conventionnement dentaire mutualiste » est géré par le Réseau national des centres de santé mutualistes (RNCSSM) et la FNMF. Il regroupe 460 centres de santé, employant 1700 chirurgiens-dentistes. 7.5 millions d'assurés et ayant droit (adhérents d'une soixantaine de mutuelles partenaires) y ont potentiellement accès. Ce réseau couvre les traitements prothétiques et les traitements orthodontiques. Il est régi par un règlement intérieur et une grille d'actes et de tarifs plafonds revus chaque année. Ce réseau déploie des efforts importants pour garantir la qualité des soins : adossement à des référentiels de bonne pratique, labellisation et certification des centres, référencement des fournisseurs...

Source : Mission IGAS d'après MFP, MGEN et FNMF

1.4.3 Le secteur de l'audition est investi de façon croissante par les plateformes

[91] Apparus plus récemment que dans l'optique, les réseaux d'audioprothésistes sont de tailles très variables : certains réseaux couvrent 80 % de l'offre existante (exprimée en nombre de points de vente ; soit 4593 en 2015²²) alors que d'autres, très restreints, en comptent moins de 20 %. Malgré ces différences et la nouveauté du phénomène, une très large majorité d'audioprothésistes a maintenant adhéré aux réseaux de soins (un point de vente adhère en moyenne à environ 2.5 réseaux²³). Parmi ceux que la mission a rencontrés, beaucoup appartenaient à plusieurs réseaux voire à la totalité d'entre eux.

Tableau 5 : Réseaux audioprothésistes gérés par les six plateformes (2016)

	Carteblanche	Istya	Itelis	Kalivia	Santclair	Seveane
Date de création	2005	2013	2012	2012	2008	2012
Points de vente	3 373	3 773	950	3 322	750	1 400

Source : Enquête IGAS auprès des plateformes

²² 3800 points de vente spécialisés et 793 magasins d'optique, le marché de l'audioprothèse en 2015 ; CNAMTS ; 2016

²³ En divisant la somme des points de vente adhérant à chacune des plateformes (10195) par le nombre total de points de ventes (4593), on obtient le chiffre de 2.22. Si on se limite aux seuls 3773 points de vente qui adhèrent à au moins un réseau (taille du réseau le plus important), on obtient le chiffre moyen de 2.7 réseaux de soins par point de vente adhérant.

[92] Le poids de ces réseaux sur le marché de l'audioprothèse atteignait 20 % en 2015 selon les calculs de la mission²⁴. Il est en croissance rapide (augmentation des ventes de 45 % par rapport à 2015) dans un secteur qui, lui-même, évolue rapidement (croissance de +6.6 % par an sur la période 2006-2015, due pour 80 % à l'effet volume). Le taux de recours au réseau est très variable selon les réseaux. En moyenne, il s'établissait autour de 30 % en 2015 (résultats de l'enquête OCAM, voir annexe 1), mais approcherait des 50 % en 2016.

[93] Du point de vue des pratiques professionnelles, les cahiers des charges imposés par les réseaux restent très souples et les contrôles a posteriori quasiment inexistant. A une exception près, la pression tarifaire est modérée. Cette relative neutralité des réseaux est cependant en train de s'estomper : plusieurs plateformes ont annoncé ou entrepris la refonte de leur réseau, avec un durcissement du cahier des charges et des grilles tarifaires.

1.5 Quelles perspectives ?

[94] Il n'appartient pas à la mission de se prononcer sur les perspectives de développement des réseaux de soins en général et des plateformes de gestion en particulier. Elle peut toutefois pointer les facteurs favorables à leur développement et, symétriquement, les obstacles et incertitudes qui l'entourent ; à droit constant.

[95] En premier lieu, force est de constater que les facteurs qui ont contribué à l'essor des réseaux de soins perdurent et ne paraissent pas devoir régresser en l'état actuel de la législation, dans les secteurs optique, dentaire et auditif : restes à charge élevés, faible régulation par les autorités sanitaires... Par ailleurs, les plateformes ont désormais acquis un savoir-faire, des outils techniques (notamment des systèmes d'information) et une notoriété qui devraient contribuer à accroître leur poids dans ces trois secteurs.

[96] Inversement, le champ de développement des réseaux est, à droit constant, extrêmement limité par la Loi Le Roux (ce que déplorent la plupart des organismes complémentaires qui ont répondu à l'enquête de l'IGAS). Alors que le secteur hospitalier et les honoraires médicaux comptent parmi les plus gros postes de dépenses des organismes complémentaires, rares sont les réseaux qui ont investi ces champs, ne serait-ce que sur un plan théorique.

[97] Surtout, une incertitude plane autour de la généralisation du tiers payant²⁵ qui constitue la clef de voûte des réseaux de soins ; à la fois facteur d'attraction des assurés, service rendu aux professionnels et source principale d'alimentation des bases de données gérées par les plateformes. La création récente, par plusieurs plateformes, de réseaux de tiers payant « amélioré » dans le secteur de l'optique se prête de ce point de vue à une lecture ambivalente : certains y voient l'extension de l'emprise des plateformes à l'ensemble du secteur ; d'autres y voient la première étape du démantèlement des réseaux de soins, notamment à numerus clausus, sur lesquels reposent ces plateformes.

[98] Enfin, l'attitude des assurés, d'une part, et des professionnels de santé, d'autre part, sera déterminante. Pour les premiers, le recours aux réseaux est dicté par l'image qu'ils s'en font et s'en feront, en particulier du point de vue du rapport qualité/prix. Pour les seconds, l'adhésion aux réseaux – majoritairement subie – est largement tributaire de la capacité d'organisation collective dont chaque profession saura faire preuve et de la pression que la concurrence exercera sur chacun des secteurs.

²⁴ Environ 200 M€ en 2015 ; sur un marché global d'un peu moins d'un milliard. Calculs approximatifs compte tenu des données très lacunaires transmises par les plateformes.

²⁵ Sur la partie RO, par obligation légale (loi sur la modernisation de notre système de santé), et sur la partie RC à l'initiative des organismes complémentaires.

2 REpondant a un besoin reel dans des secteurs peu investis par l'assurance maladie, les reseaux de soins se sont developpes dans un cadre essentiellement concurrentiel

[99] Les réseaux de soins doivent leur développement aux forts restes à charge et à la faible régulation qui caractérisent les secteurs de l'optique, de l'audition et du dentaire. Ils ont également bénéficié d'un cadre légal très favorable, essentiellement constitué par le droit de la concurrence avec une absence presque totale de cadre sanitaire malgré leur impact sur le système de santé.

2.1 Les réseaux de soins, une réponse des organismes complémentaires aux problèmes d'accès aux soins et au manque de régulation publique

2.1.1 De forts restes à charges et des difficultés d'accès aux soins dans les secteurs optique, auditif et dentaire

[100] Les secteurs investis par les réseaux de soins ont en commun la triple caractéristique de susciter une forte demande sociale, d'être onéreux et faiblement remboursés par l'assurance maladie obligatoire, avec pour conséquence, un fort reste à charge pour les ménages et des renoncements à certains soins.

[101] En optique, un cinquième des assurés (hors CMU-C) a acheté au moins un équipement remboursable en 2014 et plus d'un quart des quinquagénaires se sont équipés. Compte tenu du prix unitaire élevé (316 € pour un équipement complet unifocal et 613 € pour un équipement complet multifocal en 2014)²⁶, le marché de l'optique atteint 6,1 milliards d'euros en 2015, faisant de ce poste de dépense le plus important dans la catégorie des biens médicaux.

[102] L'optique médicale est très faiblement prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (3,2 % de la consommation totale d'optique²⁷). Malgré la forte contribution des organismes complémentaires qui augmente régulièrement depuis 2006, le reste à charge moyen (après remboursement de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire) dans ce secteur s'élevait à 24,1 % en 2015²⁸, avec en conséquence un renoncement substantiel aux soins optiques (9,8 % des assurés sociaux²⁹).

[103] Dans le secteur de l'audition, près de 630 000 audioprothèses ont été vendues à plus de 360 000 patients en 2015 ; ce qui permet d'estimer à près de deux millions le nombre de personnes appareillées (renouvellement des équipements en moyenne tous les 5,5 ans)³⁰. En 2015, les dépenses des patients dans le secteur de l'audioprothèse représentent environ 1 milliard d'euros.

[104] Avec un coût pour les patients adultes aux alentours de 1 500 euros par oreille, le reste à charge moyen est particulièrement élevé, de l'ordre de 1000€ par appareil, conséquence de la faible prise en charge obligatoire mais aussi complémentaire. Indépendamment des évolutions de la prévalence du déficit auditif³¹, le besoin dans ce secteur pourrait aujourd'hui concerner entre 1 et 2

²⁶ CNAMTS-SNIIRAM

²⁷ En comptant l'aide médicale de l'État et la CMU-C versée par les organismes de base, les financements publics représentent 4,3 % de cette consommation totale.

²⁸ Les dépenses de santé en 2015, Résultats des comptes de la santé, DREES.

²⁹ IRDES-ESPS 2012

³⁰ CNAMTS – Le marché de l'audioprothèse en 2015 – point de repère n°47 – novembre 2016.

³¹ Le secteur connaît une dynamique forte avec une croissance moyenne de 6,6 % par an depuis 2006, liée à une augmentation du taux de recours ainsi qu'à des facteurs démographiques, la prévalence des limitations auditives augmentant avec l'âge.

million de personnes non appareillées notamment du fait d'un reste à charge trop important, source de comorbidité et de dépenses de santé évitables³².

[105] Les soins dentaires représentent, pour leur part, plusieurs dizaines de millions d'actes chaque année, pour environ 30 millions de patients et 9.1 Mds € de dépenses en 2015. Les soins conservateurs (détartrage, dévitalisation, traitement de carie, etc.) et les soins chirurgicaux (extraction, etc.) bénéficient d'une prise en charge par l'assurance maladie à hauteur de 70 %, sur la base des tarifs conventionnels. En revanche, les honoraires des soins prothétiques sont libres et fixés par le chirurgien-dentiste. Quand ils figurent sur la liste des actes et prestations remboursables, les soins prothétiques peuvent être pris en charge par l'assurance maladie à hauteur de 70 % sur la base de tarifs dits de responsabilité. Toutefois, ces derniers constituent une base de remboursement très inférieure au prix réels. Il en va de même pour les traitements d'orthodontie remboursés à 70 % ou à 100 % sur la base de tarifs également inférieurs à leur coût réel. Les implants sont, quant à eux, non remboursables.

[106] Alors que les soins conservateurs constituent 42 % de l'activité mais seulement 15 % de leurs honoraires, les soins prothétiques (11 % de leur activité), pèsent pour plus de la moitié dans les honoraires des dentistes. L'assurance maladie obligatoire n'y contribuant qu'à hauteur d'un tiers (auquel s'ajoutent 3 % de contribution Etat), le financement des soins dentaires repose majoritairement sur les assurances complémentaires (39 %) et les ménages (25 %). Ce déséquilibre engendre des difficultés d'accès aux soins, voire à des renoncements³³, notamment aux implants et prothèses, c'est-à-dire aux soins les plus coûteux (4,7 millions de personnes auraient renoncé à la pose d'une couronne, d'un bridge ou d'un implant dentaire en 2012).

[107] La nouvelle convention dentaire, approuvée par le gouvernement suite à la procédure d'arbitrage, devrait réduire ces restes à charge grâce au plafonnement du tarif des prothèses. Toutefois, ce plafonnement – qui ne concerne pas les implants - sera progressif (sur 4 ans) et les tarifs resteront très supérieurs à la base de remboursement de la sécurité sociale (elle-même revalorisée par cette convention).

Tableau 6 : Reste à charge dans les secteurs optique, audio et dentaire en 2015

2015	Dépenses annuelles	Part publique (AMO + Etat)	Part assurances complémentaires	Reste à charge pour les usagers
optique	6.1 Md€	4 %	72 %	24 %
		0,27	4,37	1,46
audition³⁴	1 Md€	14 %	30 %	56 %
		0,14	0,30	0,56
dentaire	9.1Md€	36 %	39 %	25 %
		3,3	3,5	2,3
TOTAL	16,2 Md€	23 %	51 %	26 %
		3,71	8,17	4,32

Source : Comptes de la Sécurité Sociale - juin 2016, dépenses de santé en 2015 (DREES), CNAMTS 2016

2.1.2 Un faible encadrement des pratiques, de la qualité des soins et des produits

[108] Les professions d'opticiens et d'audioprothésistes sont régies par un conventionnement avec l'assurance maladie obligatoire qui emporte des engagements très généraux sur la qualité de

³² Difficultés de communication, isolement social, risques accrus de dépression et de troubles cognitifs

³³ Selon l'IRDES, 17,7 % des assurés sociaux déclaraient avoir renoncé à des soins dentaires pour raisons financières (ESPS 2012).

³⁴ La répartition (en %) des dépenses est celle du HCAAM (2013).

l'accès et des prestations fournies, ainsi que sur l'encadrement des prix et la limitation du reste à charge des assurés³⁵.

[109] En application de ces conventions nationales, les CPAM procèdent à des contrôles de type déclaratif lors de l'installation pour s'assurer de la conformité administrative et technique des locaux et des équipements ainsi que des conditions d'exercice des professionnels conventionnés. D'autres contrôles peuvent être menés ponctuellement sur l'activité des professionnels et le respect des engagements conventionnels (conformité de la prestation à la prescription, modalités de facturation et de règlement des prestations, remise d'un devis normalisé en audioprothèse, facturation sur feuille de soin type en optique, procédure de dispense d'avance de frais...). Ils semblent cependant assez rares.

[110] Dans le domaine de la concurrence, la DGCCRF et son réseau peuvent procéder à des enquêtes sur les pratiques commerciales suite à des plaintes ou signaux d'alerte. Au cours des dernières années, des investigations ont ainsi été menées dans le secteur de l'optique et de l'audition : rabais pratiqués par des enseignes d'optique, pratiques de certains réseaux de soins, allégations « 100 % remboursés »... Mais ces travaux, du fait de leur lourdeur, sont ponctuels ; d'autant plus que les plaintes des consommateurs au sujet des réseaux de soins sont rares.

[111] Quant aux autorités sanitaires et notamment les ARS, elles sont presque totalement absentes des secteurs de l'aide auditive et de l'optique, pourtant régis par le Code de la Santé Publique (les équipements d'optique et les audioprothèses sont des dispositifs médicaux, vendus par des professionnels de santé).

[112] Pour sa part, l'activité dentaire fait théoriquement l'objet de plusieurs formes de contrôles. Dans les faits, ce secteur est très peu surveillé :

- en constante diminution depuis la suppression de l'entente préalable, les chirurgiens-dentistes conseils de la sécurité sociale, aujourd'hui au nombre de 169 pour l'ensemble du territoire (rapport IGAS 2016), ne peuvent exercer que de façon marginale leur rôle de contrôle des pratiques dentaires et de bonne application de la convention nationale (selon la Cour des comptes, 521 dentistes libéraux auraient été contrôlés en 2014 soit 1.5 % de la profession) ;
- hormis l'enregistrement des nouveaux professionnels de santé installés sur leur territoire, et sauf plaintes ou signalements à instruire, les ARS n'exercent pas de contrôles particuliers sur les soins de chirurgie dentaire (une centaine seulement d'inspections ont été diligentées en 2016, soit moins de 0.5 % des dentistes en activité) ;
- enfin, les contrôles réalisés par l'ordre des chirurgiens-dentistes (qualité et sécurité des soins, respect des règles d'hygiène et d'asepsie...) sont rares³⁶.

[113] De manière générale, la santé bucco-dentaire souffre du désengagement financier de l'assurance maladie obligatoire, de la rareté des ressources d'inspection et du manque de référentiels de bonnes pratiques et d'indicateurs objectifs pour apprécier la qualité et la sécurité des soins. De fait, la Haute Autorité de Santé consacre peu de travaux aux questions dentaires, et n'a pas publié d'études sur ce thème entre 2011 et 2015³⁷.

³⁵ Convention nationale des opticiens conclue en 2003 entre les caisses nationales d'Assurance Maladie et des représentations professionnelles d'opticiens. Arrêté du 13 août 1992 fixant la convention type entre les organismes d'assurance maladie et les audioprothésistes.

³⁶ Entre 2005 et 2014, la moitié des 95 conseils départementaux ont visité moins de 10 % des cabinets de leur ressort ; seuls 15 % des conseils les ont tous visités, Rapport de la Cour des comptes, septembre 2016.

³⁷ L'association dentaire française (ADF) élabore et actualise pour sa part certains guides qui ont pour objectif de favoriser une auto-évaluation par les professionnels (risques professionnels, risque médicaux, prévention des infections

[114] Ces insuffisances en moyens de contrôle sont accentuées par les limites du dispositif de recueil de signalements et de plaintes, à la fois parcellaire et trop peu coordonné.

2.1.3 Les réseaux de soins sont considérés par les organismes complémentaires comme un levier de gestion du risque et de recomposition du régime complémentaire d'assurance maladie, au nom du « patient/consommateur »

[115] En réponse au désengagement de l'assurance maladie obligatoire, les organismes complémentaires sont devenus progressivement les principaux financeurs des dépenses de santé dans les secteurs des aides auditives, de l'optique et du dentaire (cf tableau 6). Encouragée par la solvabilisation de la demande (induite par le régime complémentaire), l'inflation de la dépense dans ces secteurs et, par conséquent la contribution du régime complémentaire, n'a cessé de croître jusqu'à atteindre 16,2 Mds € en 2015, dont 8,2 à la charge du régime complémentaire.

[116] Pour juguler cette croissance, les organismes complémentaires ont pris des mesures en complément de celles des pouvoirs publics³⁸ : limitation des garanties les plus généreuses, système de bonus/malus... Les réseaux de soins participent de cette logique de « gestion du risque », sur un triple plan :

- encadrement des tarifs (grilles tarifaires) et normalisation de l'offre (catalogue de produits) ;
- lutte contre la fraude (contrôles a priori et a posteriori) ;
- contrôle de la qualité des produits et des pratiques.

[117] Par l'entremise des réseaux, les organismes complémentaires sont, à leurs dires, passés du statut de payeurs aveugles à celui de gestionnaires impliqués (des « acheteurs de soins », sur le modèle anglo-saxon), prenant d'une certaine façon leur responsabilité dans des secteurs dont ils sont les premiers financeurs et donc les principaux intéressés du point de vue économique mais aussi sanitaire.

[118] Outils revendiqués de gestion du risque, les réseaux de soins constituent également un élément de la restructuration du secteur de la complémentaire santé.

[119] Sous l'effet de la concurrence et des exigences de solvabilité, le nombre d'organismes complémentaires a été divisé par plus de trois en 15 ans, passant de 1 702 en 2001 à 507 en 2015. Ce mouvement de concentration, qui a surtout affecté les mutuelles, se poursuit en s'affranchissant des frontières statutaires. Les rapprochements se multiplient, sous différentes formes juridiques (unions de mutuelles, unions mutualistes de groupe, unions de groupe mutualiste...), en vue de permettre aux acteurs de mettre en commun des moyens, de coordonner leurs stratégies, ou même de préparer de futures fusions.

[120] Les plateformes de gestion contribuent à ce double mouvement de concentration et d'« hybridation » : à une exception, toutes rassemblent des actionnaires et des clients relevant de statuts divers (mutuelles, assurances, institutions de prévoyance). Ces rapprochements ne sont pas sans créer des tensions, notamment dans le secteur mutualiste. La mission a été témoin de ces débats – parfois vifs – entre mutuelles sur la stratégie à adopter en matière de réseaux de soins : rejoindre une plateforme de gestion qui apporte un service « clef en main » ou poursuivre une démarche autonome, mais moins visible du point de vue de l'assuré.

associées aux soins, règles de radioprotection en cabinets dentaires...). Mais ils ne couvrent pas l'ensemble des bonnes pratiques notamment dans le champ du prothétique.

³⁸ plafonnement des garanties optique dans le cadre des contrats responsables

[121] Certaines mutuelles, regroupées au sein de la FNIM, s'opposent même de manière radicale aux réseaux à cause de leur « vision utilitariste de la santé fondée sur la valeur et non sur l'engagement des personnes » et des risques qu'ils feraient peser sur « l'idéal mutualiste » de protection sociale. Très minoritaire, cette position n'en révèle pas moins les tensions provoquées par les réseaux de soins au sein du monde mutualiste et plus généralement des organismes complémentaires.

[122] De fait, les réseaux de soins sont une des manifestations – et un des leviers - de la concurrence de plus en plus vive qui anime le secteur de la complémentaire santé. La mission a constaté qu'au-delà des discours sur la gestion du risque, les réseaux de soins constituent avant tout un élément de différenciation : un « produit d'appel » destiné à fidéliser ou conquérir des assurés. Les réseaux de soins sont ainsi de plus en plus mis en avant dans la communication des organismes complémentaires, avec toutefois des différences³⁹.

[123] Les réseaux font en effet écho à une triple demande sociale :

- l'accessibilité financière (baisse du reste à charge et tiers payant) et l'optimisation du rapport qualité/prix des biens et services ;
- le choix de produits (analyse de devis et de demandes de prises en charge) en temps réel grâce à l'industrialisation des procédures et les systèmes d'information des plateformes ;
- le besoin de sécurité et d'orientation dans un système de santé jugé trop complexe et incertain.

[124] La position des associations de défense des consommateurs en faveur des réseaux de soins témoigne de cette capacité des plateformes de gestion à répondre à ces demandes. C'est d'ailleurs toujours l'intérêt du patient ou du consommateur que celles-ci mettent en avant, dans un discours parfois très revendicatif voire militant.

2.2 Un cadre juridique limité au droit de la concurrence, dont les autorités donnent une interprétation très favorable aux réseaux

[125] Outre le fait qu'ils répondent à un besoin réel, les réseaux de soins doivent leur essor à un cadre juridique très sommaire, interprété d'une façon qui leur est très favorable, et qui n'est pas contrebalancé par des dispositions sanitaires particulières.

2.2.1 L'Autorité de la concurrence prend, de façon constante, position en faveur des réseaux de soins

[126] Dans un avis rendu en 2009⁴⁰, l'Autorité de la concurrence a pris position en faveur des réseaux de soins dont l'effet «pro-concurrentiel » profiterait aux consommateurs en leur garantissant des prix avantageux et une lisibilité accrue de l'offre. Les réseaux de soins seraient également intéressants pour les professionnels de santé qui verraient leur activité mieux connue et leur clientèle augmenter. Enfin, les réseaux de soins auraient un effet systémique : pour continuer d'attirer des clients, les professionnels qui restent en dehors des réseaux proposeraient des services supplémentaires, un surcroît de qualité et/ou des baisses de tarifs.

³⁹ Parmi les organismes rencontrés, la mission a constaté que les grands groupes communiquent plus discrètement sur les réseaux afin, notamment, de ne pas brouiller leur stratégie de marque. Les organismes de taille plus modeste s'appuient en revanche davantage sur les plateformes dont la notoriété est plus importante que la leur.

⁴⁰ Avis N 09-A-46 du 9 septembre 2009. Voir en annexe 4 une analyse de la jurisprudence de l'Autorité de la concurrence.

[127] L'Autorité voit dans les réseaux de soins un moyen d'améliorer la concurrence dans des secteurs, tels que l'optique ou l'audioprothèse, marqués par une forte asymétrie d'information et une opacité des coûts.

[128] Cette position de principe a été réaffirmée par l'Autorité à l'occasion de plusieurs décisions rendues sur des réseaux optiques, dentaires ou auditifs depuis 2009. Ainsi, elle a approuvé le principe du référencement des verres (qui n'entraînerait pas de restriction abusive à l'accès au marché) et réfuté les allégations d'abus de position dominante ou d'abus de dépendance économique⁴¹. Dans deux décisions récentes⁴², elle relativise le poids des réseaux de soins (bien loin d'une position dominante) et rejette, faute d'éléments probants, les accusations de pratiques anticoncurrentielles dans le secteur optique comme dans celui du dentaire.

[129] L'analyse de la jurisprudence de l'Autorité de la concurrence permet de relever quelques interrogations qui montrent que sa défense des réseaux n'est pas inconditionnelle. Elle reconnaît ainsi un risque de segmentation du marché de l'assurance complémentaire santé auquel les réseaux pourraient contribuer. Par ailleurs, elle insiste sur la « sélection par les mérites » des professionnels sur des critères objectifs, transparents et non-discriminatoires. Enfin, elle préconise une évaluation objective du risque allégué de dégradation de la qualité.

[130] S'agissant du contournement possible de certains principes déontologiques qui régissent la profession de chirurgien-dentiste (cf infra), l'Autorité renvoie le sujet aux juridictions ordinaires et à l'administration de la santé tout en rappelant que la déontologie ne peut être le vecteur de pratiques restreignant la concurrence⁴³.

[131] Enfin, saisie par les professionnels de santé, la justice a rendu des décisions qui vont dans le sens des avis de l'Autorité de la concurrence en faveur des réseaux⁴⁴.

Droit de la concurrence et santé (éléments de réflexion)

De l'avis même de l'Autorité de la concurrence, si la santé représente un secteur n'échappant pas à la logique de l'efficacité économique, les mécanismes de la concurrence ne peuvent jouer comme sur d'autres marchés ; la santé étant marquée par une forte asymétrie d'information et des risques importants du point de vue de la qualité. Le droit de la concurrence ne peut donc régir seul ce domaine.

Ainsi, les codes de déontologie médicaux contribuent à garantir la qualité des actes et au respect du patient et de la santé publique. Si une forme de concurrence peut exister entre praticiens par le biais de la réputation, ces codes, en proscrivant notamment la publicité et le détournement de clientèle, préviennent le risque de « marchandisation des soins ».

L'Autorité de la concurrence reconnaît également qu'en matière de santé plus qu'ailleurs, l'évaluation du service rendu se heurte au fait que « les demandeurs ne connaissent pas leurs besoins ex ante et ne peuvent évaluer ex post la qualité ou le prix des prestations ».

Source : Mission IGAS

2.2.2 La loi « Le Roux » contient peu de dispositions normatives et beaucoup de principes très généraux

[132] La loi n°2014-57 du 27 janvier 2014 « relative aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaires et les

⁴¹ Décision n° 13-D-05 du 26 février 2013 ; l'Autorité considère notamment que les opticiens sont libres d'adhérer ou non à un réseau sans que cela ne représente une condition indispensable à la réalisation de leur activité.

⁴² Décision n° 16-D-12 du 09 juin 2016 et Décision n° 16-D-23 du 24 octobre 2016

⁴³ Etude thématique droit de la concurrence et santé, rapport annuel du Conseil de la concurrence, 2008.

⁴⁴ Le syndicat CDO débouté par le Tribunal de commerce de Paris en janvier 2017 suite à sa plainte contre l'offre Prysmé de Carteblanche, jugement faisant suite à la même décision de l'Autorité de la concurrence n° 16-D-12 du 09 juin 2016

professionnels, établissements et services de santé », codifiée dans les codes de la mutualité (article L. 112-1) et de la sécurité sociale (article L. 863-8), encadre les réseaux de soins du point de vue sanitaire.

[133] Outre la possibilité donnée aux mutuelles de moduler les taux de remboursements en fonction du recours (ou non) aux réseaux, on y trouve quelques dispositions normatives restreignant le champ d'intervention de ces derniers :

- interdiction de fixer des tarifs plafonds pour les actes et prestations remboursables par l'assurance maladie obligatoire (hormis dans les secteurs des aides auditives, de l'optique et du dentaire où tous les prix peuvent être encadrés) ;
- interdiction de moduler les taux de remboursement pour les actes et prestations médicaux.

[134] Les autres dispositions – au demeurant peu nombreuses - sont trop générales pour avoir une réelle portée, faute de textes d'application (la loi ne renvoie à aucune disposition réglementaire) :

- « ces conventions ne peuvent comprendre aucune stipulation portant atteinte [...] aux principes d'égalité et de proximité dans l'accès aux soins »;
- « L'adhésion des professionnels [...] s'effectue sur la base de critères objectifs, transparents et non discriminatoires » ;
- « L'organisme assureur garantit une information complète auprès de ses assurés ou des adhérents sur l'existence du conventionnement, ses caractéristiques et son impact sur leurs droits ».

[135] Certaines dispositions sont mêmes inapplicables car à la fois trop générales et contradictoires : la loi autorise, d'une part, la modulation du taux de remboursement et, d'autre part, protège la liberté de choix des patients, alors que la première est une nette restriction à la seconde.

[136] Enfin, certaines dispositions sont, faute de précisions, vidées de sens. Ainsi, la loi réserve à l'optique la possibilité de limiter le nombre d'adhésions (réseaux à numerus clausus) alors qu'à travers des critères de sélection très sévères (qui correspondent d'ailleurs à la sélection par les mérites prônée par l'Autorité de la concurrence) et des fenêtres d'adhésion très limitées dans le temps, des « réseaux restreints » ont été créés dans les secteurs dentaire et des aides auditives, selon la même logique que les réseaux fermés.

[137] Faute de cadre précis posé par la loi et d'implication réelle des autres administrations concernées (notamment dans le domaine de la santé), l'Autorité de la concurrence fait donc office d'unique arbitre, alors même qu'un pan important de l'activité des réseaux ne relève pas de son périmètre (la qualité et la sécurité des soins, la déontologie des pratiques).

L'histoire législative agitée des réseaux des soins

Alors qu'elles avaient créé des réseaux de soins depuis des années, les Mutuelles se sont vu interdire par plusieurs décisions judiciaires, confirmées par un arrêt de la cour de cassation de 2010, la différenciation des taux de remboursement selon que l'assuré recourait ou non à un réseau. Aucune interdiction de cette nature n'existait pour les institutions de prévoyance ni pour les sociétés d'assurance.

Plusieurs propositions de loi ont été déposées pour autoriser cette différenciation, sans succès (PPL d'Yves Bur en 2010 et amendement à la loi Fourcade en 2011).

Finalement, un texte présenté par B. Le Roux a été voté fin 2013 après de longs débats parlementaires au cours duquel partisans et adversaires des réseaux de soins se sont affrontés. La loi reflète ces débats et ces oppositions puisque, loin de se limiter à autoriser la différenciation des taux de remboursement pour les mutuelles, elle comporte un long article encadrant l'activité des réseaux de soins et un autre prévoyant leur évaluation.

Cette loi n'a pas été censurée par le Conseil constitutionnel qui a considéré que, contrairement à ce que soutenaient les requérants, la création de réseaux à numerus clausus pour les seuls opticiens ne portait atteinte ni au principe d'égalité devant la loi ni à la liberté d'entreprendre.

Source : Mission IGAS

2.2.3 Le code de déontologie ne s'applique pas directement aux réseaux de soins

[138] La profession de chirurgien-dentiste est régie par des principes déontologiques (inscrits aux articles R4127-210 et suivants du code de la santé publique), dont la portée peut être amoindrie voire compromise par les réseaux de soins : libre choix du chirurgien-dentiste par le patient, liberté de prescription du chirurgien-dentiste, interdiction de détourner ou de tenter de détourner la clientèle, interdiction de tous procédés directs et indirects de publicité...

[139] En se fondant sur ces dispositions, l'Ordre des chirurgiens-dentistes a appelé (entre 2002 et 2007) les praticiens à ne pas adhérer ou résilier leur adhésion au réseau Santéclair dont les pratiques étaient jugées contraires à la déontologie (publicité et détournement de clientèle). L'Autorité de la concurrence a lourdement sanctionné⁴⁵ le Conseil national de l'Ordre et certaines de ses instances départementales assimilant sa démarche à un appel au boycott.

[140] Depuis cette sanction, qui a été confirmée en appel et en cassation, le Conseil de l'ordre se tient globalement en retrait (et n'intervient qu'en soutien éventuel lors de procès intentés par les chirurgiens-dentistes à l'encontre de confrères adhérents à un réseau)⁴⁶. Les quelques procès portés devant les chambres disciplinaires régionales pour compérage, tentative de détournement de clientèle et publicité mensongère n'ont abouti à aucune condamnation en première instance, sauf pour non transmission des conventions signées avec les plateformes. Des appels ont été faits devant le Conseil d'Etat.

[141] Dans sa charte⁴⁷, le Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes rappelle que s'il n'a « pas pour mission de délivrer un « agrément » ou « refus d'agrément » quant aux prestations proposées par des sociétés commerciales aux chirurgiens-dentistes, dans quelque domaine que ce soit », il appartient aux chirurgiens-dentistes qui souhaitent souscrire ces abonnements « de vérifier

⁴⁵ Décision 09-D-07 du 12 février 2009, confirmée après recours devant la cour de la cour d'appel de Paris (Arrêt du 19 janvier 2010) et de la Cour de cassation (Arrêt du 7 juin 2011)

⁴⁶ Une circulaire a été adressée aux ordres départementaux en novembre 2013 pour rappeler les règles que doivent respecter les conventions conclues avec les réseaux dentaires. Ces conventions étant rarement soumises aux Ordres départementaux (malgré l'obligation faite par le code), la portée de cette circulaire est limitée. Pour les mêmes raisons, les Ordres départementaux peuvent difficilement savoir qui travaille dans un réseau. Au niveau national, l'Ordre est ainsi incapable d'évaluer la part des dentistes qui interviennent dans un réseau.

⁴⁷ Charte ordinaire relative à la publicité et à l'information dans les médias (2014) et son complément de mai 2015.

qu'ils sont en conformité avec leur déontologie ». Le caractère déontologique – ou non – des réseaux de soins est donc renvoyé à l'appréciation de chaque praticien et, le cas échéant, aux instances ordinales lorsqu'elles disposent des conventions⁴⁸.

2.3 Les réseaux opèrent une régulation de l'offre de soins, sans véritable contrôle ni contre-pouvoir

2.3.1 Les réseaux de soins ont une influence sur l'offre de soins, hors de tout contrôle sanitaire

[142] Les réseaux de soins – singulièrement ceux gérés par les six plateformes décrites précédemment – opèrent une véritable régulation de l'offre de soins voire même des parcours de santé : référencement et tarification des produits et des soins, orientation des patients vers des professionnels de santé sélectionnés, contrôle de qualité des produits et des pratiques....

[143] Ces effets systémiques sont loin d'être anodins : on le voit dans le secteur dentaire où l'activité des réseaux contribue à la concentration des actes prothétiques, avec pour conséquence possible, bien que non démontrée à ce jour, de priver les professionnels hors réseau d'une partie des actes les plus rémunérateurs.

[144] S'agissant des secteurs de l'optique ou de l'aide auditive, des réorganisations de l'offre sont également possibles dans les territoires où les réseaux, en orientant les patients vers des points de vente éloignés, peuvent induire à moyen terme une raréfaction voire une disparition de l'offre locale et compliquer l'accès aux soins.

[145] Sur le plan commercial, les réseaux orientent le choix des consommateurs et influent sur les marchés de l'optique et de l'audition à travers leurs catalogues et leurs grilles tarifaires (référencement ou déréférencement de tel ou tel produit, tel ou tel fournisseur...). Dans certains cas, ce pouvoir de marché va jusqu'à imposer (ou fortement inciter) la vente de produits propres au réseau.

[146] Enfin, les réseaux de soins interviennent dans la délivrance de dispositifs médicaux (lunettes, audioprothèses, implants, prothèses⁴⁹,...) soumis à réglementation et dans la réalisation d'actes de soins dont certains recèlent des risques sanitaires.

[147] Pourtant, les réseaux de soins échappent – à ce jour – à tout contrôle de la part des autorités sanitaires, tant aux niveaux national que régional. Outre le cadre juridique défaillant (cf supra), cette lacune s'explique en partie par l'absence de plaintes ou de réclamations émanant de patients/assurés, ou portées par les associations de consommateurs et de patients. Rencontrées par la mission, ces dernières se déclarent plutôt favorables aux réseaux même si elles reconnaissent qu'il faut aller plus loin dans la démarche qualité (plus d'indépendance dans l'évaluation, certification des praticiens, élaboration de référentiels de prise en charge...).

[148] Une autre raison de l'absence des autorités sanitaires sur le champ des réseaux tient plus largement au désengagement de la puissance publique sur les secteurs de l'optique, de l'audition et

⁴⁸ L'UNOCAM et la CNSD ont également signé en 2013 une « Charte des bonnes pratiques pour les relations entre les chirurgiens-dentistes et les OCAM », dans laquelle les parties s'engagent à respecter le code de déontologie.

⁴⁹ Les prothèses de hanche et les implants sont des dispositifs médicaux (DM) de classe III (la plus élevée en terme de risque sanitaire), les audioprothèses, les couronnes et les lentilles de contact de classe II (risque potentiel modéré/mesuré), soumis à un marquage CE obtenu via un organisme notifié qui va étudier le dossier présenté par le fabricant et évaluer la conformité du produit aux exigences essentielles définies par la directive européenne. Les lunettes sont un DM de classe 1

du dentaire, avec pour corollaire peu de contrôles et de normes applicables (référentiels), la question de la qualité dans ces secteurs se posant autant au sein des réseaux qu'en dehors.

2.3.2 Un fort déséquilibre de la relation contractuelle qui, concurrence oblige, n'empêche pas une adhésion massive aux réseaux

[149] Ce dispositif est d'autant plus déséquilibré que la relation contractuelle entre les réseaux et les professionnels de santé est elle-même déséquilibrée. Outre d'être passées sans aucune négociation (« contrats d'adhésion »), ces conventions comportent une très forte asymétrie des droits et obligations réciproques (cf l'analyse juridique des conventions, en annexes 5 et 6).

[150] L'ensemble des responsabilités est ainsi déportée sur le professionnel de santé, qu'il s'agisse de la qualité des produits/prestations, de la gestion administrative des demandes de prise en charge, du recueil et de la transmission des informations... Les réseaux imposent un cahier des charges parfois très contraignant aux professionnels (avec une forte restriction de leur autonomie), mais déclinent toute responsabilité en cas de problème. Ces conventions accordent également aux plateformes des pouvoirs étendus de sanction (allant de l'avertissement à l'exclusion), sans équivalent pour les professionnels de santé. Enfin, certaines plateformes exigent des opticiens qu'ils proposent systématiquement des produits spécifiques au réseau ou qu'ils s'engagent, contractuellement, à en vendre un certain nombre.

[151] Au regard de ces obligations, les contreparties sont minces. Les plateformes s'engagent à fournir des outils de dématérialisation (logiciels intégrés, portail web...), à assurer leur maintenance et apporter une aide technique en cas de difficulté (plateforme téléphonique, intervention en ligne...). Elles s'engagent également à communiquer le nom des professionnels partenaires aux assurés dans l'idée de leurs assurer un surcroît de clientèle.

[152] A ce déséquilibre contractuel s'ajoute le fait que, dans le secteur de l'optique notamment, les plateformes organisent une forme de précarité en renouvelant périodiquement leurs réseaux, parfois de façon drastique⁵⁰. Cette insécurité est d'autant plus mal vécue par les professionnels que les motifs de rejet ou d'admission ne sont pas toujours explicites.

[153] Malgré cela, les réseaux de soins rassemblent des milliers de professionnels de santé. Ce succès tient à la vive concurrence qui règne dans ces secteurs, notamment dans celui de l'optique. L'appartenance à un réseau (surtout fermé) peut en effet entraîner un afflux de clients. Des cas de ce type ont été rapportés à la mission, sans preuve documentaire. Mais le plus souvent, les opticiens comme les audioprothésistes ont le sentiment, quel que soit leur statut (indépendant, sous enseigne...), que leur adhésion aux réseaux leur évite surtout de perdre des clients.

[154] Même les grandes enseignes nationales, pourtant fortes du nombre de leurs points de vente et de leur capacité d'organisation, semblent subir l'emprise des réseaux⁵¹. Dans le secteur de l'optique, elles sont surreprésentées dans les réseaux alors que les indépendants sont nettement moins présents, notamment dans les réseaux à numerus clausus (voir annexe 2 « enquête auprès des plateformes de gestion »).

[155] Les chirurgiens-dentistes qui exercent dans un univers a priori moins concurrentiel et qui sont plus organisés, ne perçoivent pas les réseaux comme une nécessité. Pour ceux qui y adhèrent, en proportion très inférieure aux autres secteurs, les réseaux constituent surtout un appoint de clientèle (notamment en cabinet libéral). Quand ils ne font pas gagner de patients, ils permettent,

⁵⁰ Lors du renouvellement de son réseau optique, une plateforme n'a gardé que 30 % des opticiens du réseau précédent.

⁵¹ La plupart des enseignes disposent d'un service en charge de la relation avec les gestionnaires de réseaux et de l'appui aux magasins (succursales et franchises).

en tant qu'« agrégateurs d'OCAM » de faciliter la prise en charge des patients disposant d'une assurance complémentaire.

[156] Enfin, la dématérialisation et l'automatisation des procédures offertes par les plateformes constituent un service incontestable sur le plan de l'efficacité logistique. Cette appréciation est toutefois nuancée par les dysfonctionnements informatiques, ainsi que des contraintes induites d'une part par la gestion des données patients et le temps administratif dédié, d'autre part, par l'usage de plusieurs logiciels différents lorsque le professionnel adhère à plusieurs réseaux. Cette dernière contrainte est plus lourde pour les indépendants qui n'ont pas l'appui du siège ou pour les professionnels qui ne sont pas « nés » avec les réseaux et sont moins à l'aise avec l'outil informatique.

2.3.3 Des contre-pouvoirs qui peinent à s'affirmer

[157] Malgré ces déséquilibres, aucun des syndicats, associations ou ordres qui les représentent ne parvient véritablement à jouer un rôle de contre-pouvoir. Leur ligne de défense, parfois maladroite, pâtit en partie des soupçons de corporatisme, même s'ils affirment défendre l'intérêt du patient/assuré. Les plaintes qu'ils formulent auprès de l'Autorité de la concurrence ou des juridictions civiles sont déboutées, faute d'éléments probants ou de consistance juridique.

[158] Certains professionnels de santé semblent s'être fait une raison, en particulier les plus jeunes, qui sont installés avec les réseaux et qui en voient les bons côtés, ou certaines unions professionnelles qui considèrent qu'ils sont trop implantés pour imaginer un retour en arrière.

[159] Il subsiste toutefois des oppositions substantielles, particulièrement dans le secteur dentaire, où les jeux restent très ouverts, du fait du moindre intérêt pour les professionnels de travailler en réseau et des contraintes particulières de l'activité (sa possible sinistralité et l'exigence de qualité, l'indépendance des professionnels, l'importance de la relation de confiance, la difficulté d'encadrer et de normer l'exercice) qui rendent impossible une transposition intégrale du modèle des réseaux optiques et auditifs.

[160] Par ailleurs, la profession des chirurgiens-dentistes est plus soudée et sa défense plus organisée que les autres, représentée à la fois par un Ordre et des syndicats structurés dont certains siègent dans les grands groupements associatifs comme l'Association dentaire française.

[161] Récemment, des initiatives locales de boycott, plus ou moins organisées, ont vu le jour dans le secteur de l'optique. La mission a rencontré des professionnels qui ont quitté les réseaux après plusieurs années de partenariat, préférant « le risque de perdre une partie de leur clientèle que le sens de leur métier » (ils s'estiment réduits par les réseaux au simple statut de sous-traitants). Apparu en Savoie et en Corse, le mouvement OSCAR⁵² s'efforce de mobiliser l'ensemble de la profession. Même si les défections sont significatives dans certains territoires, la mission a pu constater qu'elles ne remettent pas en question les réseaux de soins : on trouve toujours, dans les zones à la pointe de la contestation, des professionnels adhérant aux 6 grandes plateformes.

⁵² Opticiens sans complémentaires avec réseaux

3 IMPACT DES RESEAUX DE SOINS SUR LA QUALITE, LES PRIX, LES DEPENSES DE SANTE ET L'ACCES AUX SOINS : QUELQUES CERTITUDES ET BEAUCOUP DE QUESTIONS

[162] Faute de données suffisantes, la mission ne peut que pointer les enjeux et questions soulevées par les réseaux et émettre des hypothèses quant à leurs impacts. Sur plusieurs points, cependant, des constats peuvent être établis, les données collectées et celles produites par la mission (enquête auprès des organismes complémentaires et des plateformes ; analyse des conventions) étant suffisamment convergentes et significatives.

3.1 Un écart de prix important entre le réseau et le hors-réseau, notamment en optique

3.1.1 Précautions méthodologiques

[163] La question tarifaire est au cœur de l'activité des réseaux : c'est pour permettre à leurs adhérents d'accéder à des prix préférentiels que les organismes complémentaires ont constitué les premiers réseaux, en particulier en optique.

[164] Aujourd'hui encore, la baisse des prix constitue le premier argument mis en avant par les six plateformes. C'est aussi un point qui cristallise les débats, parfois très vifs, sur l'intérêt des réseaux ou leurs risques ; selon le point de vue exprimé. L'analyse juridique des conventions menée dans le cadre de la mission (cf. annexes 5 et 6) a également montré qu'au-delà des clauses de « recopiage » des obligations légales et professionnelles, les conventions ont principalement pour objet l'encadrement des prix.

[165] Cet impact sur les prix n'est pas facile à mesurer. En toute rigueur, il conviendrait de comparer des produits ou soins strictement identiques, vendus aux mêmes assurés par le même professionnel de santé, avant et après son intégration dans le réseau.

[166] Ceci n'étant pas possible, compte tenu de l'absence de données, la mission a comparé des produits et des soins aussi semblables que possibles, en précisant :

- s'il s'agit du prix d'un produit ou d'une prestation spécifique ; d'une catégorie de produits/prestations ou d'un produit/prestation moyen ;
- le point de comparaison utilisé (prix hors réseau ou prix globaux) ;
- quels réseaux sont concernés (ceux gérés par les 6 plateformes ou l'ensemble des réseaux de soins⁵³) ;
- le mode de calcul des résultats et notamment la pondération des données (pondération par le nombre de personnes protégées pour l'enquête auprès des organismes complémentaires ; pondération par le nombre de prise en charge pour l'enquête auprès des plateformes).

[167] Ces résultats sont à interpréter avec précaution. Ainsi, un écart de prix pour une catégorie de produits/prestations et a fortiori pour un produit/prestation moyen ne dit rien de la nature ni de la qualité du produit acheté. Il indique simplement une moindre dépense, pour un produit ou un service donné (un équipement d'optique ou deux verres simples ; par exemple). Ces résultats ne

⁵³ L'enquête auprès des plateformes de gestion ne concerne, par définition, que les réseaux gérés par ces plateformes. A l'exception toutefois du réseau dentaire MFP/CNSD. L'enquête auprès des organismes complémentaires couvre tous les réseaux de soins même si plus de 90 % des répondants recourent à une plateforme de gestion.

disent rien, non plus, sur les acheteurs : ni sur leurs besoins (déficience visuelle ou auditive par exemple), ni sur leurs capacités financières ou leurs comportements d'achat qui influent sur les prix moyens constatés, réseau et hors réseau. Ils ne permettent donc pas d'en déduire un « impact » lié aux réseaux (évaluation qui nécessite des études plus poussées, cf partie 4).

[168] Ces réserves étant posées, la mission constate indéniablement des différences entre le réseau et le hors réseau, quelles que soient les sources mobilisées : un écart - à la baisse - des prix des produits, des catégories de produits et des achats moyens. Cette différence est particulièrement sensible en optique, dans une moindre mesure dans le secteur des aides auditives et beaucoup plus incertaine en dentaire. Dans tous les cas, seuls les ordres de grandeur doivent être retenus et non les chiffres à la décimale près (voir en annexes 1 et 2 les résultats détaillés).

3.1.2 Des écarts de prix importants en optique

[169] En optique, on constate une différence significative de prix en matière de verres correcteurs :

- -22 % pour des verres unifocaux adultes (code LPP⁵⁴ 2203240) et -19 % pour des verres multifocaux adultes (LPP 2227038), selon que les achats aient été faits dans le réseau ou hors réseau en 2015 (cf. en annexe 1 l'enquête auprès des organismes complémentaires ; tableau 7 ci-dessous) ;
- -23 % et - 24 % pour des verres unifocaux adultes (codes LPP 2203240 et 2259966) ; -16 % et -13 % pour des verres multifocaux adultes (codes LPP 2227038 et 2290396), pour les achats faits via les réseaux gérés par 6 plateformes en 2016, par rapport à l'ensemble des achats⁵⁵ (cf. en annexe 2 l'enquête IGAS auprès des plateformes ; tableau 8 ci-dessous).

[170] Ainsi, sous toutes les réserves citées (notamment l'impossibilité de caractériser la qualité des verres regroupés sous un code LPP, ni les caractéristiques des acheteurs), les éléments collectés par la mission auprès de deux sources différentes convergent autour d'un écart de prix d'environ - 20 % pour les verres adultes achetés dans les réseaux de soins.

[171] Ces chiffres sont moindres que ceux affichés par les plateformes mais correspondent à ceux trouvés dans le cadre d'une étude sur un réseau d'optique déployé dans la région Franche-Comté (étude qui corrige les facteurs de confusion).

[172] Ces chiffres moyens cachent de fortes disparités. Pour une même catégorie de verres, le réseau 3 affiche des prix moyens nettement inférieurs aux autres réseaux. Pour un verre unifocal (code LPP 2203240), l'écart est de 30 euros (soit -38 %) par rapport au réseau 4. Or il s'agit de deux réseaux de tailles comparables et tous deux sans numerus clausus.

⁵⁴ La liste des produits et prestations remboursables (LPPR) prévue par l'article L 165-1 du code de la sécurité sociale classe les produits et prestations sous des « lignes génériques » rassemblant des produits homogènes présentant des spécifications fonctionnelles et techniques identiques. Les verres correcteurs sont classés sous 48 codes LPP mais 6 codes (4 adultes et 2 enfants ; dont les 4 codes adultes utilisés dans ce rapport) concentrent 97 % des ventes. Le code 2227038, représente plus de 50 % des ventes de verre adulte (en valeur).

⁵⁵ SNIIRAM ; données tous régimes, hors CMU-C

Tableau 7 : Prix moyen des verres adultes, dans les réseaux et hors réseaux (2015)

Secteur Optique pour 2015	Assurés qui ont eu recours aux réseaux	Assurés qui n'ont pas eu recours aux réseaux	Diff.	%
Montant moyen prix facturés pour achat de 2 verres adultes	282 €	349 €	-67 €	-19 %
Montant moyen des prix facturés pour 2 verres blancs simples foyers adultes (LPP 2203240)	154 €	197 €	-43 €	-22 %
Montant moyen des prix facturés pour 2 verres blancs multifocaux adultes (LPP 2227038)	398 €	490 €	-92 €	-19 %

Source : Enquête IGAS auprès des OCAM

Tableau 8 : Prix moyen constaté pour 1 verre adulte, par réseau (2016)⁵⁶

	Code LPP	Réseau 1	Réseau 2	Réseau 3	Réseau 4	Réseau 5	Réseau 6	Tous réseaux	SNIIRAM	Ecart
Unifocaux	2203240	64 €	70 €	53 €	83 €	75 €	66 €	67 €	87 €	-23%
	2259966	68 €	72 €	54 €	85 €	78 €	69 €	70 €	91 €	-24%
Multifocaux	2290396	186 €	189 €	184 €	211 €	195 €	175 €	190 €	218 €	-13%
	2227038	190 €	196 €	192 €	221 €	200 €	180 €	197 €	233 €	-16%

Source : Enquête IGAS auprès des plateformes

[173] La comparaison de douze verres (choisis parmi ceux les plus vendus) révèle des écarts de prix importants dans les réseaux gérés par les six plateformes, par rapport aux prix de marché : de - 28 % à -37 % pour les verres unifocaux et -15 à -28 % pour les verres multifocaux⁵⁷. Il ne s'agit là que de quelques références (sur plusieurs dizaines de milliers) mais qui, à la différence des codes LPP, permettent des comparaisons de produits strictement identiques (mêmes références, mêmes indices et mêmes traitements). Là encore, les différences sont notables d'un réseau à l'autre, sans que cela puisse être attribué au nombre d'opticiens (les réseaux 3 et 4 sont largement ouverts).

Tableau 9 : Prix comparés de douze verres, prix plafonds des réseaux/prix médians (2016)

	Verres	Réseau 1	Réseau 2	Réseau 3	Réseau 4	Réseau 5	Réseau 6	Ens. réseaux	nbre ventes	Prix médian	(écart
Unifocaux	1	73 €	69 €	60 €	99 €	74 €	81 €	73 €	101 648	110 €	-33%
	2	79 €	74 €	65 €	109 €	81 €	92 €	80 €	75 093	126 €	-37%
	3	102 €	97 €	65 €	134 €	81 €	104 €	96 €	15 254	141 €	-32%
	4	73 €	71 €	63 €	101 €	74 €	81 €	76 €	67 962	110 €	-31%
	5	57 €	67 €	60 €	84 €	72 €	76 €	69 €	26 845	96 €	-28%
	6	71 €	72 €	65 €	102 €	80 €	87 €	76 €	45 388	111 €	-32%
Multifocaux	1	200 €	205 €	NC	273 €	207 €	214 €	211 €	20 080	274 €	-23%
	2	233 €	215 €	NC	314 €	214 €	241 €	234 €	14 770	317 €	-26%
	3	256 €	244 €	NC	373 €	243 €	286 €	270 €	10 679	346 €	-22%
	4	164 €	111 €	235 €	170 €	137 €	157 €	177 €	5 626	207 €	-15%
	5	191 €	192 €	266 €	237 €	185 €	191 €	197 €	13 853	261 €	-25%
	6	217 €	205 €	NC	263 €	203 €	230 €	214 €	25 198	261 €	-18%

Source : Mission IGAS et Jalma pour les prix médians

⁵⁶ Ces 4 codes LPP représentent près de 90 % des ventes de verres adultes en valeur, dont plus de 50 % pour le code 2227038

⁵⁷ Écarts entre les prix plafonds et les prix médians constatés sur le marché de l'optique ; les prix réellement pratiqués dans le réseau sont inférieurs aux tarifs plafonds (obligation contractuelle), parfois avec des écarts de 10 à 20 %.

[174] Enfin, bien que moindres, des écarts de prix sont observés sur les montures : entre -9 et -12 % par rapport à l'ensemble des dépenses (enquête IGAS auprès des plateformes de gestion). Comme pour les verres, ces différences de prix ne disent rien sur la qualité des montures vendues, domaine où le rapport qualité/prix est également très variable.

Tableau 10 : Prix moyens des montures vendues dans les réseaux (2016)

	Réseau 1	Réseau 2	Réseau 3	Réseau 4*	Réseau 5	Réseau 6	Ts réseaux	SNIIRAM	Ecart
Équ. unifocaux	140 €	102 €	130 €	127 €	138 €	122 €	124 €	137 €	-9%
Équ. multifocaux	148 €	113 €		138 €	149 €	122 €	131 €	149 €	-12%

Source : Enquête IGAS auprès des plateformes * données 2015

[175] Ces écarts sont substantiels même s'il convient de rappeler que la France se caractérise par des prix et des dépenses élevés. Les dépenses moyennes des français pour l'optique dépasseraient de 50 % la moyenne européenne, selon l'UFC Que Choisir. Elles sont particulièrement élevées pour les verres correcteurs : +50 % par rapport à l'Allemagne, +65 % par rapport au Royaume-Uni et l'Italie, +100 % par rapport à l'Espagne⁵⁸.

3.1.3 Des écarts de prix moindres dans les secteurs dentaire et de l'audition

[176] Dans le secteur des audioprothèses, la différence entre le réseau et le hors réseau semble plus limitée même si elle reste significative (autour de -10 %) :

- -10 % pour l'achat de deux audioprothèses adultes dans les réseaux, par rapport aux prix payés hors réseaux (enquête auprès des organismes complémentaires ; tableau 11) ;
- -10 % pour l'achat d'audioprothèses via 3 plateformes, par rapport à l'ensemble des achats⁵⁹ (enquête auprès des plateformes ; tableau 12) ; avec de forts écarts selon les réseaux.

[177] Là encore, cet écart ne dit rien de la qualité des produits vendus ni des caractéristiques des acheteurs.

Tableau 11 : Prix moyen des audioprothèses, dans les réseaux et hors réseaux (2015)

Secteur audio pour l'année 2015	Assurés qui ont eu recours aux réseaux	Assurés qui n'ont pas eu recours aux réseaux	Diff.	%
Montant moyen des prix facturés pour l'achat de deux audioprothèses adulte⁶⁰	2766 €	3073 €	-307 €	-10 %

Source : Enquête IGAS auprès des OCAM

Tableau 12 : Prix moyens pour l'achat d'audioprothèses (2015)⁶¹

	Réseau 1	Réseau 2	Réseau 3	Tous réseaux	SNIIRAM	Ecart
prix moyen	1 931 €	2 420 €	2 336 €	2 307 €	2 570 €	-10%

Source : Enquête IGAS auprès des plateformes

⁵⁸ Distribution de l'optique, UFC Que Choisir, avril 2013 et D. Martimort et J. Pouyet, L'optique en France, Altermind, 2013

⁵⁹ EGB 2015

⁶⁰ Le prix moyen d'un appareil auditif était de 1500 euros en 2015 (SNIIRAM)

⁶¹ Dépenses correspondant à la moyenne entre les assurés ayant acheté un seul appareil (29 %) et ceux qui ont équipé leurs deux oreilles.

[178] Enfin, dans le secteur dentaire, les écarts sont plus modestes mais néanmoins significatifs pour certains réseaux.

[179] Selon l'enquête faite auprès des organismes complémentaires, l'écart serait de -5 % pour les prothèses céramo-métalliques par rapport aux dépenses faites hors réseaux (résultats à prendre avec précautions car obtenus auprès d'un faible nombre de répondants et donc couvrant peu de réseaux).

Tableau 13 : Prix dans le secteur dentaire, dans le réseau et hors réseau (2015)

Secteur Dentaire pour l'année 2015	Assurés qui ont eu recours aux réseaux	Assurés qui n'ont pas eu recours aux réseaux	Diff.	%
Montant moyen des prix facturés pour les soins prothétiques	489 €	498 €	-9 €	-2 %
Montant moyen des prix facturés pour la pose d'une prothèse céramo-métallique	579 €	611 €	-32 €	-5 %

Source : Enquête IGAS auprès des OCAM

[180] Selon l'enquête faite auprès des réseaux dentaires (4 réseaux gérés par des plateformes et le réseau MFP/CNSD), ces écarts seraient, dans certains cas, importants : -37 % pour les couronnes céramo-métalliques sur implants à Paris pour un réseau par rapport à l'ensemble des dépenses présentés au remboursement.

[181] Ces écarts sont cependant très variables :

- selon les réseaux (le réseau 2 affiche des prix souvent supérieurs à la moyenne nationale)
- selon les actes (les écarts sont plus importants pour les implants que pour les couronnes ou les bridges)
- selon les villes (la différence est souvent plus importante à Paris qu'à Rennes, accréditant l'idée selon laquelle le réseau est particulièrement intéressant dans les zones où les prix sont élevés).

Tableau 14 : Prix moyens et prix plafonds pour trois actes dentaires, dans les réseaux et hors réseaux (2016)

		Réseau 1		Réseau 2		Réseau 3		Réseau 4		Réseau 5		SNIIRAM
		tarif moyen	ecart /Sniiram	tarif plafond	ecart /Sniiram	tarif moyen	ecart /Sniiram	tarif plafond	ecart /Sniiram	tarif moyen	ecart /Sniiram	Tarif moyen
Couronne céramique sur métal non précieux	Paris (75)	553 €	-17%	605 €	-9%	547 €	-17%	540 €	-18%	597 €	-10%	663 €
	Rennes (35)	451 €	-13%	570 €	10%	509 €	-2%	455 €	-12%	535 €	3%	517 €
Bridge 3 éléments	Paris	1 565 €	-18%	1 815 €	-5%	1 599 €	-16%	1 620 €	-15%	1 718 €	-10%	1 905 €
	Rennes	1 335 €	-13%	1 710 €	11%			1 365 €	-11%	1 502 €	-2%	1 537 €
Couronne céramo-métallique sur implant	Paris	563 €	-30%	775 €	-3%	553 €	-31%	500 €	-37%			800 €
	Rennes	599 €	-9%	700 €	6%			500 €	-24%			660 €

Source : Enquête IGAS auprès des plateformes

[182] Ces prix sont, dans l'ensemble, inférieurs aux tarifs plafonds fixés par la nouvelle convention dentaire, même si l'écart se réduit, notamment à Paris⁶².

⁶² Aux termes de cette convention, en 2018, le tarif plafond de la couronne céramo-métallique sera de 590 € pour atteindre les 550€ en 2021 (sauf dans les DOM et sur 75, 78, 91, 92 où ce plafond sera de 700€ en 2018 pour atteindre 610 € en 2021). Pour le bridge trois éléments, il sera de 1450 € en 2021 (1680 en Ile de France et dans les DOM).

3.2 Un encadrement efficace des pratiques commerciales abusives ou frauduleuses

[183] En fixant des prix plafonds, les réseaux de soins n'ont pas seulement un impact sur les prix moyens. Ils permettent aussi d'éviter au patient/client les prix excessifs, voire abusifs. L'enquête menée par l' « Observatoire citoyen des restes à charge en santé » en 2014 montrait ainsi que le prix des audioprothèses, pour une même référence, pouvait varier de 1 à 3, selon le point de vente. Dans le secteur de l'optique, la CNAMTS constate des écarts de prix importants selon les lieux de vente (+45 % pour les équipements unifocaux et +30 % pour les équipements multifocaux, d'un département à l'autre⁶³).

[184] Cet « écrêtement » est d'ailleurs l'un des principaux avantages des réseaux dentaires. Les écarts de prix en matière de prothèses sont parfois modestes mais le recours au réseau garantit au patient un prix correct, dans la moyenne de la zone considérée (la plupart des réseaux dentaires fixent des prix différenciés, par région, en distinguant notamment l'Ile-de-France de la Province).

[185] Au-delà des pratiques commerciales excessives voire abusives, les réseaux sont un moyen très efficace de lutte contre la fraude, à travers trois types de contrôles :

[186] - des contrôles a priori qui permettent de vérifier la conformité du produit avec le catalogue et la grille tarifaire ;

[187] - des contrôles a posteriori, sur dossier, qui permettent de vérifier la réalité de la vente et les caractéristiques du produit vendu ;

[188] - des contrôles sur place, destinés à vérifier le respect du cahier des charges, notamment la qualité du service, les locaux et les équipements, le personnel... (contrôles réalisés par les plateformes directement ou par des tiers, parfois de façon anonyme).

Détection des fraudes dans le secteur de l'optique

Dans la plupart des plateformes, outre le contrôle a priori (via le système d'information, lors de la demande de prise en charge), les opticiens membres du réseau font l'objet d'un double contrôle a posteriori : un contrôle aléatoire (dossiers pris au hasard) et un contrôle ciblé. Ce dernier repose sur différents indicateurs qui permettent d'identifier des pratiques « anormales ».

Dans les deux cas, les contrôles de dossiers portent sur 5 pièces :

- l'ordonnance pour s'assurer que la vente respecte la prescription ;
- la demande de prise en charge signée par l'assuré, pour s'assurer de son accord ;
- le bon de livraison électronique des verres (sécurisé et non falsifiable) qui assure la traçabilité des produits,
- la facture, pour vérifier les montants payés par l'assuré ;
- la facture subrogatoire signée par l'assuré (permettant aux opticiens de se faire rembourser auprès des OCAM).

Source : Mission IGAS

[189] C'est dans le secteur de l'optique que cette lutte contre la fraude est à la fois la plus déployée et la plus efficace. De l'aveu même des professionnels concernés, elle a contribué à assainir un secteur où les pratiques frauduleuses n'étaient pas rares.

⁶³ Prix moyens des équipements unifocaux variant de 260 euros dans la Creuse à 390 euros à Paris. Pour les équipements multifocaux, les prix moyens varient de 540 euros dans l'Aude à 740 euros dans le département des Hauts-de-Seine.

[190] La mission a pu vérifier, par elle-même, que si les contrôles a posteriori sont peu fréquents rapportés au nombre de ventes, y compris en optique où pourtant ils sont les plus développés (0,21 % des dossiers par an), cette « surveillance » a un réel effet dissuasif.

[191] En valeur absolue, cela représente en effet plusieurs milliers de contrôles par an ; donc plusieurs milliers d'opticiens contrôlés (en général, un dossier contrôlé correspond à un opticien). Dans certains réseaux, chaque opticien est ainsi contrôlé en moyenne une fois tous les 18 mois.

[192] Les exclusions sont également rares : moins de 2 % des opticiens appartenant aux 4 réseaux étudiés ont été exclus en 2016. En revanche, elles sont très pénalisantes car souvent assorties d'une interdiction de candidater pour plusieurs années. D'autres sanctions sont exercées : avertissement, remboursement des sommes indûment perçues⁶⁴...

Tableau 15 : Contrôles a posteriori dans les réseaux d'optique (2016)

	Réseau 1	Réseau 2	Réseau 3	Réseau 4	Ensemble
Opticiens exclus/opticiens adhérents	0,85%	3,02%	0,57%	1,21%	1,54%
Dossiers contrôlés/prises en charge	0,46%	0,08%	0,05%	0,18%	0,21%

Source : Enquête IGAS auprès des plateformes

3.3 Un impact sur la qualité difficile à mesurer avec de possibles zones à risques dans le secteur dentaire

3.3.1 La qualité en santé est une notion complexe à appréhender

[193] De manière récurrente, les associations d'usagers dénoncent l'asymétrie d'information dans les secteurs de l'optique, de l'audition et du dentaire qui priverait l'utilisateur de repères pour rechercher le meilleur rapport qualité/prix. Prenant acte de cette carence, les réseaux proposent des produits et des actes de santé à moindre prix en garantissant un niveau de qualité au moins égal, voir optimal.

[194] Ce point est crucial pour au moins deux raisons. D'une part, parce qu'il concentre les critiques des détracteurs des réseaux pour lesquels une trop forte pression sur les prix ne peut qu'entraîner des risques pour la qualité des pratiques et des soins. D'autre part, parce qu'il renvoie à la question plus générale de l'évaluation dans des domaines où la qualité est difficile à vérifier.

[195] L'OMS définit la qualité en santé comme un acte qui assure « le meilleur résultat en termes de santé conformément à l'état de la science, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour la plus grande satisfaction en termes de procédures ». Pour juger de la qualité, il faut donc distinguer :

- l'acte en lui-même, son opportunité (le besoin diagnostiqué) et sa conformité effective avec la prescription (ordonnance, plan de soin...) qui en découle ;
- les conditions de son efficacité et de sa sécurité qui combinent compétences professionnelles, qualité de l'environnement technique et des dispositifs médicaux, respect des normes réglementaires ;
- ses effets sur le besoin, son efficacité objective et ressentie.

⁶⁴ Dans un des réseaux d'optique, sur deux ans (mars 2015-avril 2017), 8745 dossiers ont été contrôlés. 8,47 % présentaient une non-conformité plus ou moins grave. La plupart de ces non conformités se sont traduites par un remboursement d'indu (5,4 %) mais dans 1,3 % des cas, elles ont conduit à une exclusion de l'opticien (44 sur la période).

3.3.2 Opportunité des soins et conformité à la prescription

[196] Par principe, l'opportunité des soins n'est pas du ressort des réseaux dont le rôle est de mettre en relation une offre et une demande. A l'origine des soins/prestations réalisés dans les réseaux, il y a d'ailleurs une prescription médicale (ordonnance d'un ophtalmologiste ou d'un ORL, plan de traitement d'un chirurgien-dentiste) établie sur la base d'un diagnostic clinique. D'ailleurs, les plateformes se défendent de toute immixtion dans les pratiques professionnelles, renvoyant l'entière responsabilité de leurs actes et décisions aux professionnels de santé.

[197] Ce principe est globalement respecté même si, parfois, les contrôles de conformité (cf. infra) de certains plans de traitement dentaires s'aventurent sur le terrain de l'opportunité, obligeant le praticien à revoir son plan de soins, voire son diagnostic. Ce cas de figure est rare (quelques pourcents de l'ensemble des contrôles) mais il peut conduire à une moindre efficacité clinique, sans que la responsabilité du réseau soit pour autant engagée⁶⁵.

[198] Mis à part ces quelques cas, le contrôle de conformité mis en œuvre par les plateformes consiste en une vérification de l'adéquation du soin (produit ou acte proposé au remboursement) avec la prescription médicale (ordonnance ou plan de traitement), à travers des contrôles a priori ou a posteriori (cf supra).

[199] Au-delà de la maîtrise des coûts et de la lutte contre la fraude, les plateformes présentent ces procédures comme un moyen de prévenir les soins inappropriés (non-respect de la prescription initiale, surconsommations).

[200] En optique, il s'agit essentiellement de confronter les besoins du patient (ordonnance) avec le produit effectivement livré (facture, bon de livraison). Pour les aides auditives et les soins dentaires, certains examens complémentaires peuvent être demandés, comme des résultats d'examens auditifs (audiométrie réalisée dans le cadre de la prise en charge) ou des clichés radiographiques dentaires.

[201] Si, dans son principe, cette démarche témoigne d'une volonté légitime de maîtriser les dépenses et les risques, sa mise en œuvre n'en comporte pas moins certaines limites. Ainsi, le recueil et le traitement des données personnelles nécessaires à ces contrôles n'apportent pas toutes les garanties nécessaires (cf infra 3.6). La demande de radiographie post-traitement dentaire, à des fins de contrôle, est également discutable⁶⁶.

[202] Mais c'est surtout le rôle des « professionnels consultants », sur lesquels s'appuie le contrôle de conformité des soins aux prescriptions, qui suscite débats et controverses. Leur rôle est notamment de s'assurer de la pertinence technique du soin qui motive la demande de remboursement, en échangeant, le cas échéant avec le professionnel qui en est à l'origine (démarche présentée comme une discussion confraternelle autour du plan de soin).

[203] Principalement pratiqués dans le secteur dentaire et par certaines plateformes seulement⁶⁷, ces contrôles portent sur les plans de traitement les plus lourds ou a priori

⁶⁵ Témoignage d'un chirurgien-dentiste adhérent à plusieurs réseaux évoquant une situation où il a été invité à poser trois implants plutôt que deux avec un bridge trois éléments alors que ce dernier choix était plus approprié à l'état clinique du patient (lit osseux avec risque de moins bonne ostéo-intégration conduisant à réduire le nombre de forage).

⁶⁶ Le directeur de l'ASN a ainsi notifié au président de la FNMF que le fait demander des examens radiologiques systématiques a posteriori des traitements bucco-dentaire à des fins de contrôle n'était pas justifié et contraire à la réglementation relative à la protection des personnes exposées à des rayonnements ionisants.

⁶⁷ En matière d'aides auditives, le manque de précision de certaines ordonnances laisse une marge d'interprétation aux audioprothésistes, ce qui peut compliquer les contrôles de conformité. Ce risque est pour l'instant théorique compte tenu de l'absence presque totale de contrôle qualité dans ce secteur.

incohérents, et peuvent aboutir à amender la prise en charge proposée (même si le professionnel demeure seul responsable).

[204] D'un point de vue formel, ce contrôle par les pairs interroge la légitimité de ceux qui l'assurent. Ses détracteurs mettent en cause la compétence de ces consultants qui ne les autoriserait pas plus que d'autres à évaluer les prescriptions de leurs confrères.

[205] Sans pouvoir se prononcer sur ce point, la mission constate que la quasi-absence de véritables bases opposables (peu d'outils/référentiels pour juger de la qualité) fragilise ce contrôle, de même que l'absence de communication sur l'identité ou même le profil de ces consultants. Ce contrôle pose également le problème de la marge thérapeutique dont dispose le praticien et des responsabilités respectives du praticien et du réseau. Enfin, il soulève la question des objectifs poursuivis par les organismes complémentaires (baisse des prix et lutte contre la fraude seulement ou amélioration de la santé des assurés ?), dont dépendent les objectifs fixés à ces consultants et, donc, leur légitimité.

3.3.3 Conditions d'efficacité et de sécurité des soins

[206] Outre ce contrôle de conformité, les réseaux s'emploient à garantir la bonne réalisation des soins et des prestations à travers la sélection des professionnels (compétences, environnement technique, respect des normes réglementaires...) et le choix des dispositifs (lunettes, audioprothèses, prothèses dentaires). Cette action sur les « moyens de la qualité » ne comporte pas les mêmes enjeux selon les secteurs.

[207] En optique, les professionnels sont sélectionnés (cas des réseaux fermés ou restreints) ou admis (cas des réseaux ouverts) sur des critères hétéroclites mêlant garanties de compétences (diplôme, formation, expérience des professionnels, certification...) et de technicité (plateau technique, espace disponible, personnels en activité dont quota d'opticien diplômé et de compétences en optométrie) avec des éléments plus accessoires portant sur les conditions d'accueil (accès au wifi, service de boisson, présence d'un espace enfant...)⁶⁸. Dans les réseaux fermés ou restreints, ces derniers aspects jouent un rôle important pour départager des opticiens présentant les mêmes garanties professionnelles et techniques.

[208] Dans les faits, l'intervention de l'opticien dans le processus qualité ne semble pas déterminante, tant les produits proposés et les procédures pour les vendre sont encadrés par les réseaux. La démarche qualité repose principalement sur le référencement des verres mis à la vente (de quelques milliers à plusieurs dizaines de milliers). D'ailleurs, c'est le respect de ce catalogue et de la grille tarifaire qui constitue l'ossature des conventions passées entre les opticiens et les plateformes (cf infra).

[209] Si ces référencements contribuent à faire le tri dans l'offre existante et à assainir les pratiques commerciales, ils ne constituent toutefois que des indicateurs assez indirects de la qualité. Ils ne disent rien de la qualité et des performances intrinsèques des verres (les critères de référencement sont très vagues, même pour les plateformes qui ont opéré une restriction drastique des fournisseurs) ; des sujets que les réseaux ont peu investis, tout comme le secteur de l'optique dans son ensemble.

⁶⁸ Certains critères ne sont pas accessoires, comme l'accès handicapés.

Analyse du volet « qualité » des conventions dentaires et optique⁶⁹

L'analyse des conventions élaborées par les 6 plateformes dans le secteur de l'optique révèle l'existence de nombreuses clauses de rappel des obligations générales applicables à la profession d'opticien (diplômes, pratiques commerciales, équipement...). Les clauses contractuelles, qui sont spécialement créées par les conventions, ont principalement pour objet le respect des catalogues, des grilles tarifaires et du tiers payant. Ainsi, les principaux motifs de résiliation concernent le non-respect, par l'opticien, d'engagements tarifaires ainsi que le défaut de tiers payant. La résiliation est généralement à effet immédiat, sans indemnité.

Les conventions dentaires comportent également peu d'engagements relatifs à la qualité des soins, hormis le rappel des dispositions légales et déontologiques : par exemple, un réseau demande que le praticien s'engage à « assurer à ses patients bénéficiaires des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science et selon les procédés modernes reconnus. [...] A respecter l'ensemble des règles légales et déontologiques professionnelles. [...] à respecter les règles de protection destinées à renforcer la sécurité des patients [...] en matière d'hygiène et d'asepsie ». Les créations strictement contractuelles portent essentiellement sur les prix plafonds. Le non-respect de ces engagements tarifaires constitue d'ailleurs, pour chacun des réseaux, un motif de résiliation unilatérale.

Source : *Mission IGAS*

[210] Dans le secteur des aides auditives, la place du professionnel dans le processus qualité est importante du fait de l'ajustement et du suivi qui suit la pose des appareils. Pourtant, les plateformes recrutent les professionnels davantage sur leurs compétences, leur ancienneté, leur disponibilité physique et leur environnement de travail (incluant également des éléments de commodité) que sur leur manière d'exercer leur métier. Certains exigent la tenue d'un journal de suivi ou la transmission de bilans périodiques aux médecins prescripteur et traitant, mais cela reste encore marginal.

[211] Dans ce secteur, le référencement des produits passe par une classification plus simple qu'en optique (quelques centaines de références au maximum) mais qui ne s'appuie pas, non plus, sur des critères de performance intrinsèques (pas d'abaque métrologique).

[212] Comme en optique, mais de manière moins aboutie, les contrôles portent principalement sur le respect des grilles tarifaires et très peu sur la qualité de l'accompagnement, pourtant déterminant dans l'observance. Le secteur de l'audition pâtit, au-delà des seuls réseaux, d'un défaut de référentiels pour guider les pratiques des professionnels et vérifier la qualité du service rendu.

[213] S'agissant des soins dentaires, la qualité revêt une tout autre dimension dans la mesure où elle inclut des enjeux de sécurité. Le risque de dégradation de la qualité des soins dans un contexte de trop fortes pressions tarifaires est régulièrement évoqué par les détracteurs des réseaux qui dénoncent des praticiens insuffisamment compétents, la pose de dispositifs médicaux inadaptés aux besoins du patient (sur-traitement, traitement par défaut) et/ou de qualité médiocre....

[214] Les gestionnaires de réseaux dentaires se déclarent très soucieux des impératifs de qualité et de sécurité. Ils se défendent d'ailleurs d'exercer toute forme de pression sur l'activité clinique des praticiens en fixant des prix plafonds « raisonnables »⁷⁰ sans imposer d'autres contraintes que celles prévues par la réglementation. Certaines plateformes ont élaboré des « chartes de qualité » mais celles-ci se contentent, pour l'essentiel, de rassembler les normes réglementaires et professionnelles existantes.

[215] S'agissant du recrutement des omnipraticiens, les plateformes s'assurent qu'ils sont bien diplômés et certains recueillent également des informations sur leur expérience professionnelle. Parfois, ils doivent déclarer leurs fournisseurs et laboratoires, voire s'assurer qu'il est agréé auprès

⁶⁹ Voir annexes 5 et 6

⁷⁰ L'idée générale étant d'éviter les dérapages des prix au-delà de la moyenne, même si certains pratiquent des baisses substantielles ou que d'autres exigent une part de soins conservateurs pour bénéficier du tarif plafond le plus bas

de l'ANSM, mais aucun dispositif ne leur est imposé. On peut, à ce titre, s'étonner de l'absence de référencement des prothèses alors que tous les réseaux référencent des verres, qui posent nettement moins de problèmes du point de vue de la qualité et de la sécurité (il est vrai que le référencement des prothèses dentaires pose des problèmes techniques, en l'absence de référentiels). Des exigences peuvent également être posées sur la traçabilité (formalisation de fiche de traçabilité nominative avec l'accord du patient).

[216] L'exigence de qualité qui pèse sur les omnipraticiens des réseaux n'a donc rien de radicalement discriminant. Il leur est essentiellement demandé de respecter les contraintes s'appliquant à la profession dans son ensemble : compétences et titres reconnus, respect des règles d'hygiène et d'asepsie, de radioprotection, prise en compte des données de la science et des référentiels opposables, respect de la déontologie, environnement de travail, traçabilité des dispositifs médicaux...

[217] Seul un réseau⁷¹ va plus loin que les autres en imposant la supervision, d'abord systématique puis progressivement allégée, des nouveaux entrants en jugeant de la qualité de leurs plans de traitements avec couronnes ou inlay core, sur la base d'un acte témoin de bonne pratique opératoire (la dévitalisation)⁷².

[218] Il convient à nouveau de souligner que cette difficulté à encadrer la qualité des soins dentaires renvoie en partie, comme dans les secteurs de l'optique et de l'audioprothèse, à l'absence plus générale de référentiels officiels (indications, bonnes pratiques, performance des dispositifs médicaux).

Réseaux de soins et implantologie

L'implant dentaire est une racine artificielle destinée à être insérée dans l'os maxillaire ou mandibulaire pour supporter secondairement un élément prothétique (couronne).

A ce titre, le discernement dans les indications est important, *notamment pour* éliminer les contre-indications d'ordre médical, anatomique (qualité des gencives, densité et structure de l'os, situation des nerfs dentaires inférieurs, volume sinusien) ou liées au patient (incompréhension des implications en matière de suivi, négligence, hygiène insuffisante, faible motivation). L'os de la mâchoire doit notamment être de quantité et de qualité suffisantes. Dans le cas contraire, il est nécessaire de pratiquer une greffe. D'autres interventions pré-implantaires peuvent s'imposer (greffe osseuse, comblement de sinus).

L'implantologie expose à quelques grands risques : le rejet de l'implant par défaut d'ostéointégration, l'infection iatrogénique, la lésion du nerf notamment avec un implant de dimension inadéquate. Parmi les causes, certaines sont liées au patient, d'autres plus directement liés à l'opérateur et certaines en rapport avec le choix de l'implant.

En raison de ses spécificités et de ses risques, l'exercice de l'implantologie, suppose pour les principales sociétés savantes une formation en chirurgie implantaire acquise dans le cadre de l'internat de spécialité ou dans le cadre de la formation médicale continue. *Le contrôle de l'environnement opératoire est essentiel, et bien qu'il n'existe pas de norme obligatoire, la HAS a publié en 2008 des recommandations*⁷³ pour travailler dans des conditions optimales d'hygiène et d'asepsie.

Fixant des règles de traçabilité, la Directive Européenne 93/42 impose notamment l'obligation de renseigner le patient sur la provenance des prothèses et implants qui lui sont posés. Recommandé par l'Ordre, le « passeport implantaire⁷⁴ » permet d'assurer un meilleur encadrement de la pratique implantaire au niveau de la traçabilité des dispositifs utilisés et du suivi des soins.

⁷¹ Un autre réseau dispose d'une charte qualité pour les actes prothétiques élaborée avec l'USBD.

⁷² Les référentiels de contrôle sont la notice ANDEM-1996 et la fiche HAS-2008.

⁷³ Référentiel sur les conditions de réalisation des actes d'implantologie orale, HAS, 2008.

⁷⁴ Précise notamment date de pose, marque des implants, composition des matériaux utilisés, nom du fabricant ou dénomination et numéro de lot, type de ciment et numéro de lot, matériau utilisé pour le pilier prothétique, prothèse fixée et numéro de lot.

Non remboursé par l'AMO, l'implant dentaire est plus ou moins pris en charge par l'AMC.

Certaines plateformes doublent leur réseau dentaire d'omnipraticiens par des filières d'implantologie, réalisée à titre exclusif par des praticiens exerçant en centre ou en cabinet. Les cahiers des charges sont plus contraignants, renvoyant à la fois aux règles en vigueur, exigeant des minima d'ancienneté et d'activité dans le domaine, imposant une obligation de formation continue et pour certains des spécifications techniques pour les choix des dispositifs médicaux et des laboratoires. L'engagement sur la traçabilité mentionne parfois l'obligation de remettre le passeport d'implantologie au patient qui doit pouvoir connaître l'origine des matériaux posés (prothèses et implants) et se retourner contre le fabricant en cas de défautuosité.

Source : *Mission IGAS*

3.3.4 Une qualité finale des soins et des produits difficiles à apprécier

[219] Quel que soit le type de soins, l'indicateur de qualité mis en avant par les plateformes est la satisfaction exprimée par les usagers (voire parfois le taux de recommandation) dont le niveau est toujours très élevé. Outre les biais qui peuvent en limiter la portée (on ne se sait pas comment cet item est mesuré et il n'y a pas de comparaison avec les usagers ne fréquentant pas le réseau), cette satisfaction n'est qu'une impression qui en dit assez peu sur la qualité objective des actes effectués.

[220] L'autre obstacle à l'évaluation de la qualité finale tient au fait que les complications ou les dysfonctionnements liés à l'utilisation de matériaux ou à la réalisation d'actes de moindre qualité sont, sauf problèmes aigus, souvent perçus longtemps après les soins.

[221] Un réseau, qui affiche des remplacements des prothèses garanties 10 ans, met en avant de très faible taux de remplacement. Il faut cependant souligner qu'outre le décalage parfois trop important dans le temps pour faire le lien entre le soin et la complication, les garanties concernant le suivi et le traitement des réclamations ne sont pas toujours explicites. Aucun des conventions que la mission a pu analyser n'invite à cet égard les professionnels à faire remonter les événements indésirables.

[222] De fait, l'absence de plainte ou d'alerte ne signifie pas que les pratiques de soins soient exemptes de risque. Ainsi, pour les aides auditives, l'absence de qualité objective et vérifiée du suivi pourrait impacter l'observance, avec pour effet de contribuer à une moindre correction auditive des personnes pourtant appareillées.

[223] S'agissant de la qualité intrinsèque des produits, les gestionnaires de réseaux d'optique mettent en avant un certain nombre d'« indicateurs qualité » : les traitements antireflets et les filtres « lumière bleue », plus fréquents dans les réseaux de soins, témoigneraient d'une qualité supérieure. De même, les réseaux vendraient principalement des équipements de catégorie supérieure : une plateforme a communiqué des chiffres montrant que les verres multifocaux de catégorie supérieure (4 derniers segments tarifaires, sur 9) représentent 53 % des ventes dans son réseau optique, contre 22 % hors réseau. Cela témoignerait d'une « montée en gamme » que les réseaux encouragent grâce à leur action sur les prix (les verres de meilleure qualité deviennent plus accessibles).

[224] La mission n'a pas pu vérifier ce point et ne peut se prononcer sur l'impact des réseaux sur la qualité finale des soins et des produits.

3.3.5 Des liens entre les réseaux de soins et des centres dentaires à risques potentiels

[225] Selon leurs détracteurs, certains réseaux dentaires seraient menacés de dérives « low-cost ». Les chirurgiens-dentistes qui y adhèrent seraient obligés de réduire le temps dédié aux soins par souci d'efficacité (compenser par le rendement le moindre niveau de prix), à privilégier les actes les plus rémunérateurs (au détriment des soins conservateurs), à ne pas assurer le suivi en continu des patients ou encore à recourir aux services de praticiens peu expérimentés (jeunes chirurgiens-dentistes en démarrage d'activité, pratiquant notamment des opérations d'implantologie).

[226] Les détracteurs des réseaux pointent l'exemple de Dentexia dont les pratiques se sont soldées, outre les abus financiers, par des complications d'ordre sanitaire (infections par défaut de stérilisation, échec de soins prothétiques par manque de cicatrisation, traitements inadaptés, avulsions dentaires non justifiées...) ⁷⁵.

[227] La mission n'est pas en mesure de se prononcer sur cette question. En revanche, elle relève qu'une part des plateformes qu'elle a interrogées ont admis avoir compté des centres Dentexia dans leurs réseaux dentaires.

[228] Par ailleurs, la mission a constaté, dans presque tous les réseaux dentaires, la présence de centres de santé dentaires dont le modèle économique repose sur l'intrication entre un organisme à but non lucratif et des sociétés privées à but lucratif (centres qualifiés « à risques potentiels » par la mission IGAS consacrée aux centres de santé dentaires, cf infra ⁷⁶).

Centres de santé dentaire et « low-cost »

Les centres de santé dentaire (au nombre de 726 en 2016) contribuent à renforcer *l'accès aux soins prothétiques et d'orthodontie et la pratique de soins conservateurs* sur l'ensemble du territoire notamment pour les plus démunis. Associant travail en équipe, mutualisation des moyens et simplification des procédures de tiers payant (dématérialisation), ils peuvent avoir un statut mutualiste, être gérés par une municipalité, des caisses d'assurance maladie ou une association à but non lucratif.

Initialement revendiqué par certaines associations avant l'affaire Dentexia, le terme de « low-cost » est unanimement récusé aujourd'hui, car associé à un risque de dégradation de la qualité des soins. De fait, si toutes les associations fournissent des prestations à moindre coût, seules certaines fonctionnent sur un modèle économique qui peut apporter un bénéfice personnel au gestionnaire et présenter des risques de dysfonctionnement potentiel, contribuant ainsi à décrédibiliser les centres de santé dentaire en général, alors que ceux-ci participent à une mission de santé publique.

D'après une mission IGAS récemment consacrée au sujet, les éléments importants à prendre en compte pour détecter des fonctionnements potentiellement à risques sont l'orientation vers l'implantologie, plus rémunératrice, au détriment d'autres choix thérapeutiques moins invasifs et l'intrication de la gestion entre une organisme à but non lucratif et des sociétés privées à but lucratif ⁷⁷, avec une recherche potentielle de maximisation du chiffre d'affaires.

Source : *Mission IGAS d'après rapports IGAS sur les centres de santé dentaire*

[229] Ces risques ne sont pas spécifiques aux réseaux de soins mais concernent l'ensemble de la profession dentaire, qu'elle s'exerce en centre de santé ou en libéral. Les réponses ne peuvent donc

⁷⁵ « L'association Dentexia, des centres de santé dentaire en liquidation judiciaire depuis mars 2016 : impacts sanitaires sur les patients et propositions » ; IGAS ; juillet 2016

⁷⁶ « Les centres de santé dentaires : propositions pour un encadrement améliorant la sécurité des soins » ; IGAS ; Janvier 2017.

⁷⁷ Ces sociétés peuvent assumer diverses tâches pour l'association : gestion des relations financières avec les banques ; fourniture de matériel avec la création de laboratoires prothétiques, délégation de gestion pour l'ensemble ou une partie des prestations administratives, prestations de conseil ou de formation

être que globales et la mission renvoie aux conclusions des multiples rapports rendus sur le secteur dentaire, dont celui récemment consacré sur les centres de santé dentaires qui préconise notamment « un programme de révision des référentiels dentaires sur 5 ans par la HAS précisant les critères de prescription de soins conservateurs, d'actes de prothèses ou d'implantologie » et « la construction d'une série de bonnes pratiques par la profession avec un certificateur indépendant, pouvant être validées au titre d'un « label »⁷⁸.

[230] Dans l'immédiat la mission estime que les gestionnaires de réseaux de soins devraient, quand ils mettent en avant la qualité de leur réseau dentaire, être vigilants sur la sélection des praticiens et le contrôle de leur activité⁷⁹.

[231] Enfin, les manquements à la déontologie, au regard des risques qu'ils font potentiellement peser sur la qualité des pratiques, devraient être mieux pris en compte dans la régulation de l'activité des réseaux où l'Autorité de la concurrence et la justice civile sont à ce jour seules juges.

3.4 Accès aux soins : si les réseaux lèvent une partie des obstacles financiers, l'incertitude règne sur le profil de ceux qui en bénéficient

[232] L'accès aux soins est un problème complexe qui comporte des aspects objectifs et mesurables et des dimensions plus subjectives et difficilement quantifiables. Deux facteurs se combinent : l'accessibilité physique et financière des actes (prix, reste à charge, distance et disponibilité du professionnel) et leur acceptabilité par les usagers (rapport qualité/prix cadre des soins, confiance, satisfaction).

3.4.1 En diminuant le reste à charge, les réseaux facilitent l'accès aux soins

[233] L'enquête faite auprès des organismes complémentaires montre un écart moyen de reste à charge de -46 % pour l'achat de deux verres adultes en 2015 via un réseau par rapport à des achats faits hors réseau (-60 % pour des verres unifocaux et -47 % pour des verres multifocaux). Cet écart est dû, pour l'essentiel, aux différences de prix. Il résulte aussi de l'amélioration du remboursement (part complémentaire). Bien que pratiquée par une minorité d'organismes complémentaires (cf. infra partie 3-5), la différenciation des taux de remboursement (une des principales dispositions de la loi Le Roux) offre en effet un avantage à ceux qui recourent aux réseaux d'optique.

⁷⁸ Eu égard à l'essor de l'implantologie et aux risques associés ainsi que de la forte carence en moyen de contrôle, la mission souscrit également à « l'introduction dans la nomenclature des soins qui en sont aujourd'hui exclus comme l'implantologie » qui peut permettre notamment de cibler les contrôles.

⁷⁹ Pour limiter les risques liés à une trop grande fréquence d'actes rémunérateurs (risque sur la qualité des soins et sur la stabilité globale du secteur dentaire), certains réseaux imposent un pourcentage d'actes conservateurs et pratiquent des prix plafond suffisamment important pour ne pas inciter au rendement.

Tableau 16 : Reste à charge (RAC) dans le secteur de l'optique, dans les réseaux et hors réseaux (2015)

Secteur Optique pour l'année 2015	Assurés qui ont eu recours aux réseaux	Assurés qui n'ont pas eu recours aux réseaux	Diff.	%
Prix facturés pour l'achat de deux verres adultes	282 €	349 €	-67 €	-19 %
Remboursements (part complémentaire) pour l'achat de 2 verres adultes	202 €	204 €	-2 €	-1 %
RAC moyen pour l'achat de 2 verres adultes	80 €	145 €	-65 €	-46 %
Prix facturés pour l'achat de deux verres blancs simples foyers adultes (LPP 2203240)	154 €	197 €	-43 €	-22 %
Remboursements (part complémentaire) pour l'achat de deux verres blancs simples foyers adultes (code LPP 2203240)	127 €	129 €	-2 €	-1 %
RAC moyen pour l'achat de deux verres blancs simples foyers adultes (code LPP 2203240)	27 €	68 €	-41 €	-60 %
Prix facturés pour l'achat de deux verres blancs multifocaux adultes (code LPP 2227038)	398 €	490 €	-92 €	-19 %
Remboursements (part complémentaire) pour l'achat de 2 verres blancs multifocaux adultes (code LPP 2227038)	267 €	243 €	24 €	+10 %
RAC moyen pour l'achat de deux verres blancs multifocaux adultes (code LPP 2227038)	131 €	248 €	-116 €	-47 %

Source : Enquête IGAS auprès des OCAM

[234] Dans le secteur dentaire et dans le secteur de l'audition, la conjugaison « diminution des prix / revalorisation des taux de remboursement » aboutit également à un écart significatif en matière de reste à charge, même s'il est moindre qu'en optique (en valeur relative). Compte tenu de l'importance des montants, les écarts peuvent néanmoins être substantiels en valeur absolue (près de 400 euros pour deux paires d'audioprothèses).

Tableau 17 : Prix et reste à charge dans le secteur dentaire, dans les réseaux et hors réseaux (2015)

Secteur Dentaire pour 2015	Assurés qui ont eu recours aux réseaux	Assurés qui n'ont pas eu recours aux réseaux	Diff.	%
Prix facturés pour la pose d'une prothèse céramo-métallique	579 €	611 €	-32 €	-5 %
Remboursements pour la pose d'une prothèse céramo-métallique	258 €	233 €	25 €	+11 %
RAC moyen pondéré prothèse céramo-métallique	321 €	378 €	-57 €	-15 %

Source : Enquête IGAS auprès des OCAM

Tableau 18 : Reste à charge dans le secteur audioprothèses, dans les réseaux et hors réseaux (2015)

	Assurés qui ont eu recours aux réseaux	Assurés qui n'ont pas eu recours aux réseaux	Diff.	%
1.1 Montant moyen pondéré des prix facturés pour l'achat de deux audioprothèses adulte	2 766 €	3 073 €	-307 €	-10 %
1.2 Montant moyen pondéré des remboursements achat de deux audioprothèses adulte	991 €	903 €	88 €	10 %
RAC moyen pondéré pour achat 2 prothèses adulte	1 775 €	2 170 €	-395 €	-18 %

Source : Enquête IGAS auprès des OCAM

[235] Ces résultats doivent être interprétés avec prudence compte tenu du faible nombre de répondants (notamment pour les soins dentaires).

[236] Ils sont toutefois convergents avec d'autres études :

- les données transmises à la mission par certaines plateformes ;
- l'étude faite sur un réseau optique en Franche-Comté qui montre une baisse des restes à charge pour les assurés qui recourent aux réseaux, avec un impact particulièrement fort pour les « restes à charge extrêmes ».

[237] Ces chiffres sont en revanche moindres que ceux figurant dans le rapport du Cabinet ASTERES, fait à la demande de l'Observatoire citoyen des restes à charge en santé⁸⁰ qui évalue l'écart de restes à charge à -38 % en dentaire et -44 % en audition.

3.4.2 Un impact incertain sur les obstacles géographiques et psychologiques à l'accès aux soins

[238] Même s'ils jouent un rôle prépondérant⁸¹, le prix et le reste à charge ne sont pas les seuls déterminants de l'accès aux soins. L'accessibilité des professionnels de santé joue également un rôle important comme l'illustre le problème des « déserts médicaux ».

[239] De ce point de vue, la taille des réseaux de soins (nombre de points de vente ou de professionnels adhérents) constitue un indicateur intéressant. Elle est variable selon les secteurs et les plateformes (de 750 points de vente d'audioprothèses chez Santéclair à 7953 magasins d'optique chez ISTYA).

[240] En la matière, deux types de réseaux s'opposent : les réseaux fermés ou restreints qui mettent l'accent sur la baisse des prix et les réseaux ouverts qui privilégient la proximité et l'accessibilité géographique. Les premiers font l'hypothèse qu'un patient/usager est prêt à parcourir un nombre important de kilomètres pour bénéficier d'une baisse de prix importante ; surtout s'il s'agit de soins ou de prestations coûteux et peu fréquents (cas des audioprothèses ou des implants dentaires). Les seconds considèrent qu'une distance trop importante constitue un

⁸⁰ Observatoire composé de 60 millions de consommateurs, le CISS et Santéclair.

⁸¹ Parmi les assurés ayant renoncé aux soins en 2016, 75 % l'auraient fait pour des raisons financières selon l'Observatoire national des non-recours aux droits et aux services

obstacle déterminant, surtout pour des soins ou des prestations qui s'inscrivent dans la durée (cas des visites de suivi et de contrôle des audio prothèses).

[241] Des éléments chiffrés ou cartographiques ont été transmis à la mission pour illustrer la couverture territoriale des différents réseaux. Ils sont difficiles à interpréter (échelle trop large pour apprécier l'accessibilité géographique) ou contradictoire. Ainsi, une « étude de proximité » a été réalisée par une plateforme dans le cadre d'un appel d'offres lancé par une grande entreprise. Cette étude concluait à la très bonne adéquation des réseaux de soins proposés avec la répartition géographique des salariés. Or la mission a constaté que le réseau dentaire n'était pas représenté dans un des départements ou cette entreprise dispose d'un site de très grande taille...

[242] L'impact des réseaux sur l'accès aux soins est encore plus incertain si on prend en considération les éléments « subjectifs ». Les soins dentaires et, dans une moindre mesure, la pose d'audioprothèses comportent une forte dimension psychologique (peur de la douleur, déni, honte...) qui peut conduire à un renoncement aux soins. La proximité et les recommandations informelles (le « bouche-à-oreille ») jouent un rôle déterminant, contre lequel les réseaux de soins sont relativement démunis, malgré leur communication et leur discours sur la qualité.

Réseaux de soins et réseaux mutualistes (Livre III du code de la Mutualité).

Historiquement, les « œuvres » ont été créées pour faciliter l'accès aux soins des adhérents mutualistes et, plus largement, des personnes les plus défavorisées. Même si cet objectif s'est estompé, les prix proposés restent attractifs dans les secteurs optique et de l'audition et, surtout, dentaire. Par la pratique systématique du tiers payant et leur localisation, les centres dentaires mutualistes – tout comme les centres dentaires municipaux – contribuent à l'accès aux soins.

Les réseaux mutualistes (optique, dentaire et audition) sont maintenant extrêmement intégrés dans les réseaux de soins (les magasins d'optique de Visiaudio participent, en moyenne, à 3,5 réseaux). Cette adhésion aux réseaux de soins est une réponse à celle des mutuelles (Livre II) aux plateformes de gestion. Alors que leur clientèle était relativement captive, les réseaux mutualistes ont dû progressivement faire face à la concurrence des autres enseignes vers lesquelles les adhérents mutualistes étaient orientés, par les réseaux de soins.

Même si l'adhésion aux réseaux de soins a compensé en partie la « fuite » des clients mutualistes, les œuvres semblent accuser une baisse notable de rentabilité qui compromet leur développement. Surtout, leur identité et leur image se trouvent diluées, reléguées au second plan derrière celles des réseaux de soins.

Source : *Mission IGAS*

3.4.3 Il n'est pas certain que les réseaux de soins bénéficient d'abord aux personnes qui sont le plus éloignées des soins

[243] Il est difficile d'évaluer l'impact des réseaux de soins sur l'accès aux soins même si le moindre reste à charge dans le réseau joue très probablement un rôle facilitateur.

[244] L'incertitude est encore plus grande s'agissant des bénéficiaires de cet « effet réseau ». La mission a interrogé tous ses interlocuteurs sur ce point (organismes complémentaires, plateformes, professionnels de santé...). Il s'agissait notamment de savoir si les personnes les plus éloignées des soins (pour des raisons financières ou de santé, par exemple les personnes en situation de handicap) bénéficiaient davantage des réseaux de soins ou, au contraire, en étaient (relativement) exclues. Hormis le cas des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS (cf infra), très peu de réponses ont été apportées à la mission et certains interlocuteurs ont même paru découvrir le sujet. Il en va de même pour la « segmentation » des risques à laquelle les réseaux pourraient contribuer.

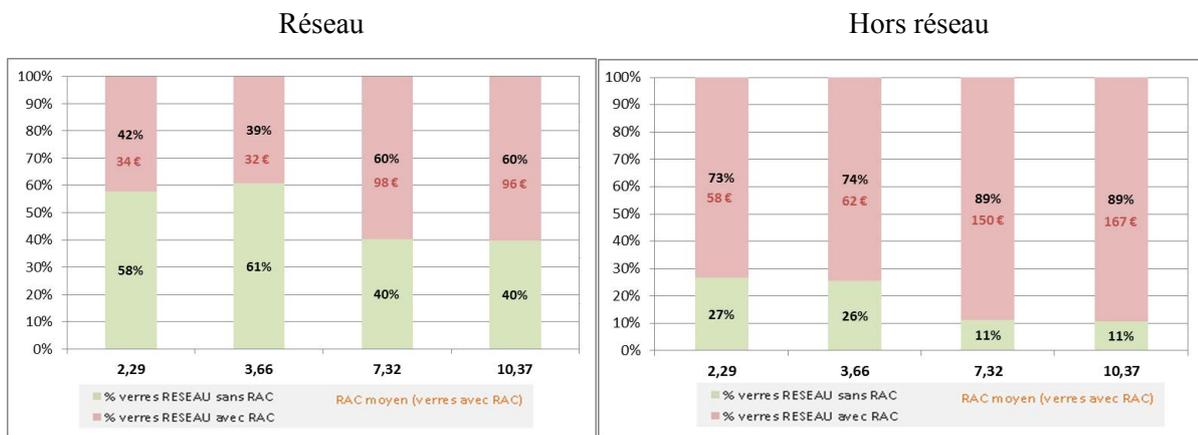
[245] L'étude faite par la DREES à la demande de la mission indique qu'en 2014, les personnes pouvant accéder à un réseau de soins étaient plus âgées que celles n'y ayant pas accès. De même, les

personnes disposant de contrats individuels étaient proportionnellement plus nombreuses à avoir accès à un réseau de soins que celles disposant d'un contrat collectif.

[246] A l'inverse, l'enquête faite auprès des OCAM ne révèle pas de différence significative entre les assurés qui ont eu recours au réseau et les autres en 2015 : ils ont globalement le même âge et bénéficient dans la même proportion de contrats individuels ou collectifs. Il n'a malheureusement pas été possible d'examiner l'impact des réseaux sur d'autres paramètres (revenu, état de santé...) dont les organismes complémentaires n'ont pas connaissance.

[247] Une étude, faite à la demande de la mission par une des plateformes, fournit des indications intéressantes sur l'impact de son réseau optique, selon la nature du contrat. Ce réseau permet d'accroître significativement la proportion d'équipements d'optique sans reste à charge. Or l'effet est particulièrement fort s'agissant des bénéficiaires de contrats collectifs ; ceux-là mêmes qui bénéficient le plus d'offres sans restes à charge hors du réseau.

Graphique 4 : Contrats individuels



Source : Enquête IGAS auprès des plateformes

Graphique 5 : Contrats collectifs



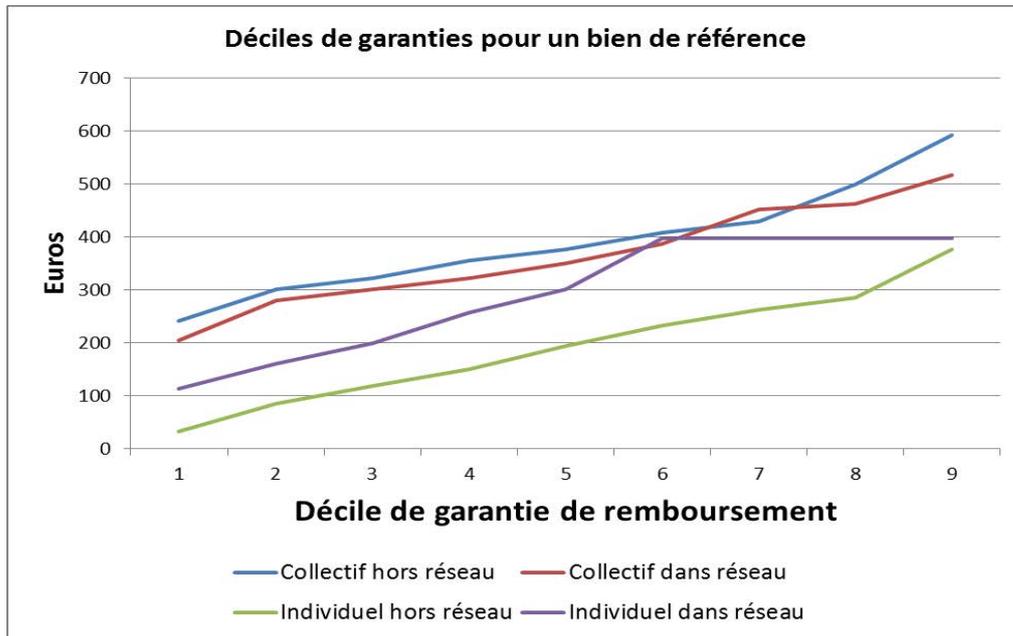
Source : Enquête IGAS auprès des plateformes

[248] Ainsi, ce réseau améliore globalement l'accès aux soins (du point de vue financier) mais ne corrige pas – et il semble même accentuer- les inégalités engendrées par la nature des contrats. Les réseaux ne font que reproduire et prolonger l'effet de différenciation et de segmentation du système de santé induit par le régime complémentaire d'assurance maladie.

[249] L'étude faite par la DREES à partir de son enquête sur les contrats les plus souscrits va dans le même sens. Les organismes complémentaires adhérant à un réseau offrent en effet des contrats collectifs de meilleure qualité que ceux proposés par les organismes complémentaires non

liés à un réseau. S’agissant des contrats individuels, les garanties proposées pour les soins dentaires sont, en moyenne, meilleures pour les organismes complémentaires liés à un réseau de soins. Ainsi, les assurés qui disposent des meilleures garanties bénéficient également des meilleurs prix.

Graphique 6 : Garanties de remboursement pour une prothèse dentaire, selon le type de contrat



Source : DREES

[250] Il s’agit là d’un constat très partiel qui demande à être vérifié à travers des études (cf partie 4).

Réseaux de soins, CMU-C et ACS

Des contacts avaient été pris début 2014 entre le Fonds CMU et une des plateformes de gestion afin de mener une réflexion sur les avantages que pourraient comporter l’accès à un réseau de soins pour les bénéficiaires de la CMU-C.

Toutefois, la comparaison des prix offerts par le réseau avec les montants CMU-C pour quelques actes dentaires a montré aux responsables du Fonds que, compte tenu des prises en charges prévues dans le panier de soins CMU-C, l’intégration dans un réseau n’apporterait rien aux bénéficiaires de la CMU-C⁸². Pour l’optique et l’audioprothèse, le diagnostic était identique. Compte tenu des revalorisations qui ont eu lieu entretemps (arrêté relatif à la prise en charge et aux prix limites de vente de l’audioprothèse de mai 2014 notamment), le diagnostic serait identique aujourd’hui.

S’agissant des bénéficiaires de l’ACS, la quasi-totalité des offres existantes incluent l’accès à un réseau de soins. L’existence d’un réseau de soins faisait en effet partie des critères posés par les pouvoirs publics dans leur appel d’offres. Il n’a toutefois pas été possible d’identifier la part des bénéficiaires de l’ACS qui ont recours à un réseau de soins.

Enfin, il existe une proportion d’assurés qui ne disposent pas de couverture complémentaire et qui sont, par définition, exclues des réseaux de soins : 5 % de la population française en 2012, principalement des personnes en situation de précarité (inactifs, chômeurs, familles monoparentales)⁸³.

Source : Mission IGAS d’après Fonds CMU

⁸² 375 € pour une couronne céramo-metallique, soit 60 € de moins que le tarif moyen le plus bas constaté dans les réseaux de soins en 2016

⁸³ La complémentaire santé, DREES, 2016

3.5 Les réseaux opèrent une forte restriction de la liberté des patients et des professionnels de santé, avec des résultats ambivalents

[251] Sélection de professionnels de santé et de produits, encadrement et contrôle des pratiques, fixation de tarifs plafonds, orientation des usagers et des patients... : les réseaux de soins opèrent une forte restriction de la liberté de choix et de prescription (cf. partie 2). Elle est cependant plus forte pour les professionnels que pour les patients.

3.5.1 Une restriction de liberté modérée, davantage incitative que coercitive, pour les clients/patients

[252] Conformément à la loi Le Roux, les assurés conservent la liberté de ne pas recourir aux réseaux de soins. D'ailleurs, ils sont une majorité à ne pas le faire dans le secteur dentaire. Ce faisant, ils renoncent à des tarifs préférentiels et, dans certains cas, au tiers payant et à une majoration du taux de remboursement. L'incitation à recourir au réseau peut donc être forte. Des exemples ont même été rapportés à la mission de refus de remboursement complémentaire hors réseau.

[253] La différenciation des taux de remboursement constitue un des principaux leviers dont disposent les organismes complémentaires pour favoriser le recours aux réseaux de soins. C'est d'ailleurs pour permettre aux mutuelles d'y recourir que la loi Le Roux a été votée (c'était en tous cas la motivation initiale).

[254] La mission a constaté que cette différenciation est loin d'être la norme. Bon nombre des organismes complémentaires rencontrés n'y recourent pas, soit qu'ils considèrent que ce n'est pas nécessaire (la baisse des prix suffit à assurer l'accès aux soins), soit qu'ils refusent d'avantager une partie de leurs assurés (et donc pénaliser les autres).

[255] Ces réticences sont confirmées par l'enquête faite auprès des organismes complémentaires : la différenciation des taux de remboursement n'est pratiquée que par un tiers des organismes répondants ; lesquels représentent plus de la moitié des personnes protégées de l'échantillon mais n'appliquent cette différenciation qu'aux deux tiers de leur portefeuille. Dans les secteurs dentaire et de l'audition, la bonification peut aller jusqu'à + 30 %. Dans le secteur dentaire, elle peut atteindre + 50 % voire même 375 %. Malgré ces taux importants, il ne semble pas exister, en première analyse, de corrélation entre la différenciation du taux de remboursement et le taux de recours aux réseaux par les assurés.

[256] Même si elle est souple et essentiellement incitative, cette restriction à la liberté des patients est accrue par le caractère captif de leur appartenance aux réseaux de soins. En effet, ce ne sont pas les assurés qui décident de recourir à telle ou telle plateforme mais leur organisme complémentaire. Or, pour les bénéficiaires de contrats collectifs, il n'est pas aisé voire même possible de changer d'organisme complémentaire. Et pour ceux qui disposent d'un contrat individuel, le réseau de soins fait partie d'un ensemble de garanties et de services qu'il est très difficile d'interpréter et encore plus difficile de comparer. Enfin, la mission a constaté que pour bon nombre d'organismes complémentaires, en particulier les plus importants, il y a très peu de communication sur les réseaux de soins ; ce qui rend d'autant plus difficile l'exercice du choix de conserver ou quitter ce réseau. D'une certaine façon, les réseaux de soins ne corrigent pas l'asymétrie d'information en santé mais la déplacent.

3.5.2 Une contrainte forte pour les professionnels de santé

[257] La contrainte exercée sur les professionnels de santé est d'abord d'ordre financier. En agissant sur les prix, les réseaux ont potentiellement un impact sur les marges et sur les résultats des professionnels concernés. En principe, cette baisse est compensée par un surcroît d'activité, les réseaux orientant préférentiellement les assurés vers les professionnels partenaires. Selon les témoignages recueillis par la mission, cette compensation existe mais elle ne serait que partielle et s'estomperait au fur et à mesure de l'extension des réseaux (notamment en optique où deux réseaux à numerus clausus se sont récemment ouverts).

[258] La modération des prix dans les réseaux de soins aurait également, selon leurs promoteurs, des effets hors réseau, en forçant les concurrents à s'aligner sur le moins disant. Cet impact serait accru par la baisse de volume d'activité, les réseaux orientant les clients/patients vers les professionnels conventionnés.

[259] Cette baisse des marges et des profits est régulièrement dénoncée par les représentants des opticiens, qu'ils soient indépendants ou sous enseigne. La mission n'a cependant pas obtenu d'éléments chiffrés permettant d'étayer ces accusations. Elle n'a notamment aucune information sur la façon dont les prix plafonds imposés aux opticiens se répercutent sur leurs fournisseurs (verriers).

[260] La contrainte exercée par les réseaux est également liée à la dépendance dans laquelle se trouvent les professionnels partenaires. En optique, les ventes réalisées via un des réseaux gérés par les 6 plateformes représentaient en moyenne 65 K€ en 2016, soit 13 % du chiffre d'affaires moyen des points de vente d'optique. Pour ceux qui adhèrent à plusieurs réseaux, cette « dépendance » peut atteindre des proportions très importantes. Une grande enseigne questionnée par la mission évalue ainsi à 47 % la part de son chiffre d'affaire due aux réseaux en 2016.

[261] Au-delà de la viabilité des entreprises concernées (point sur lequel la mission n'est pas en mesure de se prononcer), cette contrainte financière et cette dépendance pourraient éventuellement avoir un impact sur la qualité et la sécurité des produits et surtout des soins. Cette question, à laquelle la mission n'est pas en mesure de répondre (cf supra) est essentielle et les pouvoirs publics doivent se doter des moyens d'y répondre (cf. partie 4)

Tableau 19 : Chiffre d'affaire moyen provenant d'un réseau optique (2016)

	Réseau 1	Réseau 2	Réseau 3	Réseau 4	Réseau 5	Réseau 6	Tous réseaux
CA moyen par opticien	70	40	47	57	107	106	65
% du CA total	14%	8%	10%	12%	22%	22%	13%

Source : Enquête IGAS auprès des plateformes

[262] La contrainte exercée par les réseaux de soins porte aussi sur les pratiques des professionnels. Comme l'analyse juridique de la mission l'a démontré (cf annexes 5 et 6), les conventions conclues entre les six plateformes et les professionnels de santé (singulièrement les opticiens) comportent beaucoup de clauses contraignantes voire coercitives. Y sont annexés des catalogues de produits et des grilles tarifaires qui restreignent parfois considérablement les possibilités de choix : certaines plateformes n'ont référencé que 3 verriers sur la trentaine existante, la plupart restreignent les possibilités d'amincir les verres en fonction de la correction visuelle.... Tous ces engagements font l'objet de contrôles a priori et a posteriori.

[263] Ces contraintes sont, logiquement, mal vécues par les professionnels de santé. Leurs représentants dénoncent l'immixtion de « logiques commerciales et financières » dans leur colloque singulier avec le patient/client ainsi que la complexité du dispositif : plusieurs cahiers des charges parfois très étoffés à respecter, des grilles tarifaires complexes et en constante évolution...

Cette complexité serait également une entrave à l'innovation : un nouveau produit ne peut être vendu avant son intégration dans le catalogue, ce qui peut prendre quelques jours ou plusieurs mois.

[264] La mission a rencontré des opticiens qui vont jusqu'à parler d'une « perte de sens » de leur métier. Ces critiques sont plus nuancées chez certains professionnels, notamment chez les jeunes et ceux qui exercent pour le compte d'une enseigne qui leur apporte un soutien technique pour la mise en œuvre des conventions.

[265] Bien entendu, les professionnels de santé sont libres de ne pas adhérer à un réseau de soins et des clauses leurs permettent de le quitter, notamment lorsque les conditions générales ou les tarifs sont modifiés par la plateforme. Cependant, compte tenu du poids pris par les réseaux et la très vive concurrence qui existe (en optique et accessoirement pour les audioprothèses), ces départs sont rares (de l'ordre de quelques dizaines par réseau par an).

[266] Pour les partisans des réseaux, ces restrictions et ces contraintes sont nécessaires voire salutaires : elles corrigent l'asymétrie d'information qui existe entre les professionnels de santé et les clients/patients et permettent à ces derniers de s'orienter dans le « maquis » du système et des produits de santé. Ainsi, il y a plus de 50 000 références de verres et pour une même correction visuelle, des différences de gamme et de traitement, très largement indécélables et incompréhensibles pour l'utilisateur, alors que les prix vont souvent de 1 à 10.

[267] Pour les détracteurs des réseaux, ces restrictions et ces contraintes portent atteinte aux principes fondamentaux du système de santé, notamment la liberté de choix du patient et la liberté de choix du professionnel de santé (avec parfois des conséquences graves pouvant s'apparenter à une « perte de chance »). Derrière leur discours vertueux (défense des patients, amélioration de l'accès aux soins...), les plateformes poursuivraient des objectifs strictement commerciaux et financiers.

[268] La mission n'est pas en mesure de trancher entre les deux parties. En revanche, force est de constater que les réseaux encadrent fortement la relation professionnel de santé/patient et leur liberté respective. Tout l'enjeu est de savoir si cet encadrement est justifié et proportionné, dans l'intérêt du patient/client. Pour cela, un dispositif de suivi et d'évaluation est nécessaire (cf. partie 4).

[269] Pour les plateformes elles-mêmes, les restrictions apportées aux pratiques professionnelles imposent de définir les responsabilités respectives ; mieux que ne le font les conventions actuelles. D'une manière générale, le dispositif conventionnel sur lequel repose ces réseaux mériterait d'être conforté, tant en ce qui concerne la gestion des données de santé (cf infra) que le partage des responsabilités ou les pouvoirs de sanction. Une évaluation approfondie de ces conventions est nécessaire, en complément de l'analyse faite par la mission.

Recommandation n°1 : Procéder à une évaluation juridique approfondie du dispositif conventionnel sur lequel reposent les réseaux de soins

3.6 Données de santé et réseaux de soins : des procédures à sécuriser

[270] Pour organiser et valider les prises en charge des assurés, les réseaux colligent et traitent une somme imposante d'informations de nature administrative, financière et médicale. Dans le secteur de l'optique, où ce processus est le plus abouti, des millions de demandes de remboursement sont ainsi instruites chaque année (5.5 M en 2016 pour les 6 plateformes de gestion) sur la base de données recueillies en vue d'attester de l'identité de l'assuré et de ses droits, et de s'assurer de l'adéquation du soin aux besoins dans la limite des produits référencés et des contraintes tarifaires. Ces données peuvent être conservées pendant plusieurs années.

[271] Recueillies auprès des assurés par les plateformes, pour le compte des OCAM, ces données relèvent de la loi Informatique et liberté qui en précise les conditions de recueil et de traitement⁸⁴. Les gestionnaires de réseaux n'ignorent pas les obligations qui leur incombent en la matière (déclaration, formation des personnels), tous disposant même de correspondants dédiés pour faciliter les échanges avec la CNIL (CIL ou équivalent). N'intervenant pas dans un cadre de contrôle, la mission n'a pas mené d'investigations approfondies sur le sujet. Pour autant, elle a identifié des zones de flou qui mériteraient d'être clarifiées, concernant tant les modalités de recueil des données, que leurs conditions de transmission, d'utilisation et de stockage.

[272] L'analyse des conventions passées entre les réseaux et les professionnels de santé (cf annexes 5 et 6) met à jour différentes manières de mettre en œuvre le recueil des données auprès du patient. Si le consentement des patients est recueilli, il ne semble pas toujours aussi éclairé qu'il devrait l'être.

[273] Pour ne parler que du secteur de l'optique, certaines plateformes mettent explicitement à la charge de l'opticien le devoir d'informer et de recueillir le consentement spécifique préalable des assurés, en l'invitant à utiliser un format-type de recueil conforme à la législation (consentement du patient/droit d'opposition). Les autres proposent un « accord de prise en charge » plutôt à caractère administratif, nécessaire au remboursement des prestations et des produits sans faire explicitement référence à l'expression d'une volonté sur le traitement des données de santé. Le consentement est ainsi complètement lié à la demande de remboursement sans qu'il ne soit vraiment possible en pratique pour l'assuré de détacher les deux consentements. Dans certains réseaux, cette information-consentement est recueillie en amont de la prise en charge, au moment de l'élaboration du devis, mais ce n'est pas systématique.

[274] Enfin, les dispositions relatives au recueil et le traitement des données de santé relative à l'assuré et celles relatives à l'opticien ne sont pas toujours distingués dans les conventions.

[275] Un ajustement au droit sur ce sujet est d'autant plus nécessaire que le futur règlement européen⁸⁵ prévoit que les organismes puissent démontrer qu'ils ont obtenu le consentement des personnes et, plus largement qu'ils sont en conformité avec le texte, la CNIL ayant désormais le pouvoir de les sanctionner (ce qui n'était juridiquement pas possible jusqu'à maintenant).

[276] Une certaine ambiguïté plane également sur la qualité juridique du réseau : héberge-t-il des données ou dispose-t-il d'un sous-traitant ? En effet l'article L. 1111-8 du Code de la santé publique prévoit que la personne physique ou morale qui héberge des données sensibles pour le compte d'un tiers doit être agréée à cet effet⁸⁶. Les conventions sont très floues sur ce point et l'opticien n'est généralement pas informé du statut juridique qu'a son cocontractant vis-à-vis des données qu'il transmet.

[277] Une autre question se pose quant à la manière dont les gestionnaires de réseaux voient leur responsabilité. A une exception, les plateformes passent tous par les services d'un hébergeur agréé dont certains estiment à raison partager les obligations légales et réglementaires et d'autres pas du tout, cette divergence d'appréciation pouvant expliquer les différences observées dans le degré d'explicitation imposé dans l'expression du consentement (droit d'opposition ou consentement écrit et exprès).

⁸⁴ La loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et des dispositions du code de la santé publique s'applique dès lors qu'il est procédé à un traitement de données à caractère personnel.

⁸⁵ Le nouveau règlement européen sur la protection des données personnelles (2016/679) entrera en application le 24 mai 2018. Il insiste notamment sur le consentement des personnes concernées par les traitements de données.

⁸⁶ La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit le remplacement de la procédure d'agrément par une évaluation de conformité technique par un organisme certificateur accrédité.

[278] Des différences s'observent également dans la manière d'imposer des circuits d'information, certains réseaux demandant par exemple à leurs audioprothésistes d'adresser des bilans périodiques de prise en charge du patient au médecin prescripteur et au médecin généraliste. Parfois, les professionnels de santé peuvent se voir demander d'adresser simultanément certaines informations à l'organisme complémentaire et à la plateforme. Au-delà des questions spécifiques qu'elles soulèvent, ces contraintes participent à démultiplier intervenants et circuits de transmission d'information, augmentant d'autant le risque de manquement au secret médical ou à la sécurisation/confidentialité des informations sensibles.

[279] S'agissant, enfin, de la durée de conservation des données et de leur utilisation, les plateformes imposent aux professionnels de santé des délais pouvant aller de 6 mois à 2 ans sans fondement juridique particulier. Au surplus, les conventions ne fournissent pas toujours d'éléments explicites sur la finalité des traitements, un réseau envisageant même la possibilité d'en changer.

[280] Ces différences sur la manière de recueillir, gérer et sécuriser les bases des données posent question, tant sur le plan technique que juridique.

[281] Ces points, qui appellent une clarification, s'inscrivent au demeurant dans un contexte juridique incertain. La CNIL saisie à plusieurs reprises sur ce sujet a suggéré l'adoption d'une loi pour « préciser la nature des données transmissibles aux organismes d'assurance maladie complémentaires » et « définir des garanties appropriées en la matière et les conditions de leur transmission à l'instar de ce qui existe pour l'assurance maladie obligatoire ». Le programme de contrôle de la CNIL 2017 comportera d'ailleurs des investigations sur la confidentialité des données de santé traitées par les sociétés d'assurance avec pour objectif de s'assurer de leur conformité aux règles de confidentialité des données de santé et au respect du secret médical⁸⁷.

[282] En tout état de cause, l'analyse des conventions et les pratiques constatées dans un certain nombre de plateformes font apparaître une certaine variabilité dans la manière d'interpréter le droit en matière de recueil et de protection des données sensibles qui nécessite un rappel sur le droit existant et, le cas échéant, la consolidation de ce cadre juridique.

Recommandation n°2 : Améliorer la sécurité des données à caractère personnel et médical collectées par les réseaux de soins

3.7 Il n'est, à ce jour, pas possible d'apprécier l'impact des réseaux de soins sur les régimes complémentaires et les dépenses globales de santé

[283] La pression tarifaire exercée par les réseaux se traduit-elle par une baisse des dépenses des organismes complémentaires et, plus globalement, des dépenses de santé ?

[284] La mission n'est malheureusement pas en mesure de répondre à ces questions fondamentales. Il n'existe en effet aucune statistique publique, ni même de données consolidées, sur le sujet.

[285] L'ACPR connaît avec précisions la situation financière et patrimoniale des organismes complémentaires. Elle collecte des données pour la DREES (« Etats statistiques E ») qui permettent à cette dernière d'enrichir son enquête annuelle. Mais ces informations ne permettent pas, à ce jour, d'évaluer l'impact des réseaux sur les résultats des organismes complémentaires. Une telle évaluation serait d'ailleurs délicate à réaliser sur le plan méthodologique.

⁸⁷ Une crainte exprimée par les professionnels de santé porte d'ailleurs sur la possible porosité entre réseaux et organismes complémentaires avec les risques de sélection de patients ou d'augmentation des cotisations.

[286] Interrogés par la mission, les organismes complémentaires eux-mêmes – et leurs fédérations respectives – n’ont pas été en mesure de fournir des chiffres. La mission s’étonne d’une telle réponse alors que les réseaux sont présentés comme un levier essentiel de gestion du risque.

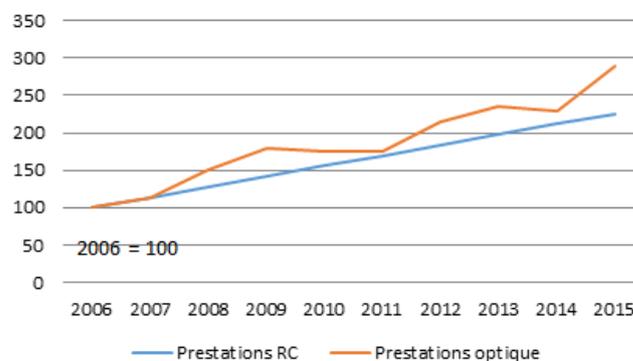
[287] Quelques illustrations de l’impact réseau lui ont quand même été transmises. Elles sont peu concluantes et de toute façon partielles : dans un cas, le recours aux réseaux de soins aurait permis de « sauver » un contrat collectif en rétablissant le ratio sinistre/prime sans augmenter les cotisations grâce à un alignement des garanties sur les tarifs plafonds du réseau ; dans un autre, le recours aux réseaux de soins ne s’est pas traduit par des baisses de dépenses, mais a entraîné l’effet contraire. Enfin, un organisme complémentaire de taille très importante a communiqué des chiffres qui montrent un « effet volume » attribuable à la baisse des prix et, aussi, à la communication autour du réseau.

Réseaux de soins et contrats d’assurance : des exemples contrastés

Un organisme complémentaire (gestionnaire de contrats collectifs ; près de 100 000 assurés et ayant droits) accusait un déficit important au début des années 2010 ; principalement à cause de l’optique. Deux ans après son adhésion à la plateforme Y, ses dépenses en matière d’optique avaient diminué de 6 millions d’euros (-34 %). Outre les limites posées au renouvellement des équipements d’optique et des contrôles accrus, ces économies sont attribuées à la baisse des prix offerte par le réseau de soins (40 % de taux de recours assurés) et à la redéfinition des garanties (alignement des plafonds de remboursement sur les tarifs plafonds du réseau). Les comptes de cet organismes complémentaire ont ainsi été redressés, avec une baisse de la contribution salariée (baisse des cotisations annuelle et remise exceptionnelle de cotisation de 4 M€ en 2014) et sans augmentation du reste à charge pour les assurés.

Un autre organisme complémentaire, qui gère le contrat collectif d’une grande entreprise, a décidé au début des années 2010 d’adhérer à la plateforme W. L’objectif était de préserver l’équilibre du contrat, sans augmenter les contributions ni dégrader l’accès aux soins. 4 ans après, le contrat est à l’équilibre et les assurés globalement satisfaits selon la Direction (60 % de taux de recours au réseau d’optique). Toutefois, on constate une augmentation des prix moyens dans le réseau (+ 22 % en 4 ans pour les verres progressifs), alors que dans le même temps les prix moyens diminuaient hors réseau (-2 % pour les verres progressifs).

L’organisme complémentaire X a créé en 2007 un réseau d’optique et activement communiqué sur son ouverture auprès de ses adhérents. Ce réseau a été renouvelé en 2012 et en 2015, avec à chaque fois une communication auprès des assurés. On constate (cf graphique infra) une augmentation des prestations à chacun de ces événements qui, même si elle fléchit ensuite, induit une augmentation structurelle ; plus rapide que l’ensemble des prestations. Ainsi, sur la période 2006/2015, l’évolution du montant total des prestations versées au titre du RC est de + 124 %, alors que pour le seul poste Optique la progression est de + 189 %. L’évolution du nombre total de bénéficiaires est de + 103 %, alors que pour le seul poste Optique la progression est de + 110 %. Le réseau se traduit donc par davantage de dépenses, liées en partie à l’augmentation du taux de recours.

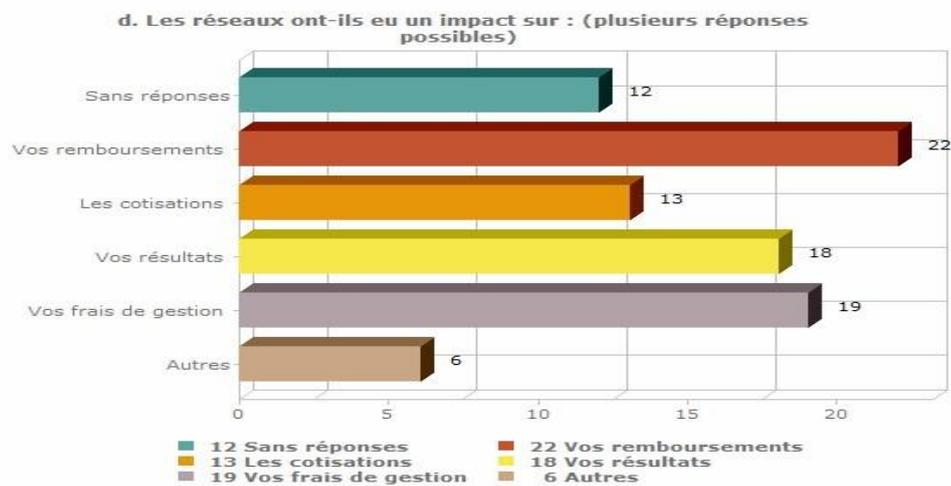


Source : Mission IGAS

[288] Interrogés sur le sujet dans le cadre de l'enquête auprès des organismes complémentaires, les deux tiers des répondants mentionnent la « maîtrise des dépenses des complémentaires santé » parmi les impacts des réseaux de soins. Toutefois, les avis sont partagés sur les effets de cette « maîtrise » : certains estiment que l'effet prix est plus que compensé par l'effet volume (y compris l'effet structure lié à la montée en gamme des achats, du fait de la baisse des prix) avec au final une augmentation des dépenses (qui peut être considérée comme une amélioration de l'accès aux soins) ; d'autres mettent en avant l'intérêt des réseaux dans la maîtrise du ratio sinistres/primes et la « surenchère des garanties » ; certains enfin avouent ne pas savoir quel impact les réseaux ont sur leur résultat, même si la satisfaction des assurés leur semble acquise.

[289] Outre l'effet volume, la modération des prix peut avoir des effets variables selon les garanties : pour les contrats « frais réels », elle se traduit par une baisse des remboursements identique à la baisse des prix ; pour les autres, tout dépend du plafond de la garantie (si le prix reste supérieur au plafond, la baisse n'a pas d'impact sur le remboursement mais seulement sur le reste à charge de l'assuré).

Graphique 7 : Impacts des réseaux sur les OCAM



Source : Enquête IGAS auprès des OCAM

[290] Cette incertitude est corroborée par les constats de terrain de la mission. A quelques exceptions près (organismes de grande taille, le plus souvent actionnaires des plateformes), les clients des plateformes n'ont pas semblé très intéressés – et en tous cas peu informés – par l'impact des réseaux de soins sur leurs résultats. Les réseaux semblent davantage un argument marketing destiné à attirer des assurés ou les fidéliser, qu'un véritable outil de gestion du risque.

[291] Il en va de même pour les dépenses globales de santé, incluant les remboursements AMO et AMC et le reste à charge des ménages.

[292] Les investigations de la mission montrent des écarts de prix en faveur des réseaux de soins (cf supra, 3.1) et donc des écarts de dépenses moyennes. Il est cependant difficile de traduire cette différence de dépenses individuelles en dépenses collectives. En effet, il est possible que les réseaux de soins aient un impact sur le volume de soins : soit en augmentant le recours aux soins (cas de l'audioprothèse et du dentaire notamment), soit en augmentant le taux de renouvellement, soit en modifiant la structure des achats (montée en gamme).

[293] Là encore, la statistique publique doit être renforcée.

4 LES QUESTIONS ET ENJEUX SOULEVES PAR LES RESEAUX DE SOINS APPELLENT LA MISE EN PLACE D'UN DISPOSITIF DE SUIVI ET D'EVALUATION PERENNE

4.1 Un sujet qui peut et doit être mieux suivi

[294] Aux termes de la saisine de l'IGAS par le ministère de la Santé et des Affaires sociales, l'objectif de la mission était d'établir une évaluation des réseaux de soins ; et non de faire des propositions pour en améliorer le fonctionnement. D'ailleurs, la mission n'a pas fait de constat justifiant une action corrective immédiate des pouvoirs publics (hormis les recommandations 1 et 2 ; cf supra). En revanche, des mesures sont nécessaires pour améliorer la connaissance des réseaux de soins et leur impact sur le système de santé.

[295] En effet, si des incertitudes entourent le développement des plateformes de gestion (cf. partie 1.5), les réseaux de soins ont acquis un tel poids qu'il est indispensable que le ministère de la Santé réinvestisse ce sujet, en commençant par mieux le connaître.

[296] Les difficultés méthodologiques rencontrées par la mission et le nombre de questions en suspens que contient ce rapport montrent l'ampleur des progrès à accomplir en la matière. Aujourd'hui, le sujet est presque totalement absent de la statistique publique et il est quasiment inconnu des autorités sanitaires. L'Autorité de la concurrence et la DGCCRF en ont une meilleure connaissance mais elle reste partielle (contentieux pour l'Autorité de la concurrence ; enquêtes ponctuelles pour la DGCCRF) et elle centrée sur les questions économiques et financières.

[297] Cette mission démontre pourtant que l'information existe et qu'elle peut être rassemblée et interprétée. Elle prouve également que les acteurs, à commencer par les responsables des réseaux de soins, sont disposés à contribuer à cette connaissance.

[298] La quasi-totalité des acteurs rencontrés par la mission se déclare, en effet, favorable au renforcement du suivi des réseaux de soins. Les syndicats et les Ordres professionnels le réclament ardemment ; les plateformes de gestion et les organismes complémentaires ont, dans l'ensemble, fait part de leur accord de principe mais mis en garde sur la confidentialité de certaines données et exprimé leur crainte du mauvais usage qui pourrait être fait des informations transmises (mauvaise interprétation, instrumentalisation...).

[299] Moyennant certaines précautions méthodologiques et garanties de principe, il est donc possible de faire progresser, à court terme, notre connaissance des réseaux de soins. Celle-ci doit s'appuyer sur deux volets complémentaires :

- un dispositif de recueil structuré de données permettant de mesurer le déploiement des réseaux et leur activité (professionnels de santé, assurés, prix, parts de marché, caractéristiques des produits et prestations vendues...) ;
- des études et des travaux de recherche permettant d'évaluer l'impact des réseaux de soins sur le système de santé du point de vue de l'accès aux soins, de la qualité des soins et des dépenses de santé.

4.2 Mettre en place un recueil structuré de données afin de mesurer le déploiement et l'activité des réseaux de soins

4.2.1 Mesurer le déploiement, les services offerts et l'activité des réseaux de soins

[300] A l'instar des investigations menées par la mission, les informations à recueillir doivent permettre, d'une part, de mesurer le déploiement des réseaux de soins et, d'autre part, d'apprécier leur activité (prix, part de marché...).

[301] Pour le premier volet, il s'agit de données descriptives qui peuvent être fournies par les gestionnaires de réseaux de soins sans trop de difficultés : actionnaires et clients, assurés ayant la possibilité d'accéder à un réseau, nombre et statut des professionnels adhérents, nombre et montant des prises en charge via le réseau, nombre de contrôles réalisés et sanctions prises... Ces informations sont nécessaires pour mesurer le déploiement des réseaux de soins (vis-à-vis des assurés, des professionnels de santé, des marchés...).

[302] Pour le second volet, il s'agit d'informations plus sensibles et plus difficiles à consolider et surtout à interpréter : dépenses moyennes, prix, nature des produits/soins/prestations, profil des utilisateurs...

[303] Ce volet pose des problèmes méthodologiques :

- le profil des utilisateurs du réseau n'est que très imparfaitement connu par les gestionnaires de réseaux et les organismes complémentaires : âge, sexe et nature du contrat⁸⁸, alors qu'il serait utile de connaître leur revenu, leur consommation de soins voire leur état de santé ;
- s'agissant des prix, on peut obtenir des chiffres sur une catégorie de produits (par exemple les dépenses par codes LPP en optique) qui donnent une information sur les dépenses moyennes mais ne disent rien des produits/soins achetés ; inversement, il est possible d'obtenir des prix pour des produits particuliers (exemple des « produits traceurs » présentés dans ce rapport) mais, en l'absence d'une classification partagée, cela suppose de faire des choix, forcément arbitraires, parmi un foisonnement de produits ;
- la qualité des produits/soins ne peut être appréciée qu'indirectement faute de référentiels (chaque réseau a sa définition du « haut de gamme ») ;
- le reste à charge peut être évalué par type de soins, voire d'assuré ; mais cela ne permet pas de tirer des conclusions sur l'accès aux soins qui dépend aussi d'autres facteurs (distance, psychologie...).

[304] Malgré ces difficultés, les travaux menés au cours de cette mission montrent qu'il est possible et utile de caractériser l'activité des réseaux sur un certain nombre de paramètres (produits, prix, clients/patients...) et de comparer ces informations aux données générales. En effet, à défaut de mesurer précisément « l'effet réseau » (nécessité d'un suivi de cohorte, cf 4.3), cela donne des indications précieuses sur la façon dont ils influencent et « déforment » la consommation de soins ou de produits. Cela fournira également les données nécessaires à l'évaluation des réseaux prévue par le législateur.

⁸⁸ Y compris ceux qui bénéficient de l'ACS, ce qui donne une indication sur leur niveau socio-économique

4.2.2 Fréquence, sources et périmètre du dispositif de suivi

[305] A l'image du périmètre retenu pour ses investigations, la mission estime que le champ couvert par ce dispositif de suivi doit inclure les réseaux de soins des 6 principales plateformes de gestion, en excluant les réseaux directs. Une exception devrait cependant être faite pour le réseau dentaire CNSD/MFP compte tenu de sa taille.

[306] Sur le plan thématique, les secteurs optique, dentaire et de l'audition doivent impérativement être couverts. A ce stade et sauf changement de législation, la mission ne considère pas nécessaire d'inclure l'hospitalisation.

[307] La fréquence de recueil des données peut-être annuelle voire bisannuelle ; aucune information ne revêtant le caractère d'une « vigilance sanitaire ».

[308] S'agissant de la qualité et de la sécurité des soins, en particulier dans le champ dentaire, la mission considère en effet que les professionnels inclus dans les réseaux de soins doivent être intégrés dans les dispositifs de contrôle et de vigilance de droit commun. En revanche, ces dispositifs devront pouvoir être interrogés pour contribuer à l'évaluation des réseaux (il suffira de croiser la liste des professionnels membres des réseaux avec la liste des réclamations et des alertes).

[309] Au regard du périmètre ainsi défini, deux sources peuvent être mobilisées pour recueillir ces données : les organismes complémentaires (par exemple dans cadre de l'enquête bisannuelle de la DREES sur les contrats d'assurance maladie complémentaire les plus souscrits) et les plateformes de gestion (ainsi que la MFP pour le conventionnement dentaire). Le recueil d'information devra être aussi simple et robuste que possible.

[310] Enfin, beaucoup de ces données étant couvertes par le secret industriel et commercial, leur restitution ne pourra être qu'anonymisée et globale.

4.2.3 Un travail à engager avec toutes les parties prenantes, dans le cadre du SNDS

[311] Si la mission juge indispensable l'amélioration de la connaissance des réseaux de soins, elle ne prétend pas en fixer les modalités. Ses propositions en la matière (fréquence, sources, périmètre...) ne sont que des suggestions sur lesquelles les pouvoirs publics (au premier chef la DREES et la DSS) peuvent s'appuyer pour construire le dispositif d'observation.

[312] Ce travail doit être mené en concertation avec toutes les parties prenantes : administrations, organismes de sécurité sociale, représentants des organismes complémentaires, plateformes de gestion, représentants des professionnels de santé, associations d'usagers et de patients... Il peut opportunément s'inscrire dans le cadre du Système national des données de santé (SNDS) qui, aux termes de la loi de modernisation de notre système de santé, inclura les données provenant du régime complémentaire d'assurance maladie. L'intégration dans le SNDS de données représentatives des remboursements des organismes complémentaires offre notamment l'opportunité de disposer en continu de précieuses informations pour quantifier un effet du réseau sur les prix, les volumes, les produits/prestations...

[313] Cette concertation (qui pourrait prendre une année) permettra de définir le cahier des charges du dispositif mais aussi de préparer l'exploitation et la valorisation des informations qui en seront issues.

[314] Au terme de cette démarche, des dispositions législatives et/ou réglementaires devront être prises pour donner une base légale à ce dispositif de suivi et, dans le même temps, garantir la protection des données transmises.

Recommandation n°3 : Mettre en place un recueil structuré de données afin de mesurer le déploiement des réseaux de soins et leur activité

Recommandation n°4 : Définir le cahier des charges du dispositif de suivi en concertation avec l'ensemble des parties prenantes, dans le cadre du SNDS

4.2.4 Enrichir les enquêtes statistiques dédiées aux professionnels de santé et aux organismes complémentaires

[315] Le dispositif préconisé par la mission est centré sur les patients/usagers.

[316] L'impact des réseaux de soins sur les professionnels de santé et les organismes complémentaires (chiffre d'affaires, résultats, concurrence,...) soulève des questions importantes : Quelle est la contribution des réseaux à la restructuration de l'offre de soins ? Quel impact ont-ils sur les équilibres du régime complémentaire d'assurance maladie ?

[317] Ces sujets n'ont cependant pas pu être véritablement investigués par la mission. Par ailleurs, ils sont moins prioritaires que ceux liés aux patients/usagers (accès aux soins, qualité et sécurité des soins...).

[318] La mission recommande néanmoins de poursuivre le travail sur ces deux champs et, dans l'immédiat, d'enrichir a minima les enquêtes statistiques (celles conduites auprès des opticiens et audioprothésistes par l'INSEE, auprès des chirurgiens-dentistes par la CNAMTS, auprès des organismes complémentaires par l'ACPR...) pour mesurer leurs recours aux réseaux de soins. L'exploitation statistique de cette information permettra d'établir – ou non – des corrélations entre les réseaux de soins et les résultats économiques et financiers de ces professionnels et opérateurs.

Recommandation n°5 : Enrichir les enquêtes statistiques dédiées aux professionnels de santé et aux organismes complémentaires pour apprécier l'impact des réseaux de soins sur leurs résultats économiques et financiers

4.3 Lancer des études destinées à évaluer l'impact des réseaux de soins sur le système de santé

4.3.1 Evaluer l'impact des réseaux sur l'accès aux soins et les dépenses de santé

[319] Si la mission a pu objectiver l'existence d'écarts de prix sur la base d'analyses descriptives simples dont les limites ont été rappelées en préambule, elle n'a pas les moyens de les caractériser plus finement, ni a fortiori, de savoir dans quelle mesure les réseaux y contribuent, sachant que d'autres variables interviennent (structure des achats, comportement et profil des consommateurs, progrès technique, etc.).

[320] Pour surmonter cette difficulté, une étude spécifique est nécessaire qui permettra d'une part de déterminer, toutes choses étant égales par ailleurs, l'évolution des prix pratiqués par les professionnels de santé adhérant à un réseau, puis dans un second temps, de les comparer aux évolutions des prix pratiqués par les professionnels de santé hors du réseau sur la même période (étude réalisée sur une base anonymisée et limitée aux soins remboursables).

[321] Cette étude suppose d'apparier le SNIIRAM (prix facturés par les professionnels de santé) avec les bases de données constituées par les gestionnaires de réseaux (liste des professionnels de santé, par année d'adhésion). Cela soulève des questions techniques (identifiant permettant cet appariement, type ADELI ou RPPS) et de principe (acceptabilité par les différentes parties, confidentialité...). La mission recommande de confier cette étude à une institution indépendante

(INSERM ou Institut de Recherche en Santé créé par la loi santé) et de permettre aux contributeurs (CNAMTS, organismes complémentaires et plateformes) de réutiliser ses résultats dans les mêmes conditions.

[322] Les différentes parties prenantes ont déclaré à la mission être favorables à cette étude et disposés à en étudier la faisabilité.

[323] Des études additionnelles pourraient, le cas échéant, se mettre en place pour affiner la prise en compte des variables de contrôle (profils des usagers pris en charge, en terme de socio-démographie, de santé, voire de garanties). Mais les garanties des organismes complémentaires n'étant pas observées dans les données de l'assurance maladie, rien ne pourra être conclu sur le reste à charge après assurance maladie complémentaire.

Recommandation n°6 : Lancer une étude conjointe CNAMTS-OCAM-plateformes pour évaluer l'impact des réseaux sur les prix

[324] En complément de cette évaluation de l'effet prix lié aux réseaux, la mission recommande le lancement d'une étude sur leur effet « volume » et leur effet « structure » : impact sur le taux de recours (les réseaux de soins permettent-ils à certaines personnes d'accéder aux soins ?), impact sur le taux de renouvellement (les réseaux de soins accélèrent-ils le renouvellement des produits?), impact sur les caractéristiques des produits (y a-t-il une « montée en gamme » liée aux réseaux ?)... Ces dimensions sont en effet essentielles, tant sur le plan de l'accès aux soins (approche « micro ») que sur celui des dépenses de santé (approche « macro »).

[325] Là encore, une telle étude nécessite d'apparier le SNIIRAM (consommation de soins de la population générale, notamment celle de l'échantillon EGB) avec les bases de données des gestionnaires de réseaux (assurés ayant eu recours aux réseaux). Elle présente cependant plus de difficultés techniques car les informations relatives aux assurés ne sont pas conservées par les plateformes de gestion sur une longue période (4 années maximum pour la plupart d'entre elles). Par ailleurs, les plateformes n'utilisent pas systématiquement le NIR ; pour des raisons réglementaires. Un travail d'expertise, technique et juridique, est donc nécessaire avant de lancer cette étude.

Recommandation n°7 : Etudier la possibilité d'apparier le SNIIRAM et les bases de données des gestionnaires de réseaux de soins pour évaluer leurs effets « volume » et « structure »

[326] Pour avoir une vue complète sur le lien entre réseaux et accès aux soins, des études pourraient être lancées sur ceux qui en bénéficient (profils démographiques, caractéristiques socio-économiques, état de santé, couverture complémentaire...). Ces travaux, qui pourraient être menés par l'IRDES, permettront d'éclairer les effets de segmentation et de redistribution induits par les réseaux de soins.

Recommandation n°8 : Lancer des études sur les bénéficiaires des réseaux de soins afin d'évaluer leur impact sur la segmentation et la redistribution au sein du système de santé

4.3.2 Evaluer l'impact des réseaux de soins sur la qualité

[327] L'impact des réseaux de soins sur la qualité demeure à ce jour peu objectivable même si il fait l'objet de démarches variées (rappels d'obligation de moyen, contrôle a priori, sélection des professionnels, mesure de satisfaction).

[328] Outre une maîtrise accrue de la qualité dans les réseaux dentaires (cf supra 3.1.5), les plateformes pourraient mieux documenter cet item, en insistant par exemple auprès de leurs professionnels conventionnés sur la surveillance des effets indésirables (retour produit, plaintes

usagers) et en les dotant d'outils de mesure permettant d'apprécier la qualité objective du service rendu (comme par exemple, la mesure de l'observance en audioprothèse).

[329] Pour faire progresser l'évaluation de la qualité des produits et des actes servis, il manque des études de performance métrologiques (équipement optique, audioprothèse) et des référentiels de bonnes pratiques (audioprothèse, dentaire). A cet égard, des travaux pourraient être menés dans chacun de ces domaines sous l'égide des autorités (DGS, DGOS) en lien avec des structures d'expertise scientifique (laboratoire national d'essai pour la partie performance des dispositifs médicaux et ANSM pour la partie sécurité, Haute autorité en santé et/ou sociétés savantes pour la partie qualité des pratiques).

[330] Sur le secteur dentaire où la qualité est corrélée à la sécurité sanitaire et concerne autant les chirurgiens-dentistes travaillant dans les réseaux que ceux exerçant hors réseau, la mission renvoie au rapport de la mission IGAS portant sur les centres dentaires (cf supra). Eu égard à l'essor de l'implantologie et aux risques associés ainsi que de la forte carence en moyen de contrôle, la mission souscrit notamment à la proposition d'introduire dans la nomenclature, des soins qui en sont aujourd'hui exclus comme l'implantologie (ce qui permettra ainsi de cibler les contrôles).

[331] Enfin, des investigations complémentaires sur les réseaux chirurgicaux (chirurgie de la cataracte, chirurgie orthopédique...) seraient souhaitables compte tenu des enjeux sanitaires qu'ils comportent.

Recommandation n°9 : Développer les référentiels et les guides de bonne pratique dans les secteurs dentaire et de l'audition

Nicolas DURAND

Dr Julien EMMANUELLI

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
1	Procéder à une évaluation juridique approfondie du dispositif conventionnel sur lequel reposent les réseaux de soins	DAJ – DSS	2017
2	Améliorer la sécurité des données à caractère personnel et médical collectées par les réseaux de soins	DSS – DAJ	2018
3	Mettre en place un recueil structuré de données afin de mesurer le déploiement des réseaux de soins et leur activité	DREES-DSS	2019
4	Définir le cahier des charges du dispositif de suivi en concertation avec l'ensemble des parties prenantes, dans le cadre du SNDS	DREES-DSS	2018
5	Enrichir les enquêtes statistiques dédiées aux professionnels de santé et aux organismes complémentaires pour apprécier l'impact des réseaux de soins sur leurs résultats économiques et financiers	INSEE – ACPR – CNAMTS	2018
6	Lancer une étude conjointe CNAMTS-OCAM-plateformes pour évaluer l'impact des réseaux sur les prix	DREES-CNAMTS	2017
7	Etudier la possibilité d'apparier le SNIIRAM et les bases de données des gestionnaires de réseaux de soins pour évaluer leurs effets « volume » et « structure »	DREES-CNAMTS	2018
8	Lancer des études sur les bénéficiaires des réseaux de soins afin d'évaluer leur impact sur la segmentation et la redistribution au sein du système de santé	IRDES	2018
9	Développer les référentiels et les guides de bonne pratique dans les secteurs dentaire et de l'audition	DGS-DGOS-HAS	2018

LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Le Directeur de cabinet
Cab/MT/YGA/MJ/D.16-016365

Paris, le 13 JUIN 2016

NOTE

à l'attention de **Monsieur Pierre BOISSIER**
Chef de l'Inspection générale des affaires sociales

OBJET : Évaluation du dispositif des réseaux de soins prévu par la loi n° 2014-57 du 27 janvier 2014

Les réseaux de soins permettent aux organismes complémentaires de conclure des conventions avec les professionnels de santé, les établissements de santé ou les services de santé.

Préalablement à la loi n° 2014-57 du 27 janvier 2014 relative aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, établissements et services de santé, dite loi « Le Roux », cette possibilité n'était ouverte qu'aux organismes assureurs et aux institutions de prévoyance. Désormais, les mutuelles bénéficient également de cet outil d'amélioration de l'accès aux soins.

La loi prévoit en son article 3 qu'un rapport au Parlement soit remis chaque année pendant une période de trois ans. Ce rapport doit permettre d'établir un bilan et une évaluation des conventions instituant les réseaux de soins et de préciser les garanties et prestations que ces conventions comportent, leurs conséquences pour les patients, en particulier en termes d'accès aux soins et de reste à charge, et leur impact sur les tarifs et prix pratiqués par les professionnels, établissements et services concernés.

Je souhaite vous confier la réalisation de ce rapport qui devra prévoir un focus particulier sur les réseaux « optique » afin de contribuer aux travaux de l'observatoire du prix et de la prise en charge en optique médical installé en mars dernier.

Compte-tenu des délais imposés par la loi qui prévoit une transmission du rapport au Parlement avant le 30 septembre, vous voudrez bien me remettre vos conclusions d'ici la fin du mois d'août 2016.

Etienne CHAMPION

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Cabinet affaires sociales et santé

AMHGAR	Yann-Gaël	directeur de cabinet adjoint
BAGOURD	Emmanuel	conseiller technique soins de ville

Administrations Centrales

Direction générale de l'offre de soins

JULIENNE	Katia	chefe de service, adjointe au directeur
Dr VARROUD-VIAL	Michel	conseiller santé

Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression de la fraude

BOVE	Raphaëlle	chef du bureau des produits et prestations de santé et des services à la personne (5B)
SAVOIE	Jean-Yves	adjoint au chef du bureau
MAURUS	Eric	chef du bureau services financiers et professions réglementés
FAVIER	Caroline	adjoint au chef du bureau

Direction de la sécurité sociale

FATOME	Thomas	Directeur
DENECHERE	Agathe	sous directrice retraites et des institutions de la protection sociale complémentaire (3ème sous-direction)
VOISIN	Benjamin	sous-directeur de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail (2ème sous-direction)
GEAY	Charlotte	chefe de bureau 3A, 3ème sous-direction
DUVERNEUIL	Géraldine	chefe du bureau Couverture maladie universelle et prestations de santé
FIGUEROA	Anne	chargée de mission bureau CMU et prestations de santé (2A)
LESPAGNOL	Charlotte	bureau économie de la santé, 6eme sous-direction
PRIVAT	Gisèle	bureau économie de la santé, 6eme sous-direction
BLIMOVITCH	Eva	3eme sous-direction

Direction générale de la santé

AMPROU	Anne-Claire	directrice adjointe
AMBOISE	Patrick	sous-directeur santé population
BASSANO	Laurence	
<i>DREES</i>		
BARLET	Muriel	adjointe de la sous-directrice de l'Observation de la santé et de l'assurance maladie
POLLAK	Catherine	Cheffe du BAMEDS / sous-direction de l'Observation de la santé et de l'assurance maladie
JACQUIER	Kristel	BAMEDS / sous-direction de l'Observation de la santé et de l'assurance maladie
L'HOUE	Emmanuel	Adjoint à la cheffe du BAMEDS / sous-direction de l'Observation de la santé et de l'assurance maladie

Organismes d'assurance maladie, conseils et autorités de contrôle

CNAMTS

ULHMANN	Frédéric	directeur de l'offre de soins
RATIGNER	Christelle	directrice adjointe, responsable du département des produits de santé
GIRAUDET	Frédéric	département des produits de santé, relations conventionnelles professions de santé
ALLAIRE	Olivier	département des produits de santé, pôle dispositifs médicaux
GISSOT	Claude	direction de la stratégie et des études statistiques
GASTALDI-MENAGER	Christèle	direction de la stratégie et des études statistiques

UNOCAM

RONAT	Maurice	Président
BADONNEL	Eric	Secrétaire général
CAUCHARD	Mahé	Chargée de mission

HCAAM

BROCAS	Anne-Marie	Présidente
--------	------------	------------

Autorité de la Concurrence

BEAUMENIER	Virginie	Rapporteuse générale
CUZIAT	Eric	rapporteur général adjoint

ACPR

COULOMB	Paul	Directeur
DURANT	Dominique	adjointe au directeur des études

Commission nationale Informatique et liberté

HEBERT	Paul	direction de la conformité, directeur adjoint
GUIMIOT-BREAUD	Hélène	Juriste

Représentants des OCAM

FNMF

LAUTMAN	Albert	directeur général
COHEN-SOLAL	Jean-Martin	délégué auprès du Président
BOCOGNANO	Agnès	directrice déléguée à la Santé
BYE	Marianne	responsable développement et environnement de l'assurance maladie
HERNU	Delphine	chef de projet organisation des soins
MOUGIN	Anne-marie	chargée de mission santé

FFA

CHNEIWEISS	Arnaud	délégué général
CAZALS	Véronique	directrice Santé
MALGUID	Cécile	sous-directrice santé
BALLE-REDDAT	Oriane	chargée d'études statistiques

CTIP

LACAM	Jean-Paul	délégué général
GUILLET	Evelyne	directrice santé
SIERRA	Magali	chargée de mission santé
ATGER	Florence	chargée de mission Santé

Fédération Nationale des Mutuelles Indépendantes

MIXE	Philippe	président
SAMMUT	Jean	conseiller

Représentants des professionnels de santé

Fédération de l'hospitalisation publique

GRUSON	David	délégué général
DESCHAMPS	Michel	adjointe
Dr GOMES	Sandra	chef de projet médico-économique

Fédération de l'hospitalisation privée

GHARBI	Lamine	président
TOME-GERTHEINRICH	Elisabeth	déléguée générale
DAYDOU	Emmanuel	directeur de la prospective

Confédération nationale des professions de santé

GAERTNER	Philippe	président
Dr HENRY	Eric	vice-président, président du SML

Confédération des syndicats médicaux français

Dr ORTIZ	Jean-Paul	Président
Dr GASSER	Patrick	membre CSMF, président UMESPE

Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes

Dr BOUTEILLE	Gilbert	Président
Dr WAGNER	Geneviève	secrétaire générale du CNOCD
VICENT-DAVAUT	Elisabeth	juriste

Confédération nationale des syndicats dentaires

Dr MOJAISKY	Catherine	Présidente
Dr SABEK	Marc	Administrateur

Fédération des syndicats de dentistes libéraux

Dr SOLERA	Patrick	Président
Dr BARMIO	Sarah	Membre

Syndicat des femmes chirurgiens-dentistes

Dr DELPHIN	Nathalie	Vice-présidente
Dr FERRAND	Nathalie	Présidente
Dr HAYE	Marie-Helene	Membre
RATIER	Sylvie	juriste

Association dentaire française

Dr TROUILLET	Joël	secrétaire général
Dr DRUO	Jean-Patrick	secrétaire général
BENEDICTUS	Carine	directrice administratif et financier

Union dentaire-UJCD

Dr DENOYELLE	Philippe	Président
Dr MOUMINOUX	Franck	vice-président
Dr LEVOYER	Jacques	vice-président

Fédération nationale des centres de santé

Dr LOPEZ	Richard	président
LEFEUVRE	Jean-Yves	délégué général
Dr COLOMBANI	Hélène	secrétaire générale
DE PONCINS	Patrick	
TANQUERAY	Sabrina	
TAHRAOUI	Samia	

Réseau National des Centres de Santé mutualistes

PANZANI	JP	président
LELOUVIER	Marion	directrice

Fédération Nationale des Opticiens de France

GERBEL	Alain	président
BERGOGNE	Marc	membre

Syndicat National des Opticiens Entrepreneurs

PADIEU	Olivier	VP SYNOPE
DUVAUCHELLE	Alexandra	déléguée générale du SYNOPE
CAMACHO	Patrice	KRYS Groupe
LADOUX	Sandrine	Optic 2000

Union des Opticiens de France

DE LA BOULAYE	Catherine	présidente
JOMBART	François-Xavier	vice-président

CHAMBONCEL Léa conseillère

Groupement des Industriels et Fabricants de l'Optique

MATHIEU Ludovic président

COPEL Laure-Anne secrétaire générale

Syndicat National des Audioprothésistes - UNSAF

GODHINO Luis président

BIZAGUET Eric vice-président, président du collège national des audioprothésistes

Syndicat National des Entreprises de l'Audition

FLAHAUT Guillaume président

DARMON Richard vice-Président du SYNEA et Audioprothésiste chez Amplifon

Association OSCAR

ROSSET M. ROSSET Opticien

Associations de patients et d'usagers

CISS

DESCLERC-DULAC Danièle co-présidente

PARIS Mathieu responsable communication et animation réseau

LEO Magali chargée de mission assurance maladie

UFC – Que Choisir

BIDEAU Daniel vice-président, animateur de la Commission santé

ESCOT Marc responsable des études

INC-60 millions de consommateurs

N' SONDE Constance responsable du secteur Santé à 60 millions de consommateurs

Collectif Dentexia

AOUACHERIA Abdel Président

Plateformes de gestion de réseaux de soins

SANTE CLAIR

BINTZ Marianne directrice

TOUIZER Caroline directrice des réseaux de soins

Dr COSNARD	Frédéric	directeur médical
CROISSANT	Bruno	directeur qualité
DELORME	Anne	directrice des opérations
COLLET	Matthieu	directeur des systèmes d'informations
COLLIAS	Marie- Hélène	juriste et CIL
DZIEDZIC	Thomas	Statisticien
équipe réseau dentaire		
équipe réseau optique		

Carte Blanche

TRIPODI	Jean- François	directeur général
Dr LEBLANC	Nicolas	directeur général adjoint
DELAMASURE	Thomas	directeur administratif et financier
LODE	S.	responsable statistiques
SYLLA	I.	responsable production
TOCQUEC	F.	responsable contrôle
NAVARRO	M.	responsable conventionnement
GICQUEAU	S.	chargé d'affaires
CAMBOT	JL.	expert cohérence SI
GONDE	T.	responsable études

SEVEANE

BONTEMPS	Norbert	administrateur
REUGE	Stéphane	directeur général délégué Pro BTP
GRUDE	Christian	direction assurances des particuliers Groupama

KALIVIA

BORELLA	Laurent	directeur Santé, malakoff médéric
DEVILLARD	Corinne	directrice relation avec les professionnels de santé, Harmonie Mutuelle
GARNIER	Gaétan	directeur opérationnel

ISTYA/ EQUASANTE

LAFOND	Christophe	vice-président MGEN
JEANNOT	Bernard	responsable développement et partenariat MGEN
DAURIAC	Yves	DG Equasanté

SCHLATTER Gérôme responsable Audio-Optique

ITELIS

BOISROND Jean-Marc président du directoire
 HURET Fabian directeur des réseaux de soins

ACTIL

RISBOURG Philippe directeur

Personnalités qualifiées

BELL-ALDEGHI Rosalind Université de Franche-Comté
 BIZARD Frédéric économiste de la santé, prof associé science po
 CHEVESSON Noëlle Société Jalma, directrice adjointe
 COUTINET Nathalie Université de Paris XIII
 DOMIN Jean-Paul Université de Reims Champagne-Ardenne,
 GINON Anne-
 Sophie Université Nanterre, Maître de conférences
 HARTMANN Laurence maître de Conférences en Sciences Economiques
 KASSAB Maher cabinet Gallileo, directeur
 De KERSVASDOUE Jean Professeur d'économie et de gestion des services de santé
 MARQUES Christophe cabinet ASTERES
 MATALLAH Mathias Président JALMA

Professionnels de santé

Dr D. Chirurgien-dentiste omnipraticien (Annecy)
 Dr G. Chirurgien-dentiste omnipraticien (Annecy)
 Dr C. Chirurgien-dentiste omnipraticien (Lyon)
 Dr K. Chirurgien-Dentiste (Nantes)
 P. M. Opticien, succursale (Annecy)
 F. M. Opticien, franchise (Annecy)
 X. M. opticien, succursale (Lyon)
 V. M. Opticien, franchise (Nantes)
 B. M. Opticien, succursale (St Herblain)
 L. M. Opticien indépendant (Nantes)
 G. M. Opticien indépendant (Annecy)
 M. M. Opticien indépendant (Annecy)
 M. M. Opticien, franchise (Annecy)

B.	Mme	Opticienne indépendante (Annecy)
F.	Mme	Audioprothésiste, franchise (Nantes)
E.	Mme	Audioprothésiste, mutualiste (Nantes)
P.	M. et Mme	Audioprothésistes, indépendants (Nantes)
D.	M.	Responsable enseigne audio (Lyon)
J.	Mme	audioprothésiste, succursale (Lyon)
R.	A.	audioprothésiste, mutualiste (Lyon)

Enseignes optique et audio

VISAUDIO

PY	Christian	Président
BAZILLAUD	véronique	directrice de la communication et des relations avec les mutuelles

OPTICAL CENTER

DEPYPER	Bruno	directeur santé Optical Center (Paris)
CHEIKH	Bouchra	manager du service santé

GRAND VISION

LORETHIOIS	Véronique	directrice Santé
------------	-----------	------------------

Easy-verres.com

FARAH	Fadi	Fondateur
POLIER	Jean	Président

Organismes complémentaires, entreprises, courtiers

FAUVEL	Jean-Marc	Mutuelle AIR FRANCE, Directeur
FERRANDIS	Jean-Phillipe	Verspieren Courtier en assurance, Directeur
BAZZOCCHI	Didier	COVEA, Directeur général santé prévoyance
TAPIN	Olivier	COVEA, responsable études et veille
MERCIER	Laurence	AREVA, directrice Rémunération et Avantages sociaux
RENAULT	Guillaume	AREVA, chef de Cabinet du DRH Groupe
COLONNA	Nicole	La Mutuelle des Médecins, directrice générale
Dr OLIVIER	Arnault	La Mutuelle des Médecins, président
JOIGNAULT	Bertrand	MGAS, directeur Général
RAY	François	MGAS, directeur des opérations
GUILLOT	Xavier	MGAS, responsable des Services Clients GPM

BOUCHY	Corinne	MFP, Directrice financière
TRIBILLAC	Laurence	MFP, Directrice Influence & Métiers
BRICHET	Serge	MFP, Président
LEVAVASSEUR	Gilles	HENNER, Directeur général délégué
Dr LEPETIT	Anne	HENNER, Directeur Santé
TULARD	Pierre	SOPRA-STERIA, Directeur juridique social
DEVILLARD	Corinne	directrice des relations avec les professionnels de santé, Harmonie Mutuelle

LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1 : Synthèse de l'enquête en ligne auprès des OCAM
Annexe 2 : Synthèse de l'enquête auprès des plateformes
Annexe 3 : Etude de la DREES
Annexe 4 : Droit de la concurrence et réseaux de soins
Annexe 5 : Analyse juridique des conventions optique
Annexe 6 : Analyse juridique des conventions dentaire
Annexe 7 : Loi n°2014-57 du 27 janvier 2014

ANNEXE 1

ENQUETE AUPRES DES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES

1 AVERTISSEMENT METHODOLOGIQUE

[332] Les données présentées ci-dessous sont issues d'une enquête réalisées par l'IGAS dans le cadre de la mission « réseaux de soins ». Cette enquête, administrée par voie électronique (SOLEN), a été menée auprès des organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) de novembre 2016 à février 2017. Le questionnaire a été diffusé via les représentants des organismes complémentaires : centre technique des institutions de prévoyance (CTIP), Fédération française des assurances (FFA), Fédération nationale de la mutualité française (FNMF). Les réponses ont été directement adressées à l'IGAS.

[333] Les réponses des OCAM portent notamment sur des prix et des remboursements moyens pour certains groupes de produits et/ou d'actes.

[334] Comme pour toute étude de ce genre (déclarative, transversale, non exhaustive), les résultats sont à interpréter avec précaution. L'échantillon des répondants est somme toute assez représentatif de l'ensemble des OCAM en termes de personnes protégées (PP) et de chiffres d'affaires (plus de 60%). Cependant, les faibles effectifs de répondants à certaines questions peuvent en limiter la portée, une partie des OCAM n'ayant pas ou mal répondu faute de détenir toute ou partie de l'information demandée (typiquement, celles qui dépendent d'un délégataire de gestion). Il n'a pas été possible d'opérer des redressements pour tenir compte des non-répondants.

[335] S'agissant plus spécifiquement des résultats montrant des écarts de prix réseau/hors réseau pour une catégorie de produits/prestations et a fortiori pour un produit/prestation moyen (avec une dispersion parfois importantes des valeurs), il faut ensuite acter qu'elles ne disent rien de la nature ni de la qualité du produit acheté. Ils indiquent simplement une moindre dépense, pour un produit ou un service donné (un équipement d'optique) sans rien dire des acheteurs, ni de leurs besoins (déficience visuelle ou auditive par exemple), ni de leurs capacités financières ou leurs comportements d'achat qui influent sur les prix pratiqués en réseau et hors réseau Enfin, ils ne disent rien sur l'imputabilité des réseaux dans ces écarts de prix. En toute rigueur, ils devraient être consolidés et affinés par des études plus poussées.

2 IDENTIFICATION DES REpondANTS

2.1 Structure de l'échantillon des répondants

[336] Le champ de l'enquête portait a priori sur l'ensemble des 507 organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) que la mission a tenté d'atteindre via leurs principaux représentants (FFA, CTIP, FNMF). Parmi les non répondants, certains n'ont jamais reçu le questionnaire, d'autres l'ont reçu sans y donner suite, sans qu'on sache ce que représente chacun des sous-groupes. La couverture du champ est au final assez faible si on s'en tient au nombre

d'organismes (47 réponses⁸⁹ sur 507 possibles soit 9.2 %), mais elle est beaucoup plus importante si on considère le poids des OCAM inclus (80 % des 20 plus grands OCAM et 70 % des 40 plus grands en chiffre d'affaires d'après le classement établi par la DREES).

[337] Les OCAM couverts par l'étude représentent 64% du chiffre d'affaires (CA) de l'ensemble des OCAM en 2013 (21 Mds€ sur 33 Mds€) et 62 % des personnes protégées (PP) par l'ensemble des OCAM (37,6 M). Sur le plan de la répartition par famille, on note dans l'échantillon de répondants de l'étude IGAS une surreprésentation des assureurs (45 % vs 19 %) et des Institutions de prévoyance (IP ; 10% vs 4%), une sous-représentation très importante du nombre des mutuelles (45 % vs 77 %). En prenant en compte le poids de chaque catégories d'OCAM en CA, ces écarts de distribution s'atténuent fortement : les assureurs (36 % vs 28 %) et les IP (23% vs 18 %) sont beaucoup moins surreprésentées tandis que les mutuelles sont nettement plus représentées (41 % vs 54 %). Si on s'en tient au poids en personne protégées (PP), cette tendance se maintient pour les mutuelles (44 % vs 54 %) et se renforce encore pour les IP (aussi représentées dans l'échantillon que d'après l'enquête de la DREES).

Tableau 1 : nombre et répartition des OCAM selon DREES

nombre et répartition des OCAM selon DREES	Catégorie d'OCAM	Mutuelles	IP	Assurances	TOTAL
	Nombre d'organismes	389	22	96	507
	Poids en nombre	77 %	4 %	19%	100 %
	Poids en CA	54 %	18 %	28%	100 %
	Poids en PP	54 %	21 %	26%	100 %

Source : DREES (2014) pour les PP, et Fonds CMU (2015) pour les CA

Tableau 2 : nombre et répartition des OCAM de l'étude IGAS (2015)

nombre et répartition des OCAM selon l'étude IGAS	Catégorie d'OCAM	Mutuelles	IP	Assurances	TOTAL
	Nombre d'organisme	21	5	21	47
	Poids en nombre	45 %	10%	45%	100 %
	Poids en CA	41 %	23%	36%	100 %
	Poids en PP	44 %	20%	37%	100 %

Source : enquête OCAM-IGAS

2.2 Délégation de gestion

[338] 74 % des répondants (35/47) délèguent leur gestion tout ou en partie. La part du CA correspondant à cette gestion déléguée varie entre 3 % et 100 %. Elle se situe au-delà de 95 % du CA pour 40 % des répondants (10/26).

⁸⁹ La Fédération Nationale des Mutuelles de France a été écartée pour éviter les doubles comptes, un certain nombre de mutuelles de la FNMF ayant aussi répondu.

Tableau 3 : part du CA correspondant à la gestion déléguée

Part de gestion déléguée	nb OCAM
moins de 10 %	3
de 14 % à 30 %	4
de 31 à 50 %	6
de 51 % à 60 %	3
plus de 95 %	10
TOTAL	26

Source : enquête OCAM-IGAS

[339] Dans la moitié des cas (17/35), les réponses aux questions concernent exclusivement la gestion directe (l'autre moitié concerne la gestion directe et la gestion déléguée).

3 RECOURS AUX RESEAUX DE SOINS (EN 2016)

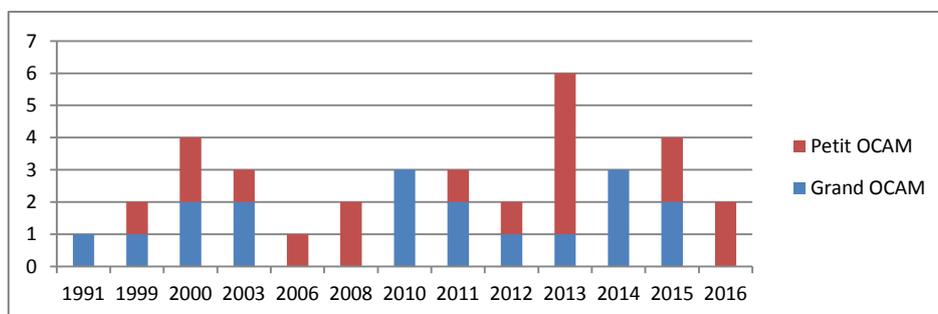
[340] 81 % des répondants (39/47) déclarent recourir à un réseau dont la très grande majorité (36) via une gestion indirecte assurée par une plateforme. Les raisons mises en avant pour recourir à un réseau sont par ordre décroissant la maîtrise des dépenses de santé (77 %), l'amélioration de la qualité de service (67 %), l'amélioration de l'accès aux soins (63 %).

[341] Huit OCAM (19 %) ne recourent pas à un réseau de soins à la date de l'enquête. Il s'agit principalement d'organismes de petite taille (moins de 100 000 personnes protégées). Les motifs de non recours sont de trois ordres : la faiblesse de l'activité en santé, la préservation de la liberté des assurés et la stratégie du groupe auquel l'OCAM adhère.

[342] Parmi ces 8 organismes, deux ont rejoint un réseau de soins en 2017 et deux autres envisagent de le faire à court terme (moins de deux ans). Seuls 4 répondants (soit moins de 10 % de l'échantillon) souhaitent demeurer en dehors de tout réseau de soins : à une exception, il s'agit d'organismes ayant une activité marginale en matière de santé.

[343] Un tiers des OCAM recourant à un réseau le faisait avant l'avis de l'Autorité de la concurrence (2009), et les trois quarts avant la loi Leroux (2014).

Graphique 1 : Date d'adhésion des OCAM aux réseaux de soins, en fonction de leur taille⁹⁰



Source : enquête OCAM-IGAS

⁹⁰ Les grands OCAM appartiennent au groupe des 20 OCAM ayant le plus gros chiffre d'affaire d'après les données DREES.

4 CARACTERISTIQUES DES RESEAUX DE SOINS GERES DIRECTEMENT PAR LES OCAM

[344] Plusieurs répondants ont signalé adhérer aux réseaux de soins mutualistes (Conventionnement Hospitalier Mutualiste, conventionnement dentaire mutualiste, réseau dentaire MFP/CNSD...).

[345] Un répondant a indiqué gérer directement des réseaux de soins. Il s'agit d'une importante société d'assurance qui dispose de trois réseaux d'envergure nationale : 1402 opticiens (réseau soumis à *numerus clausus*), 761 dentistes et 738 audioprothésistes. Ces réseaux proposent le tiers payant et des offres tarifaires.

[346] Ces trois réseaux sont assortis de contrôles, principalement *a posteriori* (contrôle des factures, contrôle des tarifs...). L'OCAM pratique une différenciation des taux de remboursement dans les secteurs audio et dentaire (pour l'optique, les remboursements ne sont pas différenciés mais les tarifs sont négociés de façon à aboutir à des offres sans reste à charge).

[347] Par ailleurs, une mutuelle de taille moyenne a signalé disposer d'une « plateforme d'expertise et de conseils » qui procède, notamment, à des analyses de devis dans les secteurs optique, dentaire, audio. Ouvert à d'autres OCAM, ce service est assorti d'accords tarifaires avec plusieurs enseignes d'optique.

5 IMPACTS DES RESEAUX SUR LES PRIX, LES RESTES A CHARGE ET LA QUALITE (EN 2015)

5.1 Remboursement différencié pour les assurés

[348] La différenciation des taux de remboursement concerne une minorité d'OCAM :

- 13 OCAM⁹¹ sur 39 déclarent pratiquer le remboursement différencié ;
- ces 13 OCAM représentent 20 millions de personnes protégées, soit 54 % de l'échantillon, modulo la part du portefeuille couverte par cette différenciation (en moyenne 65%) ; ce qui équivaut à environ un tiers.

[349] Au sein de ces 13 OCAM, cette différenciation est pratiquée :

- presque toujours en optique (12/13) avec une part du portefeuille concerné variant entre 1 % et 100 %, le plus souvent au-delà de 50 % et en dentaire (12/13) (avec une part du portefeuille concerné variant entre 9 % et 100 %, le plus souvent au-delà de 50 %)
- dans la plupart des cas en audio (10/13) avec une part du portefeuille concerné variant entre 7,5 % et 100 %, le plus souvent au-delà de 50 %)

[350] L'amplitude de cette différenciation peut aller :

- en optique : de 0 à 33 %, (de 50 à 200€ pour les réponses données en valeur absolue);
- en audio : de 0 % à 30 %, (de 40 à 150€) ;
- en dentaire, de 0 % à 50 % (entre 15 et 35 %) voire exceptionnellement jusqu'à 375 %.

⁹¹ 7 sociétés d'assurance, 5 mutuelles (de grosses tailles) et une IP

[351] Les données recueillies ne permettent pas de mesurer la relation entre cette différenciation et les offres « 0 reste à charge », la question ayant été mal comprise par les répondants (qui ont parfois ciblé le 0 RAC pratiqué dans le cadre de la différenciation, parfois le 0 RAC pratiqué de manière générale).

Extrait anonymisé d'une réponse au questionnaire

« En optique, la différenciation ne porte que sur des verres. L'adhérent ayant toujours le choix, la prise en charge intégrale ne s'applique que si l'adhérent a choisi de suivre la notice contractuelle. Ce document a pour objectif de présenter les conditions nécessaires pour un remboursement intégral par l'OCAM X des verres et traitements de verres lorsqu'ils sont fournis dans le cadre du réseau A. L'ensemble de ces verres et traitements répond aux exigences de qualité de la charte du réseau A, et prend en compte les bonnes pratiques professionnelles que les opticiens partenaires se sont engagés à respecter en adhérant au réseau A. Les verres sont systématiquement durcis, amincis en fonction de la correction et traités antireflets. En dentaire, la différenciation ne porte que sur certains actes. Prise en charge intégrale uniquement selon la liste des actes dentaires de référence concernés par la prise en charge intégrale dans le réseau A. Selon les garanties un ou plusieurs actes sont concernés par la prise en charge intégrale, il est difficile de définir une part globale. »

[352] Les 2/3 des répondants qui ne pratiquent pas le remboursement différencié ne le font pas par souci d'équité entre assurés, pour ne pas pénaliser ceux qui ne peuvent accéder au réseau (problème géographique), ou par respect de la liberté de choix du professionnel de santé. Certains disent simplement vouloir préférer réduire le RAC dans le cadre du réseau.

[353] En première analyse, il ne semble pas y avoir de relation entre les taux de recours aux réseaux et le remboursement différencié (régression linéaire non concluante).

5.2 Recours aux soins

[354] Le taux de recours aux soins est défini comme le rapport, sur une année civile (2015 ici) entre le nombre d'assurés/ayant droits (personnes protégées) ayant consommé au moins un soin et le nombre d'assurés/ayant droits (tab 4).

[355] Le taux de recours au réseau de soins est la part d'assurés/ayant droits ayant consommé au moins un soin qui l'ont fait en passant par le réseau de soins (tab 5).

Tableau 4 : taux de recours aux soins optiques, dentaires, audio en 2015

	nb OCAM répondant	Nombre des personnes protégées	Nombre d'assurés ayant consommé au moins un soin	Taux global de recours aux soins	Taux de recours aux soins mesuré via le SNIIRAM
en optique	n=22	24 682 460	4 699 822	19 %	20 % (2014)
en audio	n=18	17 858 942	337 047	2 %	0.6 % (2015)
en dentaire	n=11	6 862 222	1 123 871	16 %	

Source : enquête OCAM IGAS

[356] En 2015, 19 % des personnes protégées par les OCAM répondant ont consommé au moins un acte en optique (même taux que celui obtenu via le SNIIRAM) dont plus de la moitié en passant par les réseaux de soin. En audio, c'est 2 % des personnes protégées qui ont consommé des soins (trois fois plus que les taux de recours globaux) dont un tiers via les réseaux. Enfin, 16 % des personnes protégées ont consommé des soins dentaires dont environ 10 % via les réseaux.

Tableau 5 : taux de recours aux réseaux optiques, dentaires, audio en 2015

Taux de recours dans les réseaux		Optique	Audio	dentaire
Par taille d'OCAM	Grands	53 %	42 %	21 %
	Petits	51 %	23 %	5 %
Ensemble		52 %	33 %	12 %

Source : enquête OCAM IGAS

[357] En optique, le taux de recours ne varie pas avec la taille de l'OCAM. En audio, on note des écarts importants (de 23 % chez les petits à 42 % chez les grands). Le recours en dentaire est également plus faible au sein des petits OCAM (5 % vs 21 % chez les grands).

[358] En première analyse, il ne semble pas y avoir de relation entre le recours aux réseaux et le recours aux soins (régression linéaire non concluante).

5.3 Profils des usagers recourant aux soins optique, audio et dentaire (2015)

5.3.1 Type de contrat souscrit par les usagers ayant consommé des soins en 2015

[359] La part des bénéficiaires de contrats individuels est majoritaire dans le domaine de l'optique (53-54 %) et surtout de l'audioprothèse (79-80 %). Cette répartition s'inscrit dans la tendance nationale (60 % de bénéficiaires de contrats individuels contre 40 % de bénéficiaires de contrats collectifs).

Tableau 6 : Répartition des usagers recourant aux soins par type de contrat

	nb OCAM répondant	Part des usagers recourant aux soins dans le réseau et hors réseau		Part des usagers recourant aux soins dans le réseau	
		contrats individuels	contrat collectifs	contrats individuels	contrat collectifs
en optique	n=12	53 %	47 %	54 %	46 %
en audio	n=8	79 %	21 %	80 %	20 %
en dentaire	n=5	37 %	63 %	41 %	59 %

Source : enquête OCAM- IGAS

[360] Dans ces domaines, les assurés déclarant des soins dans le réseau ne semblent pas différer de la population globale des assurés pris en charge (réseau et hors réseau) en terme de type de contrat (même part de contrats individuels et collectifs dans les deux populations).

[361] En revanche, dans le dentaire où les contrats collectifs prédominent (aux alentours de 60 %), on note une légère différence avec une part plus élevée des contrats individuels et une part moins élevée de contrats collectifs chez les assurés fréquentant le réseau par rapport à la population globale des assurés prise en charge dans l'année. Mais cette observation doit être considérée avec prudence au regard du faible nombre d'OCAM pour lesquels l'information était disponible.

5.3.2 Age des assurés ayant consommé des soins en 2015

[362] En 2015, l'âge des assurés fréquentant les réseaux ne semble pas différer de la population globale des assurés ayant fait l'objet d'une prise en charge dans les secteurs optiques, audio et dentaires.

[363] L'âge moyen est le plus faible en optique et le plus important en audio.

Tableau 7 : âge moyen pondéré des assurés ayant recouru aux soins optiques, audio, dentaires en 2015

âge moyen	global	réseau
en optique	45 ans	46 ans
en audio	73 ans	73 ans
en dentaire	54 ans	55 ans

Source : enquête OCAM IGAS

[364] Au total, et sous toutes réserves, le profil des assurés ayant recours à des réseaux de soins ne semble différer ni en termes d'âge ni en termes de type de contrat souscrit (individuel/collectif).

5.4 Prix facturés, remboursements et RAC observés (R/HR) en 2015

5.4.1 Intérêt et limites des données

[365] Les données ont été pondérées en prenant en compte la taille des OCAM (personnes protégées). La pondération sur les nombre d'actes a montré la même tendance (mais sur des effectifs moins importants du fait de données manquantes)

[366] Les différences retrouvées ne portent pas toujours sur des effectifs importants d'OCAM (bien que ceux-ci reflètent une part importante de l'activité nationale). Ce sont des différences brutes sans prise en compte des variables de contrôles.

[367] Elles ne disent rien de la nature, ni de la qualité du produit acheté, ni des besoins des capacités financières ou des comportements d'achat des usagers (caractéristiques qui influent sur les prix moyens constatés, réseau et hors réseau), ni a fortiori de l'imputabilité des réseaux.

[368] Enfin, les moyennes cachent parfois une dispersion importante des valeurs

[369] En tout état de cause, elles ne font que suggérer des tendances à consolider et à affiner avec d'autres études plus poussées

5.4.2 Optique

Tableau 8 : prix facturés, remboursements et restes à charge moyens en réseau et hors réseau dans le secteur optique, 2015

Secteur Optique pour l'année 2015	assurés ayant recours à un opticien en réseau		assurés ayant recours à un opticien hors réseau		Diff.	%
	Nbre réponses		Nbre réponses	prix		
Montant moyen des prix facturés pour l'achat de deux verres adultes	n=15	282 €	n=15	349 €	-67 €	-19 %
Montant moyen des remboursements (part complémentaire) pour l'achat de 2 verres adultes	n=15	202 €	n=15	204 €	-2 €	-1 %
RAC moyen pour l'achat de 2 verres adultes		80 €		145 €	-65 €	-46 %
Montant moyen des prix facturés pour l'achat de deux verres blancs simples foyers adultes (sphère -6 à +6 dioptrie ; LPP 2203240)	n=16	154 €	n=16	197 €	-43 €	-22 %
Montant moyen des remboursements (part complémentaire) pour l'achat de deux verres blancs simples foyers adultes (sphère -6 à +6 ; code LPP 2203240)	n=16	127 €	n=16	129 €	-2 €	-1 %
RAC moyen pour l'achat de verres blancs simples foyers adultes (sphère -6 à +6 dioptrie; LPP 2203240)		27 €		68 €	-41 €	-60 %
Montant moyen du prix facturés pour l'achat de deux verres blancs multifocaux ou progressifs adultes (-8 à +8 d ; LPP 2227038)	n=16	398 €	n=16	490 €	-92 €	-19 %
Montant moyen du remboursement (part compl) pour achat de 2 verres blancs multifocaux ou progressifs adultes (sphère -8 à +8 dioptrie; LPP 2227038)	n=16	267 €	n=16	243 €	24 €	10 %
RAC moyen pour l'achat de 2 verres blancs multifocaux ou progressifs adultes (sphère -8 à +8 dioptrie; code LPP 2227038)		131 €		248€	-116 €	-47 %

Source : enquête OCAM -IGAS

[370] Dans les réseaux optiques, les factures d'équipement sont inférieures (environ - 20 %), mais remboursées au même niveau (ou légèrement plus) qu'hors réseau. De manière générale, le RAC moyen est toujours moins important dans les réseaux. Avec des produits relativement

comparables (code LPP 223240 et LPP 2227038), les RAC en réseau sont ainsi respectivement de 30€ vs 72€ hors réseaux (-41€), et de 131 € vs 248 € hors réseaux (-116€).

5.4.3 Dentaire

Tableau 9 : prix facturés, remboursements et restes à charge moyens en réseau et hors réseau dans le secteur dentaire, 2015

Secteur Dentaire pour 2015	assurés recours dentiste réseau	ayant à un en	assurés recours dentiste réseau	ayant à un hors	Diff.	%
	Nbre réponses		Nbre réponses			
Montant moyen des prix facturés pour les soins prothétiques	n=4	489 €	n=4	498 €	-9 €	-2 %
Montant moyen des remboursements (part compl.) pour les soins prothétiques	n=4	261 €	n=4	242 €	19 €	8 %
RAC moyen pour les soins prothétiques		228 €		256 €	-28 €	-11 %
Montant moyen prix des facturés pour la pose d'une prothèse céramo-métallique	n=7	579 €	n=7	611 €	-32 €	-5 %
Montant des remboursements (part compl.) pour la pose d'une prothèse céramo-métallique	n=7	258 €	n=7	233 €	25 €	11 %
RAC moyen prothèse céramo-métallique		321 €		378 €	-57 €	-15 %

Source : enquête OCAM -IGAS

[371] Dans les réseaux dentaires, les montants moyens des prix facturés des soins prothétiques et la pose d'une couronne céramo-métallique sont légèrement inférieurs (de - 9 à -32€), et leur remboursement est toujours meilleur (de 19 à 25 €) engendrant un RAC moins important (de -28€ ou de -57€).

5.4.4 Audio

Tableau 10 : prix facturés, remboursements et restes à charge moyens en réseau et hors réseau dans le secteur audio, 2015

Secteur Audio pour l'année 2015	assurés ayant recours à un audio. en réseau		assurés ayant recours à un audio. hors réseau		Diff.	%
	Nbre réponses		Nbre réponses			
Montant moyen des prix facturés pour l'achat de 2 audioprothèses adulte	n=14	2 766 €	n=14	3 073 €	-307 €	-10 %
Montant moyen des remboursements pour l'achat de 2 audioprothèses adulte	n=14	991 €	n=14	903 €	88 €	10 %
RAC moyen pour achat de 2 audioprothèses adulte		1 775 €		2 170 €	-395 €	-18 %

Source : enquête OCAM IGAS

[372] Dans les réseaux audio, les prix moyens facturés pour l'achat de deux prothèses adulte sont nettement inférieurs (2 766 €) à ceux hors réseau (3 073 €), et les remboursements sont plus importants, engendrant un RAC moyen inférieur (1775€ vs 2170€). Comme pour l'optique et le dentaire, rien n'indique cependant qu'il s'agit des mêmes audioprothèses en termes de qualité ni que la qualité de service soit identique.

5.5 Satisfaction adhérents

[373] Pour l'ensemble des 29 OCAM répondants, les assurés sont satisfaits du service rendu par les réseaux. Les motifs de satisfaction les plus fréquemment évoqués sont la baisse des prix et de RAC, la proximité et la qualité du service, le tiers payant. Un peu moins de la moitié des Ocam avec réseau ont mené des études de satisfaction auprès de leurs adhérents avec des taux de satisfaction s'échelonnant de 80 à 96 % (les plus forts s'observant en optique et en audio).

Extraits anonymisés de réponses au questionnaire IGAS sur ce sujet

Au plan national, des sondages mettent en évidence l'intérêt grandissant de nos concitoyens vis-à-vis de la prévention, de la coordination des acteurs sur le parcours de santé, de l'accessibilité aux soins, de l'aide à la maîtrise du budget santé et enfin, des réseaux de soins. Selon l'enquête de l'IPSOS réalisée en 2012⁹², plus de 8 Français sur 10 sont intéressés par le tiers payant, par une amélioration du remboursement ou par des tarifs négociés avec les opticiens par leur complémentaire santé. La proximité de l'opticien, les services et les garanties supplémentaires et des produits répondants à des critères de qualité définis bénéficient également d'un niveau d'intérêt très élevé, bien qu'arrivant en seconde position. Ainsi, 6 Français sur 10 accepteraient d'être orientés par leur complémentaire santé vers des opticiens agréés.

L'édition 2013 du baromètre TNS SOFRES⁹³ fait également apparaître que la majorité des personnes interrogées reconnaissent les avantages des réseaux de soins. En effet, pour une grande majorité des personnes interrogées (78%), ces réseaux "sont une solution efficace pour éviter l'avance de frais". Une proportion presque aussi importante (70%) perçoivent que ceux-ci "laissent aux adhérents la liberté de choix de leurs professionnels de santé". De même, selon le dernier baromètre Deloitte sur le système de santé français, réalisé par l'IFOP en 2015⁹⁴, 89% des Français se disent intéressés par un service d'accès à un réseau de professionnels de santé à des tarifs avantageux ou négociés par leur complémentaire santé. 48% seraient même « prêts à payer un supplément pour bénéficier d'un tel réseau ». Nos adhérents ne s'expriment pas, de ce point de vue, de manière différente. Les taux de fréquentation des réseaux observés sont parmi les plus élevés de ceux observés chez l'ensemble des complémentaires bénéficiant d'un réseau de soins.

5.6 Communication en direction des assurés

[374] La communication en direction des assurés est la règle (35/39) selon des supports propres à chaque OCAM, qui combinent diversement magazines périodiques, newsletters, site web, emailing, flyers joints aux décomptes de santé ou lors de l'envoi du contrat, parfois grand média, TV, presse, radio.

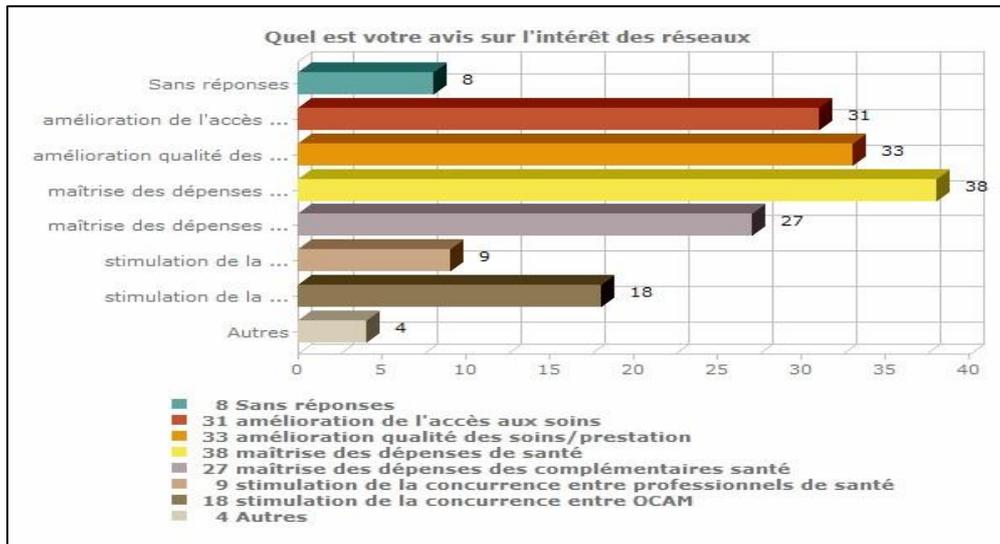
⁹² « Les Français et l'optique », septembre 2012, étude IPSOS réalisée pour le compte de la Mutualité Française

⁹³ Baromètre FNMF - TNS Sofres 2013 santé

⁹⁴ Système de les maux et remèdes plébiscités Baromètre Santé 2014 - Deloitte / IFOP

6 COMMENTAIRES GENERAUX

6.1 Avis sur l'intérêt des réseaux



Source : enquête OCAM IGAS

[375] On retrouve le trio habituel, entendu dans les entretiens : amélioration de l'accès aux soins (baisse du reste à charge et tiers payant), amélioration de la qualité des prestations/soins, amélioration de l'accès aux soins. C'est donc l'intérêt des assurés qui est mis en avant.

Extrait anonymisé de réponse au questionnaire IGAS sur ce sujet

« En comparant les ventes pour nos adhérents dans et hors réseau, on s'aperçoit que 4 fois plus de verres au plus haut niveau de technicité sont vendus dans le réseau optique que hors réseau. »

[376] S'agissant de l'intérêt des réseaux du point de vue des organismes complémentaires, près des deux tiers des répondants mentionnent la « maîtrise des dépenses des complémentaires santé ». Toutefois, les avis sont partagés sur les effets de cette « maîtrise » : certains estiment que l'effet prix est plus que compensé par l'effet volume avec au final une augmentation des dépenses (qui peut être considéré comme une amélioration de l'accès aux soins) ; d'autres mettent en avant l'intérêt des réseaux dans la maîtrise du ratio Sinistres / primes ainsi que la « surenchère des garanties » ; certains enfin avouent ne pas savoir quel impact les réseaux ont sur leur résultat, même si la satisfaction des assurés est acquise.

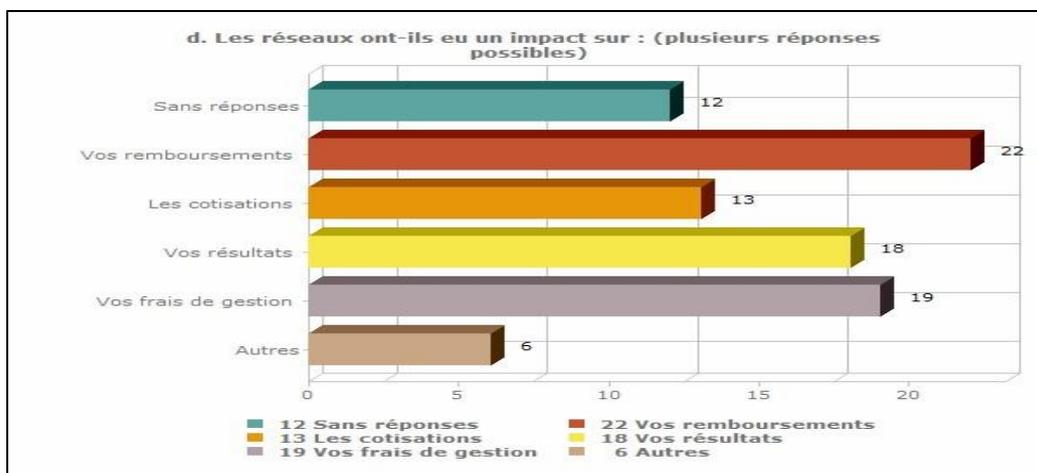
Extraits anonymisés de réponses au questionnaire IGAS sur ce sujet

« On observe une augmentation de la fréquence de renouvellement en optique dans les réseaux qui viennent compenser les limitations tarifaires. »

« Permet de maîtriser la dépense et donc de maîtriser les cotisations des adhérents en alignant les remboursements sur les prix négociés des réseaux qui établissent ainsi un prix marché fiable. »

« L'équation reste complexe, car elle dépend notamment des niveaux de garanties, ainsi que du comportement des adhérents. En donnant accès aux soins, la mise en place des accords conventionnels entraîne une hausse des dépenses de santé qui peut être compensée par la réduction des tarifs négociés. Le niveau du résultat final dépend donc du niveau de la réduction constatée, du niveau de la prise en charge de la complémentaire santé, du comportement des adhérents ... mais le niveau de satisfaction adhérent s'en trouve fortement amélioré »

[377] Pour ceux qui estiment que les réseaux ont permis une réduction de leurs remboursements, celle-ci provient parfois d'une baisse des garanties, qui a également permis une baisse des cotisations.



Source : enquête OCAM IGAS

[378] Pour la moitié des répondants, les réseaux ont un impact sur la « stimulation de la concurrence entre les OCAM », notamment pour répondre aux appels d'offres sur des contrats collectifs.

6.2 Exercez-vous, en tant qu'organisme complémentaire, un contrôle sur le réseau que vous gérez ou sur la plateforme avec laquelle vous contractualisez ?

[379] Les deux tiers des répondants (25/36) déclarent exercer un contrôle sur la plateforme qui gère des réseaux de soins pour leur compte. Hormis le cas des actionnaires (qui exercent un contrôle global, plus ou moins précis), ce contrôle porte principalement sur l'optique et sur des indicateurs tels que : nombre de prises en charge traitées, montant des paniers moyens (réseau et hors réseau), qualité de service (taux de décroché, délai de réponse, réclamations...)... Ce suivi s'exerce généralement via un reporting (mensuel ou trimestriel) mais aussi, parfois, sous la forme de « comités de coordination », de réunion ad hoc ou de « groupes de travail » sur des sujets divers.

6.3 La mise en œuvre de la loi « Le Roux » pose-t-elle des difficultés ?

[380] Les deux tiers des répondants déclarent que non. Ceux qui répondent positivement mettent en avant non pas des difficultés d'application de la loi mais les restrictions qu'elle pose :

- exclusion des médecins ;
- interdiction de négocier des prix sur le panier de soins AMO⁹⁵ ;
- restriction des réseaux fermés à l'optique.

Extraits anonymisés de réponses au questionnaire IGAS sur ce sujet

« La mise en œuvre de la Loi ne pose pas de difficultés mais la loi en elle-même entrave les possibilités dans ce domaine. »

« La loi présente l'inconvénient de limiter le champ des possibles en excluant tous les actes et prestations remboursables ou dont les tarifs sont fixés par convention entre l'AMO et les professionnels de santé. Or, dans ce périmètre il existe clairement des actes dont les tarifs ne favorisent pas l'accès aux soins du plus grand nombre de citoyens. Exemple : dépassements d'honoraires en chirurgie (au-delà de la BRSS) en 2015, en IDF de 135 % ou de 98 % en PACA »

« Elle interdit de constituer des réseaux avec des médecins et limite ainsi la régulation nécessaire dans un marché libéral que constitue la confrontation de l'offre et de la demande pour arriver à un service et un prix raisonnable pour les deux parties. Les médecins veulent exercer dans un environnement libéral sans les règles de base de l'économie de marché libéral. La pratique aléatoire des dépassements d'honoraires à la tête du client ou plus précisément à la tête de sa garantie en oubliant de dire au patient l'impact sur sa cotisation est un obstacle à l'accès au soin. »

6.4 Faut-il améliorer la régulation des réseaux de soins ? Les étendre à de nouveaux domaines ?

[381] Les trois quarts des répondants se déclarent défavorables à une plus forte régulation des réseaux.

[382] Ils sont également plus des trois quart à souhaiter une extension des réseaux à de nouveaux domaines : médecine et hôpital principalement.

⁹⁵ « La loi présente l'inconvénient de limiter le champ des possibles en excluant tous les actes et prestations remboursables ou dont les tarifs sont fixés par convention entre l'AMO et les professionnels de santé. Or, dans ce périmètre il existe clairement des actes dont les tarifs ne favorisent pas l'accès aux soins du plus grand nombre de citoyens. Exemple : dépassements d'honoraires en chirurgie (au-delà de la BRSS) en 2015, en IDF de 135 % ou de 98 % en PACA »

Extraits anonymisés de réponses au questionnaire IGAS sur ce sujet

« Concernant la régulation, nous considérons qu'il faut donner encore plus de moyens aux réseaux, pour permettre de mieux réguler l'évolution des dépenses de santé. Nous considérons aujourd'hui que l'activité des réseaux est déjà très régulée, voire trop régulée. Concernant leur extension à d'autres domaines, c'est une décision qui relève de leur propre gouvernance. Cependant, il est bien évident que la tendance à la diversification des réseaux de soins est un phénomène qui va s'amplifier eu égard au poids des dépenses de santé de plus en plus importante supporté par les complémentaires. »

« S'agissant d'une contractualisation entre une complémentaire santé ou sa plateforme et des professionnels de santé, il n'y a pas lieu de réglementer ou de réguler. Il faut laisser les acteurs contractualiser avec le moins de contraintes possibles »

[383] Enfin, certains répondants réclament un accès à l'ensemble des données de facturation, pour permettre aux OCAM d'assumer leurs compétences de gestion du risque.

Extrait anonymisé d'une réponse au questionnaire

« Les contraintes pesant sur le fonctionnement des réseaux de soins seraient à desserrer afin de : 1°) leur garantir un accès intégral à l'ensemble des données de facturation dans le respect du cadre défini par les expérimentations Babusiaux, 2°) leur faciliter la réalisation de contrôles, quelle que soit la profession concernée. Sans être responsables au 1er euro des secteurs où ils mettent en place des réseaux, les OCAM ont déjà la compétence de gestionnaire de risque. Dans cette perspective, la question de l'accès aux données nécessaires devra être tranchée, notamment en dépassant les difficultés récurrentes de partage d'informations

7 OBSERVATIONS ET REMARQUES SUR L'ADMINISTRATION DU QUESTIONNAIRE

7.1 Administration du questionnaire

[384] Globalement, le questionnaire a été perçu comme trop lourd et trop détaillé. Certains OCAM ont renoncé faute de temps et/ou de moyens pour rassembler l'information qui devait être de surcroît saisie en une seule fois. Temps moyen de passation estimé à environ 3heures, après un gros travail de centralisation de données.

[385] S'agissant de la participation à l'enquête, il est vraisemblable qu'une partie des OCAM n'ont pas ou mal répondu faute de détenir toute ou partie de l'information demandée (typiquement, celles qui dépendent d'un délégataire de gestion). C'est un biais de réponse à intégrer en tant que difficulté méthodologique dans les futures enquêtes sur les réseaux de soins

[386] S'agissant des réponses aux questions, certaines questions ont été faiblement renseignées, comme celle sur les volumes et les prix, et les RAC en dentaires. D'autres, probablement mal interprétées, ont donné lieu à des réponses inexploitable ou incomplètement utilisables.

[387] En revanche, les OCAM ont bien répondu aux questions sur les profils des assurés et le taux de recours aux soins, ainsi que sur les questions d'impact (prix facturés, remboursement et RAC), notamment sur les sujets de l'optique (moindre réponse en audio et surtout en dentaire). Le choix de produits traceurs s'avère particulièrement intéressant pour l'avenir (recueil de données périodiques en vue de comparaison), sous réserve de pouvoir chaîner les éléments de réponses.

7.2 Y a-t-il des questions auxquelles vous n'avez pu répondre faute de données et pour lesquelles vous pourriez répondre à l'avenir ?

[388] Plus de la moitié des répondants ont répondu par l'affirmative (n=26).

[389] Les données peu ou pas fournies l'ont été sur le dentaire et l'audio (secteur pas encore dématérialisés comme l'optique). Mais devraient pouvoir l'être à terme au moins pour l'audio.

[390] Certains excipent d'une interdiction d'accéder aux données de santé pour répondre aux questions sur l'impact des réseaux en termes de prix et de RAC.

[391] Les données de consommation hors réseau ne sont pas toujours disponibles.

ANNEXE 2 :

ENQUETE AUPRES DES PLATEFORMES DE GESTION

[392] En complément de l'enquête menée auprès des organismes complémentaires d'assurance maladie, les six plateformes de gestion (Carteblanche, Istya, Itelis, Kalivia, Santéclair, Seveane) ont été sollicitées pour apporter des éléments chiffrés sur leurs réseaux optique, audio et dentaire.

[393] La mission a ainsi collecté plusieurs séries de données :

- Le prix de certains produits/actes (dits « traceurs ») et de catégories de produits/actes ;
- Les caractéristiques des ventes faites via les réseaux (types d'équipements) ;
- Les caractéristiques des professionnels de santé adhérents aux réseaux de soins ;
- Les contrôles exercés.

[394] Les informations recueillies sont plus abondantes dans le secteur de l'optique où toutes les plateformes ont déployé des systèmes d'information performants. Elles sont nettement moins fournies dans le secteur audio et surtout le secteur dentaire dont l'intégration aux systèmes d'information des plateformes est en cours.

[395] Pour obtenir des points de comparaison, la CNAMTS a été sollicitée (extractions SNIIRAM pour les secteurs optique et dentaire, en complément de ses publications⁹⁶). Par ailleurs, la société JALMA – un des principaux bureaux d'étude en santé - a fourni les prix médians (constatés sur le marché) de douze références de verres.

1 PRIX

[396] Les écarts de prix ne sont faciles ni à mesurer, ni à interpréter. Il convient tout d'abord de bien préciser de quel prix il s'agit : celui d'un produit ou d'une prestation spécifique ; d'une catégorie de produits/prestations ou d'un produit/prestation moyenne. Il faut ensuite spécifier quel point de comparaison est utilisé (prix hors réseau ou prix globaux). Dans cette annexe, la comparaison se fait par rapport aux prix globaux (ensemble des achats présentés au remboursement de l'assurance maladie obligatoire, qu'ils soient réalisés via les réseaux ou hors réseaux de soins).

[397] Une fois obtenus, les résultats sont à interpréter avec précaution. Ainsi, un écart de prix pour une catégorie de produits/prestations et a fortiori pour un produit/prestation moyen ne dit rien de la nature ni de la qualité du produit acheté. Il indique simplement une moindre dépense, pour un produit ou un service donné (un équipement d'optique ou deux verres simples ; par exemple). Ces résultats ne disent rien, non plus, sur les acheteurs : ni sur leurs besoins (déficience visuelle ou auditive par exemple), ni sur leurs capacités financières ou leurs comportement d'achat. Ils ne permettent donc pas d'en déduire un « impact » lié aux réseaux. Enfin, les moyennes cachent parfois une dispersion importante des valeurs.

⁹⁶ Points de repères n°43 et 47 sur, respectivement, l'optique et l'audio

1.1 Optique

1.1.1 Précisions méthodologiques

[398] C'est en optique que les données transmises par les plateformes sont les plus complètes. Plusieurs analyses ont donc été faites : catégories de verres (codes LPP⁹⁷), références de verres, équipements complets,... Un focus particulier a été fait sur les verres, qui représentent plus des deux tiers des dépenses (68.7 % en 2014, selon le SNIIRAM).

[399] Pour chaque catégorie de produit, les données ont été agrégées pour en tirer une moyenne « tous réseaux » ; en pondérant chaque réponse avec le nombre d'équipements vendus par chacune des plateformes.

[400] Les données transmises par la CNAMTS sont issues du SNIIRAM (DCIR⁹⁸) :

- liquidation janvier 2015 jusqu'à mars 2016 pour les données 2015 et liquidation janvier 2016 jusqu'à mars 2017 pour les données 2016.
- tous régimes, hors bénéficiaires de la CMU-C, verres et montures présentés au remboursement, hors équipements dont les prix facturés sont inférieurs ou égaux à la base de remboursement de la Sécurité sociale (pour éliminer notamment les équipements dits « 2e paire gratuite »).

[401] Les données transmises par les plateformes sont issues de leurs bases de données :

- prix facturés, transmis aux organismes complémentaires pour remboursement, pour les années civiles 2015 et 2016 (sauf une plateforme pour laquelle les données s'arrêtent à septembre 2016 pour les prix par code LPP) ;
- non prise en compte des équipements dont le prix est inférieur à la base de remboursement de la Sécurité sociale (2^{ème} paire gratuite »).

[402] Les codes LPP utilisés correspondent aux principaux produits consommés. Selon les données CNAMTS, les quatre codes utilisés par la mission représentent près de 90 % des ventes adultes en 2016.

Tableau 1 : Part (en valeur) de l'ensemble des ventes de verres adultes en 2016

	Code LPP	%
Unifocaux	2203240	6,77 %
	2259966	16,63 %
Multifocaux	2290396	13,21 %
	2227038	50,42 %

Source : CNAMTS-DCIR

⁹⁷ La liste des produits et prestations remboursables (LPPR) prévue par l'article L 165-1 du code de la sécurité sociale classe les produits et prestations sous des « lignes génériques » rassemblant des produits homogènes présentant des spécifications fonctionnelles et techniques identiques. Les verres correcteurs sont classés sous 48 codes LPP mais 6 codes (4 adultes et 2 enfants) concentrent 97% des ventes.

⁹⁸ Le DCIR (données de consommation inter-régimes) est une base de données individuelles des bénéficiaires qui permet de réaliser des études sur la consommation des soins.

[403] Les données transmises par JALMA sont issues de son système expert. Il s'agit du prix médian du marché (quantile à 50 %) issu de son référentiel tarifaire et modélisé d'après les caractéristiques techniques et la correction du verre.

1.1.2 Résultats

[404] On constate un écart significatif pour les prix moyens en matière de verres correcteurs : -24 % et -23 % pour des verres unifocaux adultes (codes LPP 2203240 et 2259966) ; -13 % et -16 % pour des verres progressifs adultes (codes LPP 2227038 et 2290396), pour les achats faits via les réseaux gérés par 6 plateformes en 2016, par rapport à l'ensemble des achats⁹⁹ (tableau 1).

[405] Ces chiffres moyens cachent de fortes disparités. Pour une même catégorie de verres, le réseau 3¹⁰⁰ affiche des prix moyens nettement inférieurs aux autres réseaux. Pour un verre unifocal (code LPP 2203240), l'écart est de 30 euros (soit -38 %) par rapport au réseau 4. Or il s'agit de deux réseaux similaires.

Tableau 2 : Prix moyen constaté pour 1 verre adulte, par réseau (2016)¹⁰¹

	Code LPP	Réseau 1	Réseau 2	Réseau 3	Réseau 4	Réseau 5	Réseau 6	Tous réseaux	SNIIRAM	Ecart
Unifocaux	2203240	64 €	70 €	53 €	83 €	75 €	66 €	67 €	87 €	-23%
	2259966	68 €	72 €	54 €	85 €	78 €	69 €	70 €	91 €	-24%
Multifocaux	2290396	186 €	189 €	184 €	211 €	195 €	175 €	190 €	218 €	-13%
	2227038	190 €	196 €	192 €	221 €	200 €	180 €	197 €	233 €	-16%

Source : Mission IGAS

[406] La comparaison de douze verres (choisis parmi les plus vendus) révèle des écarts de prix importants entre les réseaux gérés par les six plateformes et le SNIIRAM : de -28 % à -37 % pour les verres unifocaux et -15 à -28 % pour les verres multifocaux (données 2016).

[407] Il ne s'agit là que de quelques références (sur plusieurs dizaines de milliers) mais qui, à la différence des codes LPP, permettent des comparaisons de produits strictement identiques (mêmes références, mêmes indices et mêmes traitements). Cela correspond à plus de 422 000 ventes, soit 6% du total vendus par les 6 plateformes (de 1 à 11 %). Toutes ces références correspondent, selon Jalma, à des verres très fréquemment vendus sur le marché français (classement du verre par rapport à l'ensemble des verres ayant les mêmes caractéristiques).

[408] Là encore, les différences sont notables d'un réseau à l'autre, sans que cela puisse être attribué au nombre d'opticiens (les réseaux 3 et 4 sont largement ouverts).

⁹⁹ SNIIRAM-DCIR ; données tous régimes, hors CMU-C

¹⁰⁰ La numérotation des réseaux change d'un tableau à l'autre.

¹⁰¹ Ces 4 codes LPP représentent près de 90% des ventes en valeur, dont plus de 50% pour le code 2227038

Tableau 3 : Prix comparés de douze verres (2016)

	Verres	Réseau 1	Réseau 2	Réseau 3	Réseau 4	Réseau 5	Réseau 6	Ens. réseaux	nbre ventes	Prix médian	écart
Unifocaux	1	73 €	69 €	60 €	99 €	74 €	81 €	73 €	101 648	110 €	-33%
	2	79 €	74 €	65 €	109 €	81 €	92 €	80 €	75 093	126 €	-37%
	3	102 €	97 €	65 €	134 €	81 €	104 €	96 €	15 254	141 €	-32%
	4	73 €	71 €	63 €	101 €	74 €	81 €	76 €	67 962	110 €	-31%
	5	57 €	67 €	60 €	84 €	72 €	76 €	69 €	26 845	96 €	-28%
	6	71 €	72 €	65 €	102 €	80 €	87 €	76 €	45 388	111 €	-32%
Multifocaux	1	200 €	205 €	NC	273 €	207 €	214 €	211 €	20 080	274 €	-23%
	2	233 €	215 €	NC	314 €	214 €	241 €	234 €	14 770	317 €	-26%
	3	256 €	244 €	NC	373 €	243 €	286 €	270 €	10 679	346 €	-22%
	4	164 €	111 €	235 €	170 €	137 €	157 €	177 €	5 626	207 €	-15%
	5	191 €	192 €	266 €	237 €	185 €	191 €	197 €	13 853	261 €	-25%
	6	217 €	205 €	NC	263 €	203 €	230 €	214 €	25 198	261 €	-18%

Source : Mission IGAS et Jalma pour les prix médians

[409] Il s'agit d'écarts entre prix plafonds et prix médians de marché. Les prix réellement pratiqués dans les réseaux sont, par construction, inférieurs ou égaux aux tarifs plafonds (obligation contractuelle), parfois avec des écarts de plus de 10 %.

Tableau 4 : Ecarts prix plafonds/prix moyens (2016)

		Réseau A			Réseau B		
		tarifs maxima pour 1 verre	Tarif moyen pour 1 verre	écart	tarifs maxima pour 1 verre	Tarif moyen pour 1 verre	écart
Unifocal	1	99 €	97 €	-2%	81 €	74 €	-9%
	2	109 €	107 €	-2%	92 €	84 €	-9%
	3	134 €	130 €	-3%	104 €	96 €	-8%
	4	101 €	98 €	-3%	81	74 €	-9%
	5	84 €	84 €	0%	76 €	69 €	-10%
	6	102 €	92 €	-10%	87 €	79 €	-9%
Multifocal	1	273 €	267 €	-2%	214 €	194 €	-9%
	2	314 €	307 €	-2%	241 €	220 €	-9%
	3	373 €	364 €	-2%	286 €	259 €	-10%
	4	170 €	169 €	-1%	157 €	141 €	-10%
	5	237 €	236 €	0%	191 €	174 €	-9%
	6	263 €	259 €	-2%	230 €	209 €	-9%

Source : Mission IGAS

[410] Bien que moindres, des écarts de prix sont observés sur les montures : entre -9 et -12% par rapport à l'ensemble des dépenses¹⁰². Comme pour les verres, ces différences de prix ne disent rien sur la qualité des montures vendues, domaine où le rapport qualité/prix est encore plus variable que sur les verres.

Tableau 5 : Prix moyens des montures vendues dans les réseaux (2016)

	Réseau 1	Réseau 2	Réseau 3	Réseau 4*	Réseau 5	Réseau 6	Ts réseaux	SNIRAM	Ecart
Équ. unifocaux	140 €	102 €	130 €	127 €	138 €	122 €	124 €	137 €	-9%
Équ. multifocaux	148 €	113 €		138 €	149 €	122 €	131 €	149 €	-12%

¹⁰² SNIRAM ; prix des montures pour les équipements complets, hors CMU-C

Source : Mission
* données 2015

[411] Ces écarts sont substantiels même s'il convient de rappeler que la France se caractérise par des prix et des dépenses élevés. Les dépenses moyennes des français pour l'optique dépasseraient de 50 % la moyenne européenne, selon l'UFC Que Choisir. Elles sont particulièrement élevées pour les verres correcteurs : +50 % par rapport à l'Allemagne, +65 % par rapport au Royaume-Uni et l'Italie, +100 % par rapport à l'Espagne¹⁰³.

1.2 Audio

[412] Seules trois plateformes ont fourni suffisamment d'éléments permettant d'apprécier le prix moyen des audioprothèses vendues par leurs réseaux audio. Comme pour l'optique, la moyenne tous réseaux est pondérée par le nombre de prises en charge.

[413] Les prix étaient, en 2015, inférieurs de - 10 % pour l'achat d'audioprothèses via 3 plateformes, par rapport à l'ensemble des produits présentés au remboursement en 2015 ; avec de forts écarts selon les réseaux.

[414] Il s'agit des prix moyens pour l'achat d'audioprothèses, correspondant à la moyenne entre les assurés ayant acheté un seul appareil et ceux qui ont équipé leurs deux oreilles (respectivement 29 % et 71 % dans le SNIIRAM). On fait l'hypothèse que cette proportion est la même dans les réseaux de soins.

[415] Là encore, cette différence ne dit rien de la qualité des produits vendus ni des caractéristiques des acheteurs.

Tableau 6 : Prix moyens pour l'achat d'audioprothèses, 2015

	Réseau 1	Réseau 2	Réseau 3	Tous réseaux	SNIIRAM	Ecart
prix moyen	1 931 €	2 420 €	2 336 €	2 307 €	2 570 €	-10%

Source : Mission IGAS

1.3 Dentaire

[416] Les données collectées concernent 3 actes prothétiques et 2 actes d'implantologie ; choisis parmi les plus pratiqués et repérés par des codes CCAM :

- Couronne céramique sur métal non précieux (HBLD036 Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique) ¹⁰⁴
- Inlay core sur métal non précieux sans clavette (HBLD007)
- Bridge 3 éléments (HBLD023 Pose d'une prothèse plurale comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques ou équivalents minéraux et 1 élément intermédiaire céramométallique ou équivalents minéraux)
- Implant racine (LBLD015 Pose d'1 implant intraosseux intrabuccal, chez l'adulte)
- Couronne céramo-métallique sur implant (HBLD418 Pose d'une couronne dentaire implantoportée)

¹⁰³ Distribution de l'optique, UFC Que Choisir, avril 2013 et D. Martimort et J. Pouyet, L'optique en France, Altermind, 2013

¹⁰⁴ Les couronnes céramo-métalliques et céramo-céramiques sont facturés sur le même code CCAM : HBLD036.

[417] Les informations fournies par 4 plateformes et le réseau MFP/CNSD concernent soit les prix moyens constatés en 2016, soit les tarifs plafonds.

[418] Les informations fournies par la CNAMTS proviennent du SNIIRAM (DCIR ; données tous régimes hors patients bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS).

[419] Pour les 5 types d'actes, les prix ont été collectés pour 5 villes, correspondant à cinq contextes tarifaires : Paris, Lyon, Marseille, Toulouse, Rennes.

[420] Pour la première analyse (tableau 7), seules deux villes ont été conservées, correspondant à des contextes tarifaires contrastés. Dans ces deux villes, on constate un écart de prix entre les réseaux et le SNIIRAM atteignant parfois 30 %. Il est cependant très variable :

- selon les réseaux (le réseau 2 affiche des prix parfois supérieurs à la moyenne nationale)
- selon les actes (les écarts sont plus importants pour les implants que pour les prothèses)
- selon les villes (l'écart est souvent plus important à Paris qu'en Province, accréditant l'idée selon laquelle le réseau est particulièrement intéressant dans les zones où les prix sont élevés)

Tableau 7 : Prix moyens et prix plafonds pour trois actes dentaires, dans les réseaux et hors réseaux (2016)

		Réseau 1		Réseau 2		Réseau 3		Réseau 4		Réseau 5		SNIIRAM
		tarif moyen	ecart /Sniiram	tarif plafond	ecart /Sniiram	tarif moyen	ecart /Sniiram	tarif plafond	ecart /Sniiram	tarif moyen	ecart /Sniiram	Tarif moyen
Couronne céramique sur métal non précieux	Paris (75)	553 €	-17%	605 €	-9%	547 €	-17%	540 €	-18%	597 €	-10%	663 €
	Rennes (35)	451 €	-13%	570 €	10%	509 €	-2%	455 €	-12%	535 €	3%	517 €
Bridge 3 éléments	Paris	1 565 €	-18%	1 815 €	-5%	1 599 €	-16%	1 620 €	-15%	1 718 €	-10%	1 905 €
	Rennes	1 335 €	-13%	1 710 €	11%			1 365 €	-11%	1 502 €	-2%	1 537 €
Couronne céramo-métallique sur implant	Paris	563 €	-30%	775 €	-3%	553 €	-31%	500 €	-37%			800 €
	Rennes	599 €	-9%	700 €	6%			500 €	-24%			660 €

Source : Mission IGAS

[421] L'analyse détaillée confirme ces observations générales, avec des nuances toutefois :

- pour certains actes et pour certains réseaux, la différence peut-être plus importante en Province (couronne sur implant à Marseille pour les réseaux 1 et 2) ;
- il y a parfois des écarts importants entre les tarifs plafonds et les prix moyens constatés (exemple de la couronne céramique dans les réseaux 1 et 3 et, à l'inverse, inlay core dans les mêmes réseaux pour lesquels il n'y a pas de différence)

2 CARACTERISTIQUES DES PRODUITS

2.1 Caractéristiques des équipements d'optique

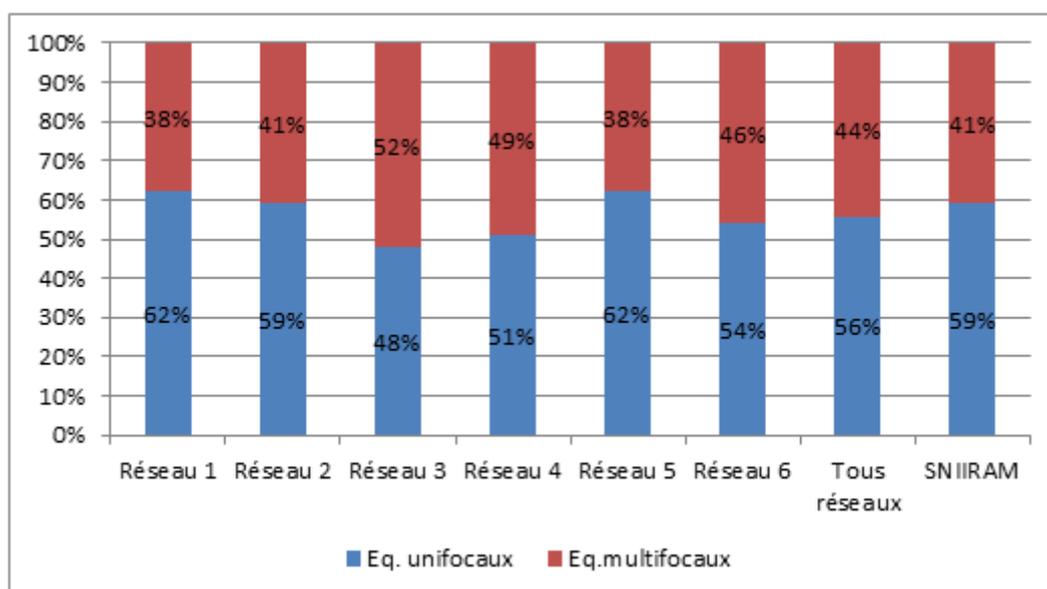
[422] L'analyse porte sur les équipements complets d'optique et les caractéristiques de leurs verres : multifocaux ou unifocaux. Les données provenant du SNIIRAM et des plateformes excluent les équipements dont le prix est inférieur à la base de remboursement de la sécurité sociale (« 2^{ème} paire gratuite »).

[423] Par commodité, les équipements mixtes (un verre unifocal et un verre multifocal) n'ont pas été pris en compte. Ils représentaient 0.7 % du volume des ventes et 0.9% des dépenses globales en 2015.

[424] La proportion d'équipements multifocaux est plus importante pour les achats faits via les réseaux de soins (+ 3 points), pour un poids en valeur moindre comparé à l'ensemble des achats.

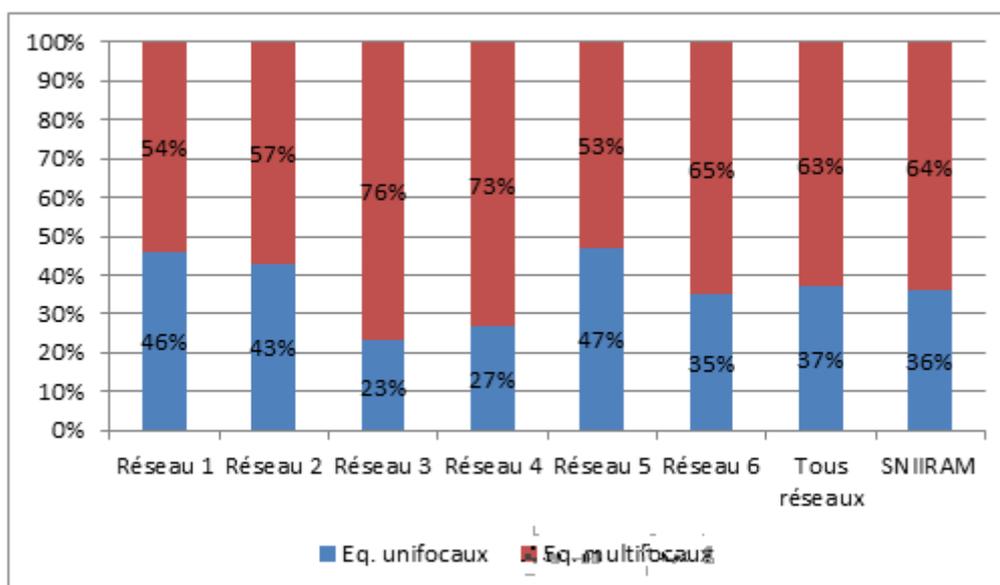
[425] Il existe des différences notables d'un réseau à l'autre (les réseaux 3 et 4 affichent une forte proportion d'équipements multifocaux, en volume et surtout en valeur), sans qu'il soit possible d'établir une explication (ces deux réseaux ont des positionnements et des modes de fonctionnement très différents).

Graphique 1 : Répartition des équipements complets d'optique achetés, en volume (2015)



Source : Mission IGAS

Graphique 2 : Répartition des équipements complets d'optique achetés, en valeur (2015)



Source : Mission IGAS

2.1.1 Catalogues optique et audio

[426] Les 6 plateformes ont été interrogées sur les caractéristiques de leur catalogue : le nombre de références et le nombre de fournisseurs (de verres correcteurs).

[427] Selon la définition utilisée par la mission, une référence correspond à un verre, associé à un indice et à un traitement. Il existe ainsi des dizaines de milliers de combinaisons possibles. Toutes ces combinaisons ne sont pas possibles techniquement, ou opportunes sur le plan médical. Les plateformes interdisent ainsi certaines combinaisons.

[428] Il existe une trentaine de fournisseurs de verres. Certaines plateformes référencent un nombre limité de fournisseurs.

[429] Au final, les catalogues des plateformes sont de tailles très variables : de 53 000 références à 10 000. Les restrictions portent sur les combinaisons (verre/indice/traitement) ou les fournisseurs.

Tableau 9 : Références et fournisseurs de verres

	Réseau 1	Réseau 2	Réseau 3	Réseau 4	Réseau 5	Réseau 6
Références	10 000	45 162	nc	32 835	50 000	53 000
Fournisseurs	3	11	20	10	10	14

Source : Mission IGAS

[430] Dans le secteur audio, il n'y a pas de référencement de fournisseurs. En revanche, les catalogues comportent plus ou moins de produits.

Tableau 10 : Références d'audioprothèse

	Réseau 1	Réseau 2	Réseau 3	Réseau 4	Réseau 5	Réseau 6
Références	2 000	730	1 885	nc	2 000	1 900

Source : Mission IGAS

3 PROFESSIONNELS DE SANTE

[431] Deux informations ont été demandées aux plateformes de gestion :

- le statut des professionnels de santé adhérents,
- le chiffre d'affaires moyen provenant du réseau.

3.1 Optique

3.1.1 Répartition par statut

[432] Les opticiens ont été répartis en 4 catégories¹⁰⁵ :

- Indépendants (opticiens s'approvisionnant via des centrales d'achat ou de référencement) ;
- Indépendants sous enseigne (on a regroupé sous ce terme les opticiens exploitant un point de vente dans le cadre d'un contrat avec une enseigne nationale – les franchisés - et ceux adhérent à un groupement coopératif ; les mutualistes ont été comptés à part)
- Mutualistes (points de vente détenus par des mutuelles, livre III)
- Succursales (points de vente détenus en propre par les enseignes).

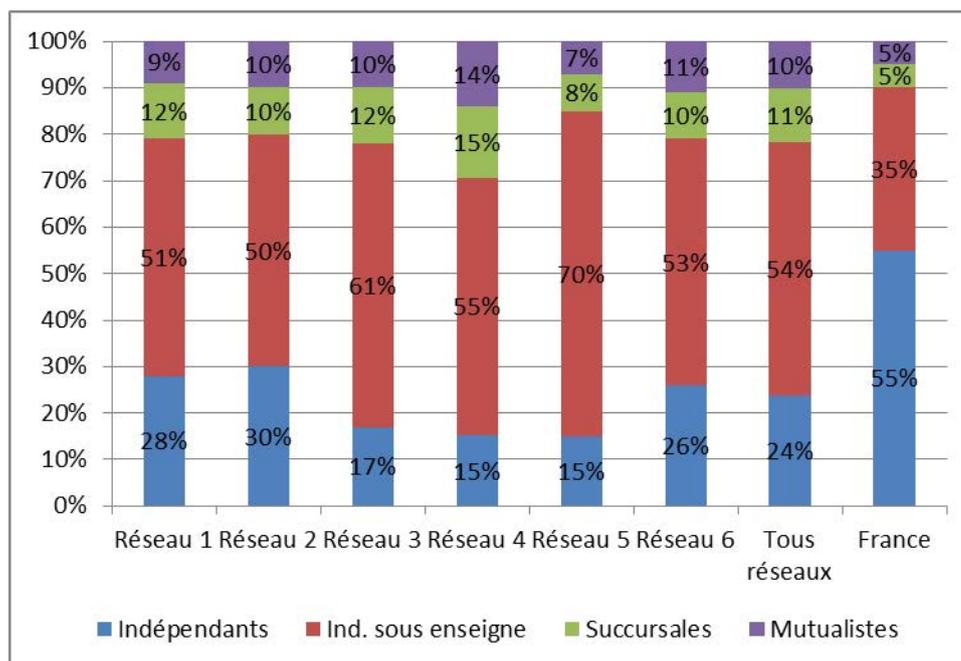
[433] Les données « France » sont tirées de l'étude de D. Martimort et J. Pouyet, L'optique en France ; Altermind 2013, d'après une enquête Xerfi de 2011.

[434] La moyenne « tous réseaux » est pondérée par la taille de chaque réseau (nombre de points de vente).

[435] Les indépendants sont sous-représentés dans les réseaux de soins (deux fois moins nombreux que la moyenne). A l'inverse, les mutualistes et les succursalistes sont deux fois plus représentés. La proportion d'opticiens indépendants est particulièrement basse dans les réseaux fermés, à numerus clausus.

¹⁰⁵ Ce classement s'est fait à partir des données transmises par les plateformes. Certaines réponses étaient incomplètes ou ambiguës, notamment pour la catégorie « indépendants sous enseigne » qui, dans certains cas inclut les opticiens adhérent à une coopérative, dans d'autres cas seulement les « franchisés ».

Graphique 3 : Répartition, par statut, des points de vente d'optique (2016)



Source : Mission IGAS

3.1.2 Poids dans le chiffre d'affaires

[436] Le poids des réseaux de soins dans le chiffre d'affaire des opticiens a été calculé, pour chaque réseau, en rapportant le montant des achats des assurés (prix facturés) au nombre de points de vente partenaires. Tous réseaux confondus, les ventes via un réseau de soins représentaient 65 K€, soit 13 % du chiffre d'affaires moyen (495 K€/an). Cette part est logiquement plus élevée dans les réseaux fermés que dans les réseaux ouverts (qui comptent plus d'opticiens).

[437] Rapportée au nombre moyen de réseaux auxquels chaque opticien adhère (environ 3¹⁰⁶), on peut estimer à un tiers environ la part de chiffre d'affaires générée par les réseaux de soins. Elle est très variable d'un opticien à l'autre. Pour ceux qui adhèrent à tous les réseaux, elle peut théoriquement représenter plus des trois quarts du chiffre d'affaires. Une grande enseigne questionnée par la mission évalue ainsi à 47 % la part de son chiffre d'affaire due aux réseaux en 2016.

Tableau 11 : Chiffre d'affaire moyen provenant d'un réseau (2016)

	Réseau 1	Réseau 2	Réseau 3	Réseau 4	Réseau 5	Réseau 6	Tous réseaux
CA moyen	70	40	47	57	107	106	65
% total	14 %	8 %	10 %	12 %	22 %	22 %	13 %

Source : Mission IGAS

¹⁰⁶ Moyenne calculée en divisant la somme des opticiens adhérents aux 6 réseaux par le nombre total de points de vente d'optique en France.

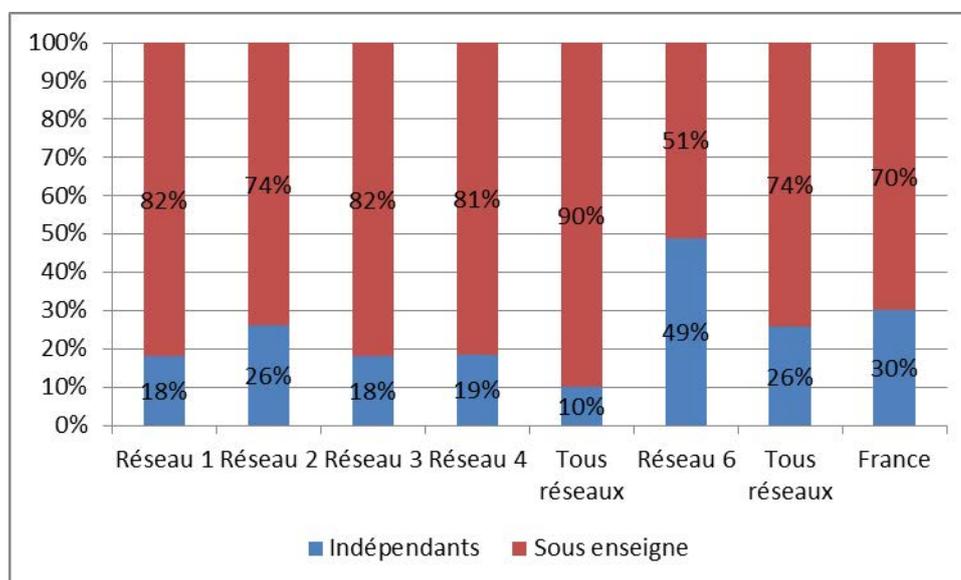
3.2 AUDIO

3.2.1 Répartition par statut

[438] Il a été demandé aux plateformes de répartir leurs points de vente selon deux catégories : indépendants et sous enseigne. Les audioprothésistes sous enseigne peuvent avoir différents statuts : franchisés (y compris ceux adhérents à un groupement coopératif), succursales, mutualistes...

[439] Dans l'ensemble, le poids respectif de ces deux catégories est sensiblement le même dans les réseaux et pour l'ensemble des points de vente français. Les indépendants sont un peu moins représentés dans les réseaux (26 % de moyenne pondérée). Il existe des différences importantes d'un réseau à l'autre. Les réseaux le plus restreints sont ceux où la part d'indépendants est la plus faible.

Graphique 4 : Répartition, par statut, des points de vente d'audioprothèses (2016)



Source : Mission IGAS

[440] Le poids des réseaux de soins dans le chiffre d'affaire des audioprothésistes a été calculé en rapportant le montant des achats des assurés (prix facturés) au nombre de points de vente partenaires. Faute de données, ce calcul n'a été possible que pour quatre réseaux. Pour ces quatre réseaux, les ventes via un réseau de soins représentaient 29,8 K€ en 2016, soit 14 % du chiffre d'affaires moyen (217 K€/an). Cette proportion est très variable, en fonction du réseau (plus ou moins actif) et surtout du type de point de vente (« corner d'audioprothèses »/point de vente spécialisé).

Tableau 12 : Chiffre d'affaire moyen provenant d'un réseau (2016)

	Réseau 1	Réseau 2	Réseau 3	Réseau 4	Tous réseaux
CA moyen	38,7	26,8	37,0	16,0	29,8
% total	18 %	12 %	17 %	7 %	14 %

Source : Mission IGAS

4 CONTROLES DANS LES RESEAUX D'OPTIQUE

[441] Les contrôles exercés par les plateformes sur les réseaux d'optique sont de trois types :

- contrôles a priori, destinés à vérifier le respect du catalogue et de la grille tarifaire (contrôles réalisés de façon automatisée pour l'essentiel)
- contrôles a posteriori, destinés à vérifier la réalité et la conformité de la vente ou du soin (contrôles réalisés manuellement, sur dossier).
- contrôles sur place, destinés à vérifier le respect du cahier des charges (contrôles réalisés par les plateformes directement ou par des tiers, parfois de façon anonyme).

[442] Alors que les contrôles a priori sont quasi systématiques, les chiffres communiqués par 4 plateformes montrent que, rapportés au nombre pondéré de prises en charge, les contrôles a posteriori sont rares : 0,21 % des dossiers de prise en charge en 2016.

[443] En valeur absolue, cela représente cependant plusieurs milliers de contrôles par an ; donc plusieurs milliers d'opticiens contrôlés par an (en général, un dossier contrôlé correspond à un opticien). Dans certains réseaux, chaque opticien est contrôlé en moyenne une fois tous les 18 mois. Dans d'autres, seuls 10 % des professionnels sont contrôlés chaque année.

[444] Les exclusions sont également rares : moins de 2 % des opticiens en 2016. En revanche, elles sont très pénalisantes car souvent assorties d'une interdiction d'adhérer au réseau pour plusieurs années. D'autres sanctions sont exercées : avertissement, remboursement des sommes indûment perçues...

Tableau 13 : Contrôles a posteriori dans les réseaux d'optique (2016)

	Réseau 1	Réseau 2	Réseau 3	Réseau 4	Ensemble
Opticiens exclus/opticiens adhérents	0,85%	3,02%	0,57%	1,21%	1,54%
Dossiers contrôlés/prises en charge	0,46%	0,08%	0,05%	0,18%	0,21%

Source : Mission IGAS

[445] Un des réseaux d'optique a donné des chiffres qui permettent d'apprécier l'efficacité de ces contrôles. Sur deux ans (mars 2015-avril 2017), 8745 dossiers ont été contrôlés. 8,47 % présentaient une non-conformité plus ou moins grave. La plupart de ces non conformités se sont traduites par un remboursement d'indu mais dans 1,3 % des cas, elles ont conduit à une exclusion de l'opticien (44 sur la période).

Tableau 14 : Contrôles exercés dans un réseau d'optique (Période du 17/03/2015 au 12/04/2017)

	Total général		
	Nbre de dossiers	Taux	
Niveau 1 : Dossiers conformes	4785	54,7 %	
Niveau 2 : Dossiers présentant une anomalie de procédure	3219	36,8 %	
Niveau 3 : Dossiers non-conformes avec remboursement d'indu	470	5,4 %	8,47 %
Niveau 4 : Dossiers présentant une fraude	154	1,8 %	
Niveau 5 : Dossiers ayant conduit à la résiliation	117	1,3 %	
Total général	8745	100 %	

Source : Mission IGAS

ANNEXE 3 :
ETUDE DE LA DREES

Annexe 3

30 mars 2017

DREES – OSAM -BAMEDS – Dossier suivi par Véronique Batto et Emmanuel L'Hour

Note pour la mission « réseaux » de l'IGAS

Dans le cadre de sa mission sur l'évaluation des réseaux de soins, l'IGAS a demandé à la DREES des chiffrages sur le marché de la complémentaire santé, afin que la mission puisse évaluer la représentativité de son échantillon d'organismes complémentaires répondants et comparer les bénéficiaires des réseaux de soins aux assurés hors réseaux. Les deux premières sections présentent des éléments de cadrage provenant de l'enquête sur les contrats les plus souscrits de la Drees et de sa base de sondage fournie par le Fonds CMU, afin que la mission puisse évaluer la représentativité l'échantillon d'organismes complémentaires répondant à son enquête :

- (1) distributions des chiffres d'affaire (CA) et du nombre de bénéficiaires par type d'organisme
- (2) ampleur des réseaux d'optique et dentaires, à partir des réponses aux questions « *Votre organisme est-il lié à un réseau d'opticiens ?* » et « *Votre organisme est-il lié à un réseau de dentistes ?* » de l'enquête sur les contrats les plus souscrits.

Les deux dernières sections décrivent l'activité des réseaux à partir d'un découpage donné par la mission (liste des organismes complémentaires par réseau en 2017) apparié aux données 2014 de l'enquête sur les contrats les plus souscrits : la liste des OCAM par réseau fournie par la mission a été aménagée pour déterminer à quel réseau un OCAM appartient (voir annexe pour la composition des réseaux retenue). Cette source permet alors de comparer:

- (3) l'âge des bénéficiaires et le niveau de couverture hors et dans le réseau ;
- (4) la répartition des types de contrats (individuel vs collectif) et l'âge des bénéficiaires réseau par réseau.

1. Chiffre d'affaires et nombre de bénéficiaires par type d'organisme

Afin que la mission puisse comparer les distributions des CA¹ et des PP (personnes protégées) de son échantillon de répondants à son enquête aux distributions sur l'ensemble du marché, les distributions des chiffres d'affaires et nombre de bénéficiaires par type d'organisme sont ici présentés pour l'ensemble du marché de la complémentaire santé privée :

Tableau 1 : Répartition du chiffre d'affaires par an (en %)

Type d'organisme	Année		
	2015	2014	2013
Mutuelle	53	53	54
Institution de Prévoyance	18	19	18
Société d'assurance	29	28	28
Ensemble	100	100	100

SOURCE : Fonds CMU

CHAMP : Ensemble des organismes offrant une complémentaire santé.

Tableau 2 : Répartition des bénéficiaires par type d'organisme en 2014 (en %)

Type d'organisme	Part de bénéficiaires
Mutuelle	54%
Institution de Prévoyance	21%
Société d'assurance	26%
Ensemble	100%

SOURCE : DREES, enquête auprès des organismes complémentaires santé 2014

CHAMP : Ensemble des bénéficiaires des organismes offrant une complémentaire santé.

¹ Voir aussi le [rapport 2016 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture complémentaire santé](#), page9.

2. Ampleur des réseaux dentaires et d'opticiens

2.1. Activité des organismes liés à un réseau

Tableau 3 : Liaisons à un réseau en 2014 des organismes et part de leur chiffre d'affaires, par type de réseau

Réseaux de soins	Type d'organisme	Part d'organismes liés à un réseau de soins (en %)
Dentistes	Mutuelles	21
	Institutions de prévoyance	28
	Sociétés d'assurance	48
	Ensemble	25
Opticiens	Mutuelles	32
	Institutions de prévoyance	33
	Sociétés d'assurance	66
	Ensemble	37

SOURCE : DREES, enquête auprès des organismes complémentaires santé 2014 ; Fonds CMU.

CHAMP : Ensemble des organismes offrant une complémentaire santé.

Les réseaux d'opticiens sont plus répandus que les réseaux soins dentaires.

Deux sociétés d'assurances sur trois sont liés à un réseau d'opticiens, contre une mutuelle (ou institution de prévoyance) sur trois.

Les données de cette section sont issues des réponses aux questions « *Votre organisme est-il lié à un réseau d'opticiens ?* » et « *Votre organisme est-il lié à un réseau de dentistes ?* » de l'enquête auprès des organismes complémentaires santé de la Drees (question posée depuis 2013).

2.2. Bénéficiaires des organismes liés à un réseau

Dans l'enquête sur les contrats les plus souscrits, il n'est pas possible de savoir si tous les bénéficiaires d'un OC lié à un réseau bénéficient effectivement de l'accès à ce réseau, ou bien si cet accès est réservé à certains contrats.

Tableau 4 : Répartition en 2014 des bénéficiaires par type d'organisme, de contrat et de réseau

Type d'organisme	Type de contrat	Part de bénéficiaires couverts par un organisme lié à un réseau de dentistes (en %)	Part de bénéficiaires couverts par un organisme lié à un réseau d'opticiens (en %)
Mutuelles	Collectif	27	76
	Individuel	44	66
	Ensemble	39	69
Institutions de prévoyance	Collectif	42	50
	Individuel	78	86
	Ensemble	47	54
Sociétés d'assurance	Collectif	43	79
	Individuel	47	88
	Ensemble	45	84
Ensemble des organismes	Collectif	37	67
	Individuel	47	73
	Ensemble	42	70

SOURCE : DREES, enquête auprès des organismes complémentaires santé 2014

METHODE : Extrapolation du champ des contrats les plus souscrits à l'ensemble des contrats

CHAMP : Ensemble des contrats de complémentaire santé.

7 bénéficiaires sur 10 sont couverts par un contrat auprès d'un organisme associé à un réseau d'**opticiens**. Cela concerne seulement 54 % des bénéficiaires des institutions de prévoyance, contre 84 % des bénéficiaires des sociétés d'assurance. Les mutuelles se situent dans la moyenne, avec 69 % de leurs bénéficiaires qui sont couverts par un contrat auprès d'un organisme associé à un réseau d'opticiens.

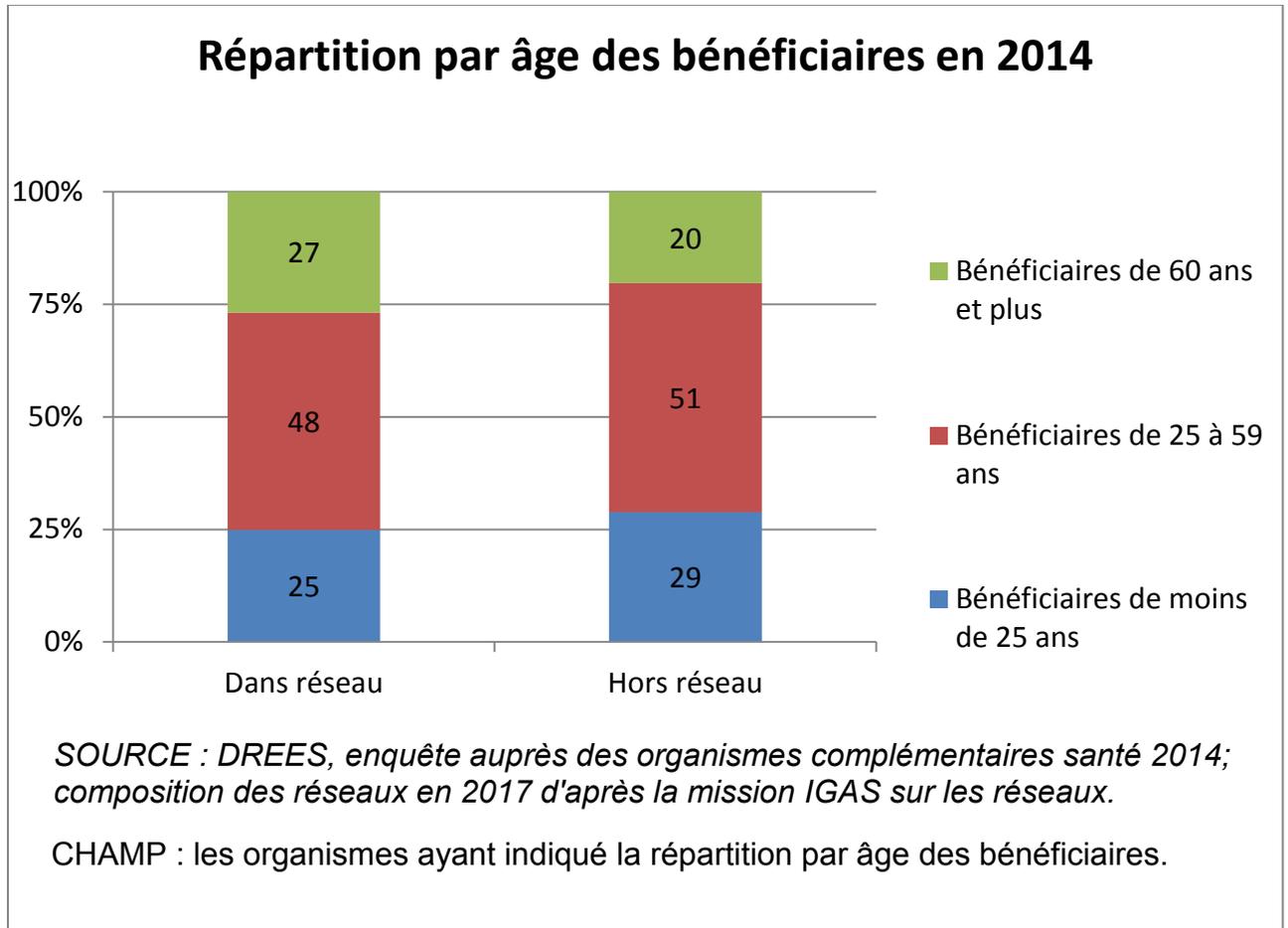
4 bénéficiaires sur 10 sont couverts par un contrat auprès d'un organisme associé à un réseau de soins **dentaires**. Il y a moins de différences entre types d'organismes qu'en optique : 39 % des bénéficiaires d'une mutuelle, 47 % des bénéficiaires d'un institut de prévoyance et 45 % des bénéficiaires d'une société d'assurance.

Les bénéficiaires de contrats individuels sont plus souvent couverts auprès d'un organisme associé à un réseau que les bénéficiaires de contrats collectifs. Cela est particulièrement notable pour les réseaux dentaires.

3. Comparaison réseaux vs hors réseau

L'enquête de la Drees ne permettant pas de connaître le réseau auquel est lié l'OCAM, les contours de chaque réseau ont été définis en se basant sur une liste fournie par la mission.

3.1. Répartition par âge : plus de seniors dans les organismes associés à un réseau

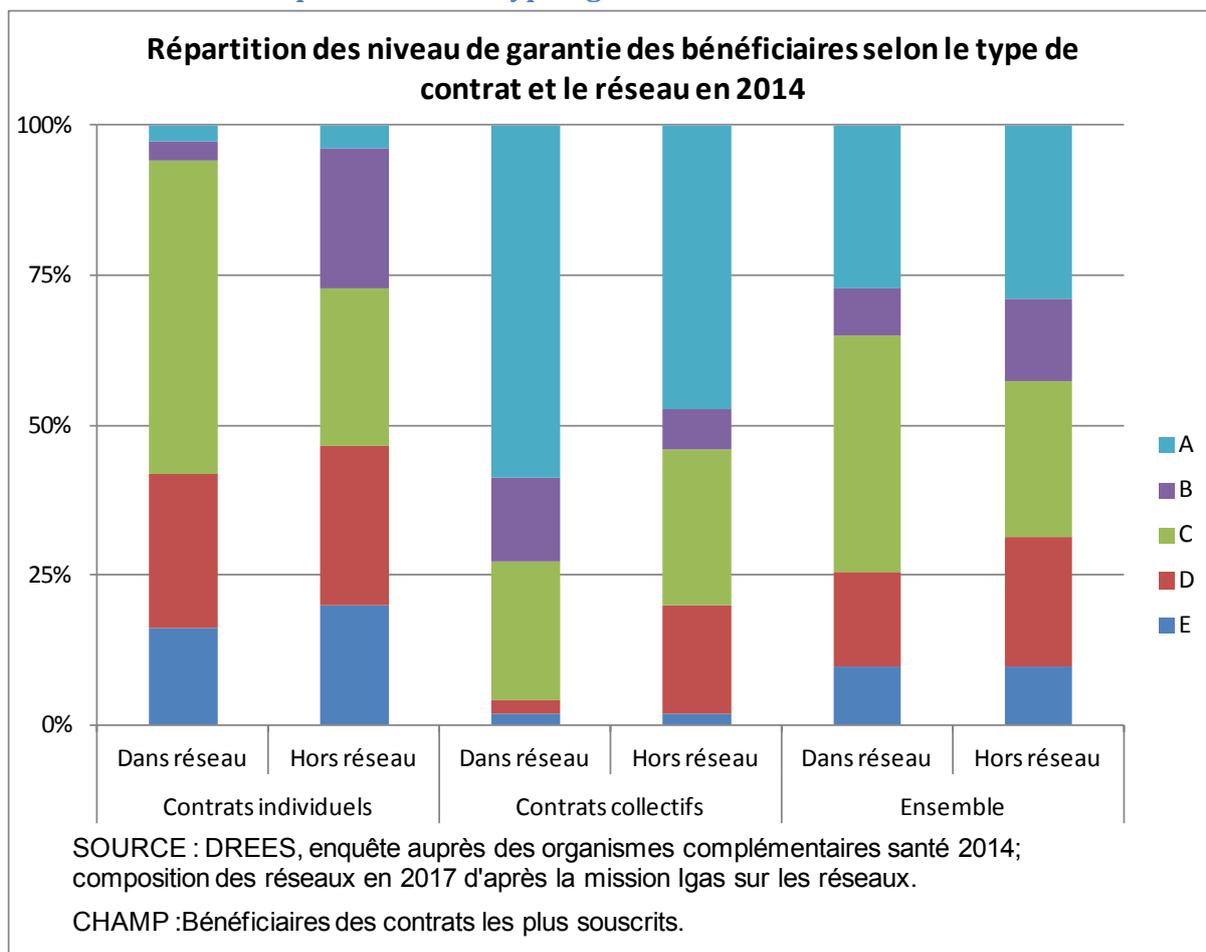


Parmi les bénéficiaires d'organismes associés à un réseau, il y a plus de seniors (plus de 60 ans) et moins de jeunes (moins de 25 ans). La population couverte par les réseaux semble donc un peu plus âgée.

En effet, les organismes positionnés sur le marché des contrats individuels sont plus souvent associés à un réseau. Or, les retraités sont généralement couverts par des contrats individuels.

3.2. Qualité des contrats des organismes adhérents à des réseaux

3.2.1. Niveau de qualité selon la typologie de la Drees



Les contrats individuels modaux (de 2014) d'organismes associés à un réseau (en 2017) apparaissent plutôt de moindre qualité (moins de contrats modaux de niveau A et B). Ce résultat est à nuancer fortement car, (a) pour certaines garanties, notamment la prise en charge des audioprothèses, les garanties des contrats C ne sont pas nécessairement moins bonnes que celles des contrats B ; (b) de plus, les contrats B et C pris ensemble représentent ici la même proportion de bénéficiaires dans et hors réseau.

En revanche, les contrats collectifs couvrant les assurés des organismes associés à un réseau semblent plutôt meilleurs (très peu de contrats modaux de type D ou E).

Cette mesure de la qualité d'un contrat ne prend pas en compte les remboursements effectifs, mais seulement les garanties du contrat, dans le réseau le cas échéant. De plus, la typologie de contrats de la Drees prend en compte davantage de dimensions que l'optique et le dentaire pour classer les contrats (voir encadré ci-dessous).

La typologie des contrats élaborée par la DREES

La dispersion des niveaux de garanties des contrats ainsi que la diversité des prestations proposées rendent le marché de l'assurance maladie complémentaire complexe à décrire. La DREES établit donc une typologie des contrats les plus souscrits, qui consiste à classer les contrats en groupes homogènes selon les remboursements offerts pour plusieurs prestations étudiées simultanément, dont les prix de référence ont été révisés récemment (tableau). Cette typologie permet de synthétiser l'information recueillie afin de décrire simplement le marché. Un regroupement en cinq classes homogènes a été adopté, désignées par la suite par les lettres A, B, C, D et E, les contrats de type A étant ceux offrant la meilleure couverture et les contrats de type E la moins bonne.

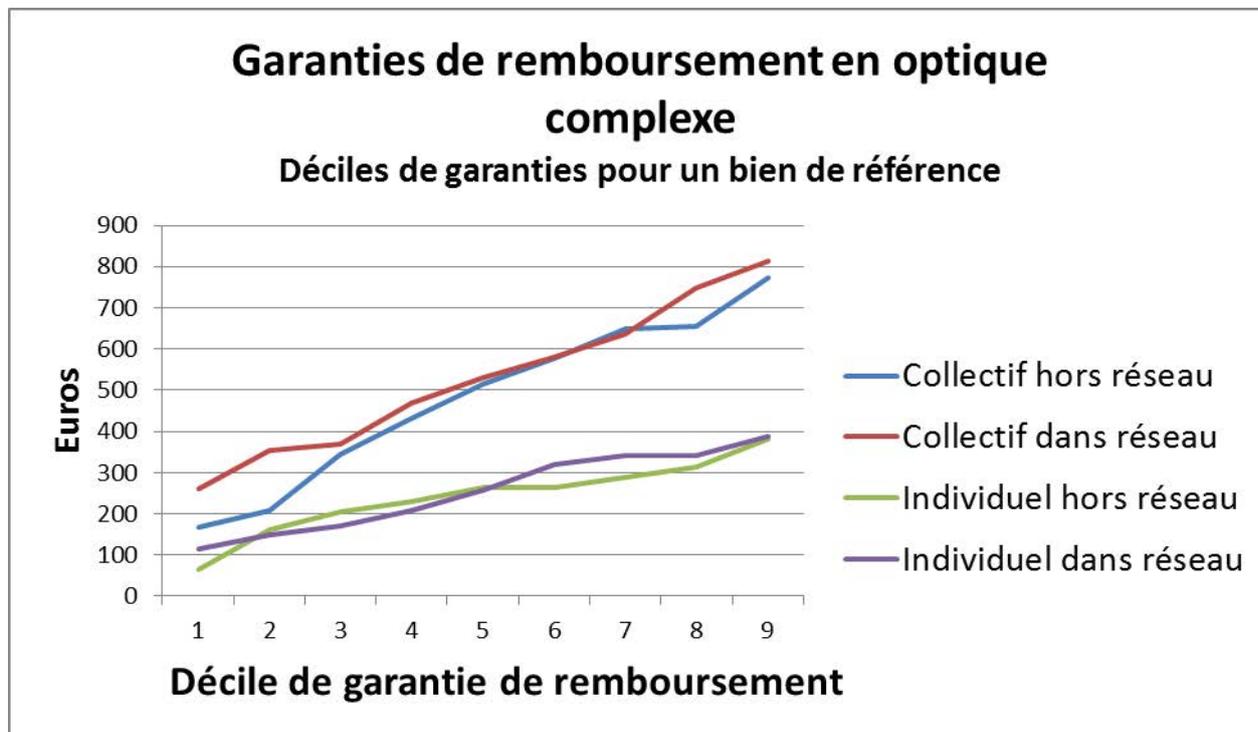
En général, les contrats offrant une couverture élevée pour une prestation donnée offrent également une couverture élevée pour les autres prestations. Par exemple, le niveau de remboursement médian des contrats de classe A est plus élevé que celui des contrats de classe B pour toutes les prestations servant à l'établissement de la typologie.

Toutefois, le niveau de couverture ne saurait indiquer à lui seul la qualité de la couverture offerte par un contrat. L'accès à des réseaux (dentaires, optiques...) avec des tarifs négociés ou le bénéfice de plates-formes téléphoniques de conseil (devis...) sont aussi des éléments à considérer, mais qui ne sont pas pris en compte dans la typologie des contrats qui se base uniquement sur les niveaux de garanties. La qualité de la couverture peut aussi dépendre des besoins des assurés. Ainsi, de nombreux contrats de la classe C s'adressant à une population âgée offrent de meilleures garanties pour les prothèses auditives que les contrats de la classe B.

3.2.2. Niveau de garanties par type de bien

Optique

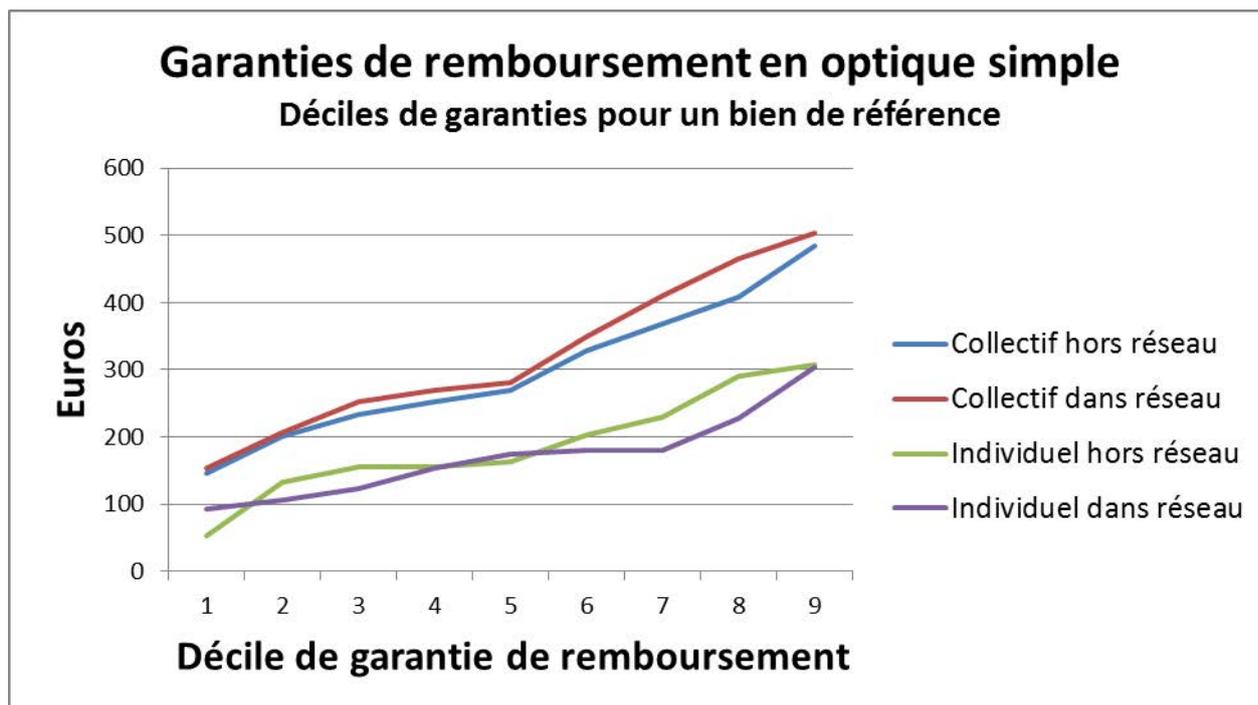
D'après l'enquête de la Drees, les distributions de garanties de remboursement ne sont pas sensiblement meilleures en optique hors et au sein des réseaux (voir les deux graphiques ci-dessous), sauf pour les contrats collectifs d'entrée de gamme pour lesquels les garanties en optique complexe sont un peu meilleures (cf. graphique).



Source : DREES, enquête auprès des organismes complémentaires santé 2014

Champ : Contrats les plus souscrits. Les cas échéant, les garanties sont estimées à partir des conditions de remboursements qui s'appliquent dans le cadre du réseau.

Méthode : Distribution des garanties de remboursements par les OC d'un ensemble montures + verres complexes facturé 900€ et remboursé 14,15€ par la Sécurité sociale.



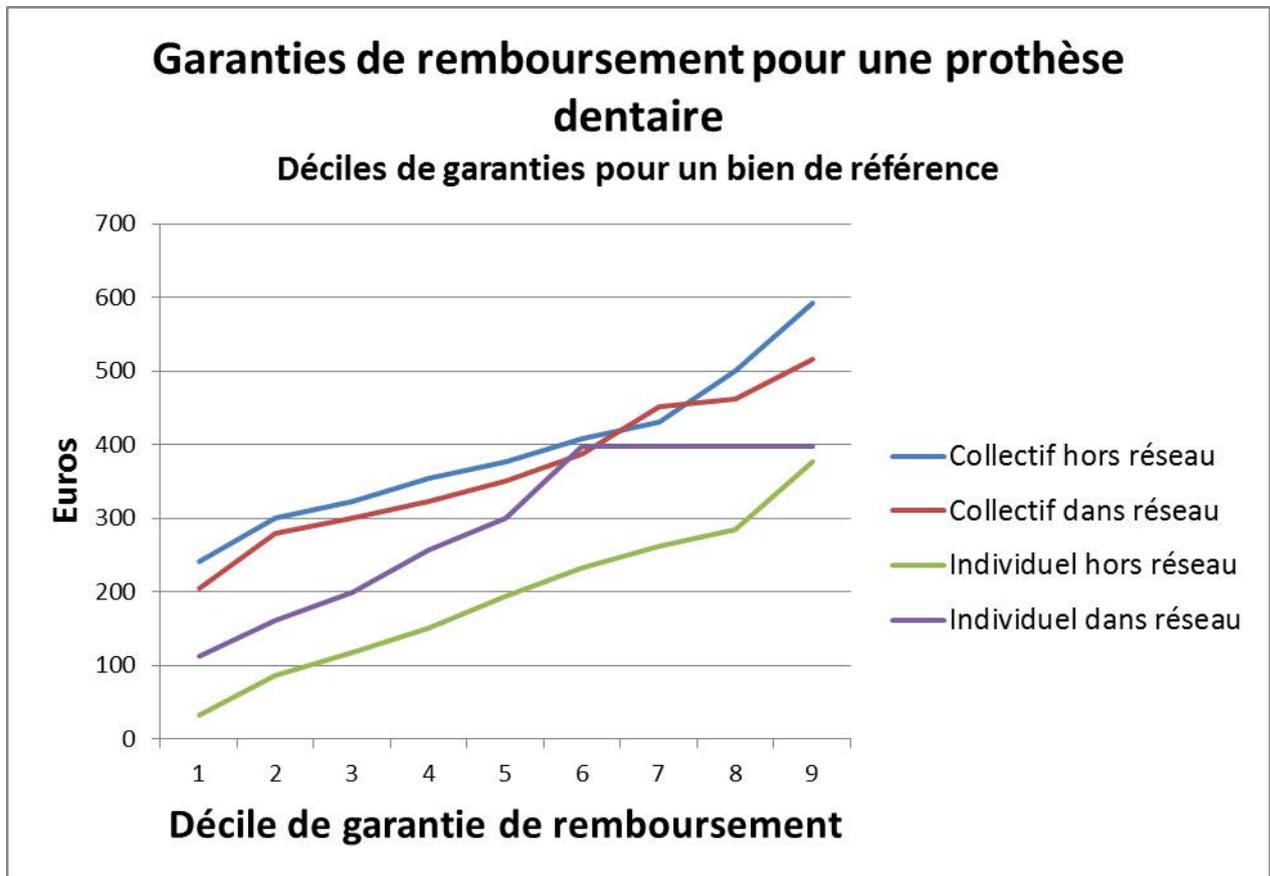
Source : DREES, enquête auprès des organismes complémentaires santé 2014

Champ : Contrats les plus souscrits. Les cas échéant, les garanties sont estimées à partir des conditions de remboursements qui s'appliquent dans le cadre du réseau.

Méthode : Distribution des garanties de remboursements par les OC d'un ensemble montures + verres complexes facturé 900€ et remboursé 14,15€ par la Sécurité sociale.

Dentaire

En collectif, les distributions de garanties de remboursement de prothèses dentaires ne sont pas très différentes. En revanche, en individuel, les distributions des garanties des contrats d'OC adhérant à des réseaux sont meilleures.



Source : DREES, enquête auprès des organismes complémentaires santé 2014

Champ : Contrats les plus souscrits. Les cas échéant, les garanties sont estimées à partir des conditions de remboursements qui s'appliquent dans le cadre du réseau.

Méthode : Distribution des garanties de remboursements par les OC, en cas de pose d'une prothèse dentaire facturée 1200€ et remboursée 75,25€ par la Sécurité sociale.

ANNEXE 4 :

ANALYSE DE LA JURISPRUDENCE DE L'AUTORITE DE LA CONCURRENCE SUR LES RESEAUX DE SOINS

[446] Depuis 2009, l'Autorité de la Concurrence s'est prononcée à plusieurs reprises sur les réseaux de soins. Les principales décisions et avis, qui sont analysés ici, sont :

- Décision 09-D-07 du 12 février 2009 sur le réseau dentaire de Santéclair,
- Avis n 09-A-46 du 9 septembre 2009 sur les réseaux de soins agréés,
- Décision 13-D-05 du 26/02/2013 sur le réseau optique de Kalivia,
- Décision 16-D-12 du 09/06/2016 sur le réseau optique de Carte Blanche,
- Décision n° 16-D-23 du 24 octobre 2016 sur le réseau dentaire de Santéclair,
- Document de consultation publique et avis sur le fonctionnement de la concurrence dans le secteur des audioprothèses ; juillet et décembre 2016

1 AVIS N 09-A-46 DU 9 SEPTEMBRE 2009 SUR LES RESEAUX DE SOINS AGREES

[447] L'Autorité analyse les accords entre les gestionnaires de réseaux et les professionnels de santé comme une relation verticale distributeur/fournisseur ; les réseaux se comportant vis-à-vis des professionnels de santé comme des « clients par subrogation » pour leurs assurés. L'Autorité a considéré que ces réseaux entraînent dans le champ d'application du règlement 2790/1999 et pouvaient bénéficier de l'exemption catégorielle que celui-ci prévoit si ces conventions ne comportent pas de clauses « noires » et s'ils n'ont pas d'effets substantiellement négatifs sur la concurrence (restriction de l'accès au marché ou de la concurrence sur ces marchés).

[448] Malgré les effets produits par les « restrictions verticales » produites par ces accords que l'Autorité qualifie d'« ententes » (mise en place de barrières à l'entrée, risque d'uniformisation des prix au sein du réseau...) et compte tenu de leurs parts de marché qui restent modestes (autour de 10% ; pas de recours systématique au réseau par les assurés...), l'Autorité considère qu'ils ont un effet bénéfique sur les marchés concernés, tant pour les professionnels de santé affiliés (afflux de clientèle, visibilité...) que pour les assurés (prix, meilleure prise en charge, restauration d'une certaine symétrie d'information en faveur des patients) ; même s'agissant des « réseaux fermés » (optique).

[449] L'Autorité voit dans les réseaux un moyen d'améliorer la concurrence dans des secteurs (optique, audioprothèse...) marqués par une forte asymétrie d'information et une opacité des coûts. En ce qui concerne le risque d'uniformisation des prix, l'Autorité reconnaît qu'il existe mais estime qu'il y a « toute probabilité qu'il s'agisse d'une uniformisation à un niveau sensiblement moindre qu'en l'absence de contractualisation ».

[450] Outre le poids du réseau sur le marché, l'Autorité pose cependant des conditions : que la sélection des professionnels se fasse par les « mérites » et que les prix soient fixés de façon adéquate : pas trop haut pour avoir un effet concurrentiel mais pas trop bas pour permettre au professionnel de dégager une marge raisonnable (l'Autorité de la concurrence vérifie que le prix est adéquat à l'occasion d'un contentieux pour abus de position dominante ou de « prix prédateur »).

[451] En outre, l'Autorité a considéré que le développement du conventionnement est susceptible d'engendrer un fonctionnement plus concurrentiel du marché dans la mesure où les professionnels non conventionnés par les OCAM seront incités à offrir soit des services supplémentaires (telles que des conditions de paiement différé), soit une qualité de services supérieure ou encore des tarifs attractifs, pour continuer à attirer des assurés.

[452] Ce faisant, l'Autorité fait référence à une jurisprudence tirée d'un avis de 1998 sur le secteur automobile (conventions entre assureurs et réparateurs automobiles). Dans cet avis, l'Autorité de la concurrence donnait les conditions d'un caractère pro-concurrentiel de ce type de conventions :

- Adéquation entre les sacrifices financiers consentis par les professionnels et le volume de clients engendrés en contrepartie ;
- Agrément d'une durée limitée ;
- Aucun assureur en position dominante ;
- Conséquences effectives de l'agrément sur l'activité et l'accès au marché sont limitées, les assurés continuant à recourir à des prestataires non agréés dans des proportions non négligeables.

[453] L'avis de 2009 comporte quelques interrogations/points d'alerte :

- La baisse du prix des verres sera-t-elle compensée par une augmentation du prix des montures ?
- Les analyses de devis et les conseils fournis par les réseaux sont-ils objectifs ?
- Risque de segmentation du marché de l'assurance complémentaire santé, les organismes proposant les réseaux les plus attractifs concentrant les « meilleurs risques » (assurés en bonne santé donc indifférents aux sanctions liées à la consultation hors réseau ou à la faible qualité de ces réseaux ; ces assurés coûtant peu cher, les réseaux peuvent offrir des prix bas correspondant à des services/prestations réduites etc, ce qui attire de nouveaux assurés etc...).
- Opacité et multiplicité des contrats offerts par les OCAM, dont les réseaux de santé font partie.

[454] Par ailleurs, pour l'optique, l'Autorité recommande de favoriser l'arrivée de nouveaux entrants dans les réseaux fermés, de limiter à 3 ou 4 ans la durée des conventions et de publier la liste des professionnels adhérents.

[455] Enfin, s'agissant du processus d'analyse des devis effectuée par les OCAM, l'Autorité a « appelé de ses vœux la mise en place de processus d'évaluation apportant effectivement des garanties d'objectivité, notamment par la prise en compte d'avis de plusieurs praticiens représentatifs de différentes sensibilités ou écoles médicales, mais elle ne saurait faire à cet égard de recommandations précises ».

2 DENTAIRE

[456] Dans son avis de 2009 (plainte déposée par Santéclair contre un boycott organisé par la profession), l'Autorité affirme sa compétence dans le litige qui oppose le réseau à plusieurs Conseils de l'ordre des chirurgiens-dentistes. En effet, elle admet que « Le pouvoir disciplinaire est l'une des prérogatives de puissance publique à la disposition de l'Ordre. L'engagement, par un conseil de l'Ordre, d'une action disciplinaire à l'encontre d'un de ses membres ne relève donc pas en principe du champ de compétence de l'Autorité de la concurrence. Il en va de même lorsqu'un conseil de l'Ordre s'adresse nominativement à l'un de ses membres en lui demandant de modifier son comportement... ». Toutefois, en l'espèce, l'Autorité constate que les Conseils de l'ordre se sont « adressés à l'ensemble des chirurgiens-dentistes de leur ressort [...] en les incitant à ne pas adhérer ou à résilier leur adhésion à la convention passée entre la CNSD et Santé Clair ». Elle s'estime donc compétente pour trancher le litige.

[457] Sur le fond, l'Autorité estime que le Conseil national de l'Ordre a diffusé une interprétation inexacte de la portée de ses avis déontologiques qui, compte tenu du contexte, doit être considérée comme une invitation à évincer du marché la société Santéclair. Elle considère que ces pratiques de boycott sont d'autant plus graves qu'elles émanent d'instances qui ont utilisé l'autorité morale attachée à l'ordre professionnel qu'elles représentent pour inciter leurs membres à évincer effectivement un prestataire de services. Par ailleurs, l'Autorité relève que le Conseil national, et à sa suite les Conseils départementaux, se sont bien gardés de poursuivre devant les juridictions ordinaires les adhérents au protocole Santéclair ; ce qu'elles auraient dû faire si le protocole critiqué était réellement contraire à la déontologie.

[458] Dans son avis « Droit de la concurrence et santé » (2008) l'Autorité considère que les règles déontologiques sont destinées à compenser l'asymétrie d'information. Elles sont donc légitimes et peuvent restreindre la concurrence, à condition qu'elles soient justifiées par des motifs d'intérêt général.

[459] Plus récemment (24/10/2016), l'Autorité a débouté la CNSD qui accusait Santéclair de se livrer à des pratiques de dénigrement, via sa communication et ses campagnes publicitaires, dans le but de capter la clientèle des chirurgiens-dentistes non affiliés. Etait également visé le service « Analyse de devis conseil » qui permet à tout assuré affilié à Santéclair d'obtenir une estimation de son reste à charge et, le cas échéant, des conseils pour trouver un praticien membre du réseau à proximité de son domicile. Pour la CNSD, ces analyses et ces conseils qui ne sont pas réalisés par des dentistes sont assimilables à de la tromperie vis-à-vis des patients, de l'exercice illégal de la chirurgie dentaire, voire d'une pratique commerciale déloyale.

[460] Pour rejeter la demande de la CNSD, l'Autorité a examiné les conventions signées entre les praticiens et Santéclair et conclu qu'outre leur caractère pro-concurrentiel, elles ne comportaient aucune clause visant à dénigrer les dentistes hors-réseau¹⁰⁷. Elle a aussi examiné le fonctionnement du service « Analyse de devis conseil » et, après avoir souligné la légitimité de ce service au regard du projet de Santéclair d'orienter le patient dans le système de santé, elle a considéré que la CNSD n'apportait pas d'éléments suffisamment probants pour soutenir ses accusations : dénigrement des praticiens non membres du réseau, tromperie sur le caractère médical de l'analyse, évaluation non objective des devis, orientations vers des praticiens membres du réseau sans que les patients l'aient demandé.

¹⁰⁷ L'Autorité est compétente pour qualifier une pratique de dénigrement au regard des règles de concurrence dans le cas où elle résulte notamment d'une entente. Elle sanctionne les pratiques concertées ayant pour but de dénigrer un concurrent pour l'évincer du marché.

[461] Enfin, l'Autorité a étudié la communication de Santéclair, en particulier la communication faite en 2013 par l'Observatoire citoyen des restes à charge, qui portait spécifiquement sur les soins dentaires. Elle a, là encore, rejeté les accusations de la CNSD pour défaut d'éléments suffisamment probants ; notamment le caractère trompeur de la communication, le dénigrement des praticiens hors réseau et le manque d'objectivité des informations présentées. De même, l'Autorité a considéré que la publicité commerciale effectuée par Santéclair ne créait pas de distorsion de concurrence entre les chirurgiens-dentistes. Elle a, au contraire, rappelé que la publicité commerciale, pour autant qu'elle soit loyale, est un facteur d'animation de la concurrence.

[462] S'agissant des derniers moyens avancés par la CNSD, l'Autorité précise que le délit d'exercice illégal de la chirurgie dentaire ne relève pas de la compétence de l'Autorité de la concurrence. Il en va de même de la déontologie (qui interdit toute forme de publicité commerciale, directe ou indirecte) qui relève de la compétence disciplinaire de l'Ordre professionnel des chirurgiens-dentistes.

3 OPTIQUE

[463] Dans une décision n° 13-D-05 du 26 février 2013 (Kalivia), l'Autorité a analysé un versant complémentaire des réseaux : les accords conclus avec les fournisseurs (verriers) visant à l'approvisionnement exclusif des opticiens membres du réseau. Elle applique à ces pratiques de « référencement » la même jurisprudence que celle développée pour les conventions réseau/professionnels de santé. En l'espèce, elle a considéré que malgré des critères de sélection peu transparents, le référencement opéré par Kalivia – qu'elle considère comme légitime et utile pour développer la concurrence – n'a pas eu d'effet anti concurrentiel : les restrictions à l'accès au marché sont en effet minimales compte tenu du faible poids de Kalivia sur ce marché. Il n'y a pas non plus de verrouillage du marché par un faisceau de contrats similaires (effet cumulatif). En l'espèce, la part cumulative des réseaux d'optique ayant référencé des fournisseurs atteignait 26.2 %.

[464] S'agissant des aspects tarifaires, l'Autorité considère que les prix fixés dans les conventions entre Kalivia et les opticiens ne sont que des plafonds, issus de propositions faites par les opticiens eux-mêmes. Elle considère donc que les prix ont été fixés à un niveau adéquat et qu'il n'y a pas d'uniformisation ; une certaine concurrence continuant à s'exercer au sein du réseau ; sans parler de l'impact sur les prix hors du réseau.

[465] Enfin, l'Autorité rejette l'accusation d'abus de position dominante ; compte tenu du faible poids de Kalivia dans l'assurance santé, de la propension des assurés à acheter hors réseau (38 à 50% en 2011), de l'existence d'autres réseaux auxquels les opticiens peuvent adhérer (la « clientèle Kalivia » ne présenterait pas de caractéristique distinctive spécifique par rapport aux autres clients potentiels des opticiens). En outre, la « clientèle Kalivia », ne présentait qu'une faible part des personnes assurées en France au titre de la complémentaire santé. De même, l'Autorité rejette l'accusation d'abus de dépendance économique au motif qu'il y a peu d'opticiens pour lesquels la clientèle Kalivia représente plus de 20 % du CA et qu'il y a des alternatives au réseau.

[466] De la même façon, dans une décision de 2016 concernant le réseau « Carte Blanche », l'Autorité relativise le poids des réseaux et rejette les accusations de pratiques anti-concurrentielles. Elle cite une étude IPSOS de 2013, selon laquelle seuls 14 % de l'ensemble des porteurs de lunettes utiliseraient les réseaux d'opticiens.

[467] Par ailleurs, l'Autorité relativise la prétendue captivité des bénéficiaires vis-à-vis de leur OCAM. En effet, si les bénéficiaires de contrats collectifs sont peu enclins à changer de mutuelle, les assurés individuels, qui représentent 57 % des contrats, sont tout à fait libres de changer de complémentaire de santé à tout moment.

[468] De même, elle estime qu'à partir du moment où les opticiens peuvent adhérer à plusieurs réseaux de soins, ils peuvent potentiellement accéder à la totalité de la clientèle. Enfin, les opticiens sont libres d'adhérer ou non à un réseau sans que cela ne représente une condition indispensable à la réalisation de leur activité.

[469] Pour l'Autorité, l'abus de dépendance économique doit être apprécié en fonction du marché et des relations contractuelles. Un opticien peut toujours rejoindre un autre réseau ou viser la clientèle hors réseau, à la différence par exemple d'un industriel qui fabrique une pièce détachée pour une marque d'appareil seulement.

4 AUDIOPROTHESES

[470] Dans un document préparatoire à l'avis rendu en décembre 2014 (document de consultation publique publié en 2016), l'Autorité considère que les réseaux de soins ont un effet pro-concurrentiel dans ce secteur et que l'animation de la concurrence est de nature à faire baisser des prix relativement élevés. Cependant, elle estime que la concurrence sur les marchés de la santé ne doit pas remettre en cause les impératifs de santé publique. En l'espèce, elle souhaite être attentive aux effets d'une trop forte animation de la concurrence sur la qualité de l'appareillage.

[471] S'agissant des audioprothèses et du risque de dégradation de la qualité (notamment réduction du temps de suivi des patients), l'Autorité appelle à une évaluation objective du sujet. Notamment la possibilité de pratiquer des marges plus faibles, sans remettre en cause la qualité des prestations. Pour ce qui est des pratiques commerciales déloyales dénoncées par certains syndicats (détournement de clientèle, publicité mensongère...), l'Autorité considère qu'il appartient aux juridictions et à l'Administration de les sanctionner.

[472] Dans ce document, elle pose des questions importantes sur les réseaux de soins : Le niveau de rémunération des audioprothésistes affiliés à un réseau de soins est-il équivalent à celui des autres audioprothésistes ? Existe-t-il des données objectives permettant de soutenir les affirmations selon lesquelles le temps passé des audioprothésistes affiliés ne serait pas adéquat ? Existe-t-il des données objectives permettant de constater une dégradation de la qualité des soins offerts par les audioprothésistes affiliés ? Le niveau de prix de certains réseaux de soins serait-il objectivement incompatible avec le maintien de la qualité des soins ?

[473] L'avis rendu en décembre 2017 ne comporte malheureusement pas de réponses à ces questions.

ANNEXE 5 :

ANALYSE JURIDIQUE DES CONVENTIONS CONCLUES ENTRE LES OPTICIENS ET LES PLATEFORMES DE GESTION DE RESEAUX DES SOINS

1 CADRE ANALYTIQUE

1.1 Sources

[474] Cette analyse porte sur les clauses inscrites dans les conventions élaborées par les 6 plateformes de gestion (Carteblanche, Istya, Itelis, Kalivia, Santéclair, Séveane) dans le secteur de l'optique. Ces contrats ont été rédigés entre 2012 et 2017.

1.2 Méthode

[475] Ont été tout particulièrement examinées les différentes modalités de transcription des obligations légales, mais aussi les stipulations contractuelles propres créées par les conventions. Trois sujets, qui ressortent majoritairement des textes conventionnels, ont été identifiés :

- les obligations relatives au traitement des données personnelles (administratives, financières, médicales) des bénéficiaires et des opticiens,
- les engagements pris par les opticiens sur le prix et la qualité de l'offre dispensée dans les réseaux,
- la création conventionnelle de pouvoirs unilatéraux de modification du contrat et de pouvoirs de sanction en faveur de la plateforme gestionnaire du réseau.

1.3 Indicateurs

[476] L'analyse juridique a porté sur les termes utilisés dans chaque convention, d'abord clause par clause, puis dans le cadre d'une appréciation plus globale thème par thème et, enfin, sur l'économie générale de la convention.

[477] Il s'est agi de comparer les clauses avec l'ensemble des textes (légaux et réglementaires) applicables à la profession et à l'activité d'opticien. Cette première analyse a permis d'identifier les clauses qui constituent tout simplement du « recopiage » d'obligations par ailleurs applicables et ainsi de distinguer les engagements proprement contractuels, des « faux » engagements qui sont, en quelque sorte, uniquement des rappels d'obligations extracontractuelles préexistantes.

[478] Un regard particulier a été porté sur la nature des « recopiations » pour identifier non seulement les textes auxquels les parties attachent une attention particulière, mais aussi ceux qui sont absents alors qu'ils s'appliquent bien à la profession.

[479] L'architecture des conventions a également été comparée pour identifier les variations qu'elle est susceptible d'introduire sur les engagements pris, sur l'économie générale de la

convention, ainsi que sur le sens qui est donné au final à la relation entre le réseau et les professionnels adhérents.

[480] Enfin, une analyse plus fine a été réalisée sur les clauses relatives au prix et au contenu de l'offre délivrée (produit, SAV...) car ce sont ces clauses qui encadrent directement la liberté contractuelle, de façon plus ou moins intense.

2 LES OBLIGATIONS RELATIVES AU TRAITEMENT DE DONNEES PERSONNELLES

2.1 Aspects généraux et variabilité des conventions

2.1.1 Consentement de l'assuré/droit d'opposition

[481] Une minorité de réseaux a établi un format-type de recueil des données pour appliquer la législation, tout particulièrement en matière d'information et de consentement de l'assuré. Les autres réseaux recourent à un « accord de prise en charge », plutôt à caractère administratif, nécessaire au remboursement des prestations et des produits, sans faire explicitement référence à l'expression d'un consentement.

[482] Le consentement au traitement informatisé des données est donc généralement adossé au consentement donné par l'assuré pour la prise en charge de ses dépenses de santé : il est ainsi complètement lié à la demande de remboursement sans qu'il ne soit vraiment possible en pratique pour l'assuré de « détacher » les deux consentements. Certains réseaux adossent néanmoins cette information-consentement de l'assuré à l'élaboration du devis mais ce n'est pas systématique.

2.1.2 Durée de conservation des documents de prise en charge financière

[483] D'une convention à l'autre, on constate une forte variabilité dans la durée de la conservation de l'information (de 6 mois à 2 ans et trois mois). La variabilité de ces délais ne semble pas liée à des impératifs objectifs. En tout cas ces impératifs ne sont guère mentionnés et, quand ils le sont, ils se rapportent généralement à la question des délais légaux de prescription des remboursements.

2.1.3 Mise en sécurité des données

[484] Des exigences contractuelles sont prévues par deux réseaux des soins. Il s'agit soit de rappel des responsabilités, soit la mention d'une exigence de « sécurisation » sans plus de précision.

2.1.4 Normalisation de la facturation et conservation des justificatifs en cas de contrôle

[485] Toutes les conventions encadrent les procédures de facturation, sur lesquelles repose le contrôle du respect des grilles tarifaires et de la conformité de prestations ou produits délivrés. Les gestionnaires de réseaux normalisent les factures sur la base de formats parfois légaux tels que la norme DRE¹⁰⁸ mais aussi sur des formats propres aux réseaux.

¹⁰⁸ Il s'agit d'une norme diffusée par l'éditeur public de solutions informatiques à destination des établissements publics de santé.

2.1.5 Analyse et exploitation des données informatiques

[486] Ces traitements et leurs modalités ne sont mentionnés que dans les clauses portant sur le contrôle des demandes de devis et de prise en charge. C'est seulement à cette occasion que les conventions mentionnent la possibilité d'une exploitation des données et des statistiques recueillies.

2.1.6 Interdiction de transfert des données à des tiers

[487] Certaines conventions détaillent les modalités de transmission des données, et interdisent expressément leur transfert à des tiers ; d'autres ne le font pas expressément, mais des textes légaux le prévoient par ailleurs. L'utilisation des données pour d'autres finalités que celles stipulées dans la convention est, pour certains réseaux, interdite ou à l'inverse autorisée, si cette utilisation nouvelle reçoit l'accord du cocontractant.

2.1.7 Restitution des données à la fin du contrat

[488] Il existe souvent un certain flou contractuel sur la question de la propriété des données au cours de l'exécution du contrat mais aussi à son terme. Un des réseaux impose l'obligation de restitution des données à la fin du contrat.

2.2 Remarques complémentaires

[489] Les modalités de recueil et de traitement des données ne sont pas toujours distinguées selon qu'il s'agit de celles de l'assuré ou de l'opticien. Pourtant, ces données ne sont pas de même nature et les obligations qui encadrent leur traitement non plus.

[490] Il existe très souvent un flou conventionnel sur le rôle de la plateforme : héberge-t-elle des données ou dispose-t-elle d'un sous-traitant (hébergeur de données de santé) ? En effet l'article L. 1111-8 du Code de la santé publique a fixé les conditions d'hébergement des données de santé à caractère personnel, « données recueillies à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic, de soins ou de suivi médico-social ». Il est ainsi prévu que la personne physique ou morale¹⁰⁹ qui héberge ces données, pour le compte d'un tiers doit être agréée à cet effet¹¹⁰. La plupart des conventions sont floues sur ce point, l'opticien n'étant le plus souvent pas informé du statut juridique qu'a son cocontractant vis-à-vis des données qu'il transmet¹¹¹.

¹⁰⁹ Non seulement les médecins et autres professionnels de santé (professions para-médicales), les établissements de santé (hôpitaux et cliniques) sont concernés mais également le cas échéant, les compagnies d'assurance et les mutuelles (collecte et traitement de données de santé dans le cadre de leur procédure d'octroi de prêts, assurance-vie, contrats de prévoyance, remboursement de frais de santé, etc.), les maisons de retraite (EHPAD - suivi de l'état de santé des résidents), les services de santé au travail (état de santé des salariés), les fédérations sportives (aptitude physique des licenciés à la pratique du sport)...

¹¹⁰ La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit la simplification de cette procédure afin de « Remplacer l'agrément prévu au même article L. 1111-8 par une évaluation de conformité technique réalisée par un organisme certificateur accrédité par l'instance nationale d'accréditation mentionnée à l'article 137 de la loi n° 2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie ou par l'organisme compétent d'un autre État membre de l'Union européenne. Cette certification de conformité porte notamment sur le contrôle des procédures, de l'organisation et des moyens matériels et humains ainsi que sur les modalités de qualification des applications hébergées ».

¹¹¹ La délégation à un tiers de statut d'hébergeur n'empêche pas les textes de faire peser des obligations à la charge des responsables des traitements : chaque responsable de traitement est tenu de s'assurer de l'effectivité des droits des personnes concernées par les données de santé dans le respect de la loi 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et des dispositions du CSP. Ces exigences de confidentialité et de sécurité doivent notamment apparaître dans les clauses des différents contrats que l'hébergeur agréé passe avec ses sous-traitants.

[491] L'absence, observée dans certaines conventions, du rappel des obligations légales applicables en matière de traitement des données de santé ainsi que le caractère général, voire l'absence de clauses sur les types de traitements réalisés ou encore sur le type de données utilisées (opticien et/ou assuré), révèle une absence de normalisation en la matière (formulaire-types ou clauses-types). Des ajustements sont nécessaires, d'autant plus que les règles vont être prochainement renforcées¹¹².

3 OBLIGATIONS RELATIVES AU PRIX ET LA QUALITE DE LA PRESTATION

3.1 Aspects généraux et variabilité des conventions

3.1.1 Traçabilité et spécification du produit

[492] Les dispositions relatives à la traçabilité et à la spécification des produits vendus varient d'une convention à l'autre : renvoi aux normes européennes, mention d'un document non normalisé (où doivent figurer le type, la couleur, la taille et la marque de l'équipement optique), charte de qualité qui oblige à remettre des certificats de qualité spécifiques...

3.1.2 Responsabilité concernant la vente de l'équipement d'optique et/ou les prestations associées

[493] Presque toutes les conventions prévoient que le professionnel de santé est le seul responsable de la vente des produits ainsi que des prestations qu'il délivre. Certaines conventions mentionnent l'obligation de souscription par l'opticien d'une assurance responsabilité en cas de dommage.

3.1.3 Tiers payant/dispense d'avance de frais

[494] L'obligation de mise en place du tiers-payant, objet essentiel (avec le prix) des engagements contractuels pris par les opticiens, s'exprime de deux façons : obligation pour l'opticien de pratiquer le tiers-payant et obligation d'utiliser le système d'information de la plateforme.

3.1.3.1 Sur l'obligation de pratiquer le tiers-payant/dispense d'avance de frais

[495] Toutes les conventions créent une obligation de pratiquer le tiers-payant sur la partie complémentaire du remboursement. D'autres imposent, en outre, le tiers-payant sur la partie assurance maladie obligatoire. Pour la plupart des conventions, le non-respect de ces obligations constitue un motif de résiliation anticipée de la convention, hors problème technique ou refus de l'assuré.

¹¹² Le nouveau règlement européen sur la protection des données personnelles (2016/679) entrera en application le 24 mai 2018. Visant notamment à responsabiliser les acteurs traitant des données (responsables de traitement et sous-traitants) et à renforcer le consentement des personnes concernées par les traitements de données, il impose « la mise à disposition d'une information claire, intelligible et aisément accessible » et stipule que « les utilisateurs doivent être informés de l'usage de leurs données et doivent en principe donner leur accord pour le traitement de leurs données, ou pouvoir s'y opposer. La charge de la preuve du consentement incombe au responsable de traitement. La matérialisation de ce consentement doit être non ambiguë ».

3.1.3.2 Sur la mise en œuvre technique du tiers-payant

[496] Il existe des clauses qui prévoient l'utilisation obligatoire d'un logiciel informatique pour adresser la demande de prise en charge. Deux réseaux sur six fonctionnent avec la norme opto-AMC, alors qu'un réseau demande d'utiliser un « guichet électronique ». D'autres privilégient l'utilisation d'un portail internet, mais permettent aussi d'utiliser un formulaire papier. Dans ce cas, le réseau prend en charge les frais d'envoi.

3.1.4 Règlements applicables en matière d'affichage et d'information

[497] Il s'agit de clauses qui « recopient » les exigences du Code de la consommation : ce ne sont pas des clauses créées contractuellement mais des clauses à valeur informative. L'obligation légale d'information relative au prix et à l'édition d'une facture est généralisée dans toutes les conventions.

3.1.5 Obligations contractuelles relatives aux produits et prestations

[498] Il existe plusieurs types de clauses destinées à encadrer la vente des équipements d'optique et les prestations accessoires (par exemple, services à réaliser après la vente, remises tarifaires sur les produits para-optiques etc.).

[499] Parmi les clauses portant sur la vente des équipements d'optique, il faut distinguer :

- les clauses qui obligent l'opticien à proposer à l'assuré un produit présent au catalogue, tel que défini dans la convention (c'est-à-dire à choisir un produit parmi la liste des références annexées au contrat),
- les clauses plus contraignantes qui obligent l'opticien à proposer le produit créé spécifiquement par et pour le réseau.

[500] L'ensemble de ces clauses font obligation à l'opticien de faire une offre conforme aux stipulations contractuelles. Ces clauses s'accompagnent parfois d'une interdiction pour l'opticien de « dénigrer » les produits proposés par le réseau ou d'une obligation – directe ou indirecte – de vendre un certain nombre de produits spécifiques.

[501] Une plateforme se donne un droit unilatéral de modification du catalogue (sans nécessité de conclure un avenant).

3.1.6 Obligations relatives aux prix

[502] L'encadrement des prix prend la forme d'une grille tarifaire annexée aux conventions. A cette grille s'ajoutent, dans certaines conventions, des remises commerciales, la fourniture d'une deuxième paire de lunettes, des avantages sur les produits para-optiques...

3.1.7 Obligations relatives aux devis

[503] Il s'agit généralement d'un rappel des obligations réglementaires sur la délivrance des devis : nombre d'exemplaires, durée de conservation... La durée de conservation qui s'impose à l'opticien varie selon les conventions et parfois des obligations au-delà des exigences légales sont prévues dans certains réseaux.

3.2 Remarques complémentaires

[504] La majorité des engagements contractuels pris sur la qualité (respect des règles de l'art, traçabilité des produits, propositions adaptées à la situation du patient...) sont issus de dispositions légales ou réglementaires. Beaucoup de clauses correspondent à une sorte de « recopiage » législatif et/ou réglementaire : ce sont des clauses à valeur informative qui n'ont pas de réelle portée contractuelle. Les clauses strictement contractuelles sont finalement peu nombreuses.

[505] Pour l'essentiel, les obligations strictement contractuelles portent sur le prix, l'exigence de mise en œuvre du tiers payant et les modalités d'édition et de normalisation des factures avec la création de sanctions spécifiques en cas de non-exécution de ces engagements.

[506] Une question se pose sur la cohérence entre les engagements relatifs aux produits et prestations (recours obligatoire au catalogue, proposition systématique de certains produits...) et les clauses qui rappellent la liberté dont dispose l'opticien sur le choix du produit et la responsabilité personnelle qu'il porte à ce sujet.

[507] En matière de qualité, il est généralement fait référence à la qualité professionnelle de l'opticien pour répondre le plus opportunément possible aux attentes de ses clients (très peu de choses sur la qualité intrinsèque des produits/prestations).

4 RESPONSABILITE ET POUVOIRS DE SANCTION

4.1 Aspects généraux et variabilité des conventions

4.1.1 Responsabilité

4.1.1.1 Mise à la charge de l'opticien d'une obligation de résultat pour toutes les dispositions contractuelles¹¹³

[508] Une plateforme a créé contractuellement une responsabilité extrêmement forte de l'opticien qui se voit non seulement imposer une obligation de résultat quant au produit délivré mais également quant au respect de toutes les dispositions contractuelles.

4.1.1.2 Responsabilité unilatérale envers l'assuré

[509] La plupart des réseaux prévoient une responsabilité exclusive de l'opticien ainsi que des clauses contractuelles de décharge de responsabilité en faveur de la plateforme. Un réseau prévoit même une décharge totale de responsabilité pour la plateforme (« l'opticien dégage le réseau de toute responsabilité »). Des clauses de pénalité financière s'ajoutent à cet édifice contractuel extrêmement contraignant puisque certains réseaux envisagent que les frais de remboursement de l'assuré puissent être, dans certains cas, totalement pris en charge par l'opticien.

¹¹³ En droit des obligations, la faute dans l'obligation de résultat est caractérisée par l'absence d'atteinte du résultat contractuellement fixé. C'est une des obligations les plus fortes ; le professionnel s'engage à l'obtention de ce résultat et non pas à une obligation de moyens.

4.1.2 Résiliation des conventions

[510] On trouve différents motifs de résiliation dans toutes les conventions. La rédaction des clauses diffère également, en particulier à propos des mesures préalables au prononcé de la résiliation unilatérale (résiliation sans préavis, voire sans indemnité ou alors qui doit être précédée d'un avertissement et traitement des récidives avec création d'échelle de sanctions...).

[511] Certains pouvoirs de résiliation sont accordés de manière réciproque aux parties. Certains motifs confèrent un pouvoir de résiliation à la plateforme seulement (délivrance de prestations hors grille tarifaire par exemple, non-respect de clauses d'objectifs de tiers-payant..). Certains réseaux prévoient une exclusion de l'opticien fautif pour une durée de cinq ans, sans indemnités.

[512] Si l'on examine plus finement ces clauses, plusieurs « types de résiliation » sont contractuellement mis en œuvre, en fonction du motif sur lequel elle s'appuie.

4.1.2.1 Le non-respect par l'opticien de ses engagements contractuels

[513] Le manquement contractuel de l'opticien vis-à-vis de ses engagements tarifaires peut donner lieu à une résiliation de la convention par la plateforme. Dans ce cadre, certaines convention mettent en place une procédure d'avertissement alors que d'autres se contentent de prévoir un délai de prévenance. Ces délais, tout comme l'échelle des sanctions, sont extrêmement variables d'une convention à l'autre.

4.1.2.2 Les résiliations à l'initiative de l'opticien

[514] En cas de modification des conditions générales du contrat par la plateforme (changement des conditions essentielles du contrat), l'opticien peut généralement mettre fin à son adhésion à brève échéance.

[515] De même, les modifications tarifaires donnent lieu le plus souvent à la procédure de l'avenant contractuel qui est soumis au consentement de l'opticien (un seul réseau impose les modifications tarifaires sans passer par la voie de l'avenant mais par simple notification avec possibilité de refus sous un mois). Dans la majorité des conventions, le refus opposé par l'opticien aux nouvelles conditions tarifaires contenues dans l'avenant entraîne la résiliation unilatérale et de plein droit de son conventionnement avec plus ou moins de délai de préavis (de 0 à 1 mois en moyenne).

[516] Certaines conventions donnent à l'opticien un pouvoir de résiliation unilatérale, sans motif. Dans un cas, ce droit s'exerce avec un délai de prévenance d'un mois et n'a pas à être motivé.

[517] D'autres réseaux exigent en revanche que l'exercice de ce droit de résiliation unilatérale par l'opticien soit expressément justifié et donc motivé.

4.2 Remarques complémentaires

[518] De nombreuses clauses contractuelles envisagent les possibilités de mettre fin au conventionnement soit par la voie de la résiliation unilatérale à l'initiative d'une des parties soit par la mobilisation des procédures résolutoires. On constate une variabilité dans les motifs de résiliation ainsi que dans les délais de prévenance. Deux motifs de résiliation vis-à-vis des opticiens reviennent néanmoins majoritairement : le non-respect des obligations contractuelles de tiers-payant et le non-respect des engagements tarifaires.

[519] Les clauses de type « décharge de responsabilité au profit de réseau », « résiliation automatique sans indemnisation au profit de réseau », « modification des motifs de résiliation, au profit de réseau » illustrent le caractère déséquilibré des conventions.

[520] On observe une variabilité dans la formalisation des procédures de sanction.

5 REMARQUES FINALES

[521] L'analyse des conventions élaborées par les 6 plateformes dans le secteur de l'optique révèle l'existence de nombreuses clauses dites de « recopiage » des obligations légales et réglementaires applicables à la profession d'opticien (clauses à valeur essentiellement informative). Les clauses contractuelles, qui sont spécialement créées par les conventions, ont principalement pour objet le respect des catalogues, des grilles tarifaires et du tiers payant.

[522] Les techniques contractuelles d'encadrement des prix n'entendent pas directement déterminer le choix des produits qui seront délivrés mais il existe, dans certaines conventions, des incitations plus ou moins fortes, non pas directement à la délivrance de produits types, mais plutôt à la proposition systématique de certains produits (produits spécifiques au réseau), sous la responsabilité personnelle de l'opticien engagé dans ledit contrat.

[523] Lorsqu'on examine les motifs de résiliation, on s'aperçoit que les prestations qui reçoivent la plus grande attention portent sur le respect par l'opticien d'engagements tarifaires ainsi que l'engagement à pratiquer le tiers payant. Ce sont sur ces clauses que se fondent les principaux motifs de résiliation à effet immédiat des conventions.

[524] Sur l'économie générale de ces conventionnements, on relève que les engagements des gestionnaires de réseaux portent principalement sur la mise à disposition et la maintenance d'une plateforme de traitement informatisé des demandes de devis et de prise en charge. S'y ajoutent des clauses relatives à la mise en œuvre par le réseau d'actions de communication et d'information sur la liste des opticiens conventionnés, auprès des assurés. Certaines de ces clauses ne constituent pas de réels engagements contractuels et ne pourront en conséquence faire l'objet d'actions pour inexécution. Les engagements contractuels « forts » sont principalement à la charge des opticiens (prix, tiers-payant, services...) et font l'objet d'un contrôle étroit de la part des plateformes.

ANNEXE 6

ANALYSE JURIDIQUE DES CONVENTIONS CONCLUES ENTRE LES CHIRURGIENS- DENTISTES ET LES PLATEFORMES DE GESTION DE RESEAUX DES SOINS

[525] Cette analyse porte sur les conventions qui ont été élaborées par 4 plateformes de gestion dans le secteur dentaire. Ces contrats ont été rédigés entre 2010 et 2016.

1 LES OBLIGATIONS RELATIVES AU TRAITEMENT DE DONNEES PERSONNELLES ET MEDICALES

[526] Ces conventions portent une attention particulière aux données recueillies auprès des assurés et des professionnels de santé.

1.1 Consentement du patient / droit d'opposition

[527] Plusieurs conventions décrivent précisément la collecte de données de l'assuré et prévoient un dispositif d'information par le praticien. Dans ce cas, bien souvent, les plateformes disposent d'outils techniques pour mettre en œuvre cette obligation (formulaires types, dispositions incluses dans la demande de devis ou de prise en charge...).

[528] Dans le cas de transmission de pièces médicales supplémentaires relatives au plan de traitement, un réseau prévoit le recueil préalable, par le praticien, du consentement du patient ainsi que l'application des règles déontologiques et règlementaires applicables au regard de la protection du secret médical et des données personnelles.

1.2 Mise en sécurité des données

[529] Certaines conventions prennent la peine de rappeler au praticien les obligations liées au respect de la sécurité des données et à l'information des patients. D'autres pas.

1.3 Analyse et exploitation des données informatiques

[530] Une plateforme envisage explicitement cette hypothèse et indique que les informations détenues sur le praticien n'ont vocation à circuler que dans le réseau. Dans ce cadre, le droit d'accès et de rectification que détient le praticien est mentionné dans ladite convention.

[531] En cas de traitement informatique de ces données, la plateforme s'en déclare responsable au sens de la loi informatique et libertés. Ce traitement est entendu dans un sens assez large puisqu'il peut aller de l'orientation du bénéficiaire à l'accord de prise en charge financière.

1.4 Interdiction de transfert des données sensibles à des tiers

[532] Certaines conventions détaillent les modalités de transmission des données, et interdisent expressément le transfert des bases de données à des tiers. D'autres ne le font pas expressément, mais des textes légaux le prévoient par ailleurs.

1.5 Gestion des données (modifications, fin de contrat)

[533] Les conventions examinées ne traitent pas le sort des données en cas de modification ou de résiliation du contrat.

1.6 Remarques complémentaires

[534] Les conventions relatives au secteur dentaire distinguent relativement bien les données relatives au praticien et celles relatives à l'assuré/patient.

[535] Une plateforme se déclare juridiquement responsable du traitement informatique des données de santé, conformément à la loi de 1978 et endosse les responsabilités qui en découlent. Les autres conventions ne le mentionnent pas explicitement.

2 OBLIGATIONS RELATIVES AU PRIX ET LA QUALITE DE LA PRESTATION

2.1 Qualité

[536] La plupart des clauses contractuelles rappellent les obligations légales et réglementaires applicables à la profession de chirurgien-dentiste : respecter l'ensemble des règles déontologiques, respecter les règles de protection de la sécurité des patients, en se conformant notamment aux mesures et recommandations en vigueur en matière d'hygiène et d'asepsie¹¹⁴....

[537] Sont contractuellement attendus de « réels » engagements, pour reprendre les termes d'une convention, sur la mise en œuvre d'obligations de sécurité sanitaire et le respect des référentiels scientifiques opposables à ladite profession.

[538] Aucune obligation supplémentaire n'est créée par la voie contractuelle, hormis peut-être dans certains réseaux la formalisation de fiches de traçabilité nominative auxquelles le patient doit avoir consenti.

2.2 Tiers payant/dispense d'avance de frais

[539] Le tiers-payant est souvent prévu contractuellement mais sans obligation. Dans tous les cas, son non-respect ne fait pas l'objet de pénalités spécifiques et ne constitue pas un motif de résiliation de la convention. Un réseau incite à la mise en œuvre du tiers payant en donnant un

¹¹⁴ Exemple : le praticien s'engage à « assurer à ses patients bénéficiaires des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science et selon les procédés modernes reconnus ». « A respecter l'ensemble des règles légales et déontologiques professionnelles » « à respecter les règles de protection destinées à renforcer la sécurité des patients bénéficiaires dans les soins dispensés, en se conformant notamment aux mesures et recommandations en vigueur en matière d'hygiène et d'asepsie »

avantage financier (augmentation des honoraires) aux praticiens qui atteignent le taux cible fixé contractuellement de tiers-payant.

2.3 Les obligations relatives aux prix

[540] Des obligations contractuelles sont fixées pour une liste d'actes et de prestations. Leur non-respect peut constituer un motif de résiliation par la plateforme. Une seule convention fait référence à la liberté de choix du praticien dans la prothèse dentaire qu'il délivre.

[541] Certaines conventions précisent les critères de fixation de ces prix : « souci de correspondre aux différentes pratiques » ou définition « à partir d'une observation et d'une analyse objectives des honoraires moyens des praticiens en fonction de leur implantation géographique ».

[542] Le dépassement de certains plafonds tarifaires n'est envisagé qu'à titre exceptionnel par certaines conventions et avec l'accord préalable du dentiste consultant du réseau (le praticien doit adresser une demande « motivée »). Ce contrôle pourra donner lieu à un arbitrage par une commission ad hoc (« commission de suivi du protocole d'accord »).

2.4 Remarques complémentaires

[543] L'objet essentiel des conventions conclues dans le secteur dentaire semble l'instauration de plafonds tarifaires.

[544] Une convention fait référence à la liberté de choix dont dispose le professionnel pour adapter sa prestation au besoin du patient. Les autres conventions n'y font pas référence et se contentent de rappeler le respect des obligations légales et déontologiques applicables au professionnel.

3 RESPONSABILITE ET MODALITES DE RESILIATION

3.1 Responsabilité envers l'assuré

[545] Dans la plupart des conventions, le praticien est seul responsable des soins réalisés même si le manquement résulte de l'application d'une obligation contractuelle. Certaines conventions aménagent ainsi le droit de la responsabilité contractuelle en faisant porter toute la responsabilité sur le praticien.

3.2 Modification et résiliation des conventions

3.2.1 Modification des prix

[546] La plupart des conventions octroient aux plateformes des droits de réactualisation des prix, le praticien ayant ensuite deux possibilités : les accepter ou les refuser.

[547] L'acceptation est souvent tacite de sorte que la modification s'impose au praticien dans le délai d'un mois. Le refus exprès du praticien entraîne la résiliation (immédiate ou très rapide) de la convention, sans qu'aucune pénalité ne puisse être réclamée par le praticien.

3.2.2 Résiliation pour inexécution des engagements contractuels

[548] On trouve dans la plupart des conventions les clauses résolutoires classiques qui permettent au cocontractant de mettre fin à ses engagements contractuels en raison de l'inexécution par l'une des parties de ses propres obligations : les délais de mise en œuvre sont souvent très courts et bien souvent le pouvoir de résolution s'exerce sans pénalité ni indemnité. Les conventions respectent l'exigence de mise en demeure qui est prévue dans ce cas.

3.2.3 Les clauses de résiliation unilatérale¹¹⁵ (« résiliation de plein droit »)

[549] Certaines conventions prévoient en faveur des plateformes des causes de résiliation unilatérale (sans préavis) de la convention lorsque le praticien a, par exemple, fait l'objet d'une sanction ordinaire lui interdisant l'exercice de la profession ou en cas de condamnation civile ou pénale pour un comportement se rattachant à son activité.

[550] Dans certaines conventions, l'évolution de la réglementation empêchant la réalisation de la convention est également qualifiée de motif entraînant la résiliation de plein droit du conventionnement. Certaines clauses sont sur point très précises et tentent de tenir compte d'une éventuelle évolution réglementaire qui toucherait les prix ou la part remboursable de l'AMO.

[551] Une convention donne au praticien la possibilité de résilier unilatéralement la convention sans exiger de motif, moyennant le respect d'un préavis de 30 jours, clause qui permet de préserver la liberté du praticien.

3.2.4 Résiliation amiable de la convention

[552] Certaines conventions mettent en place une procédure amiable de résiliation de la convention qui si, elle échoue, permettra à chacun des cocontractants de résilier unilatéralement la convention. Certaines conventions prévoient des modalités de continuité des prises en charge financière pendant la période du préavis pour ne pas pénaliser les bénéficiaires.

3.3 Remarques complémentaires

[553] Des pouvoirs de résiliation unilatérale sont conférés au praticien principalement pour cause de modification des prix ou au réseau en cas de dépassements de ces prix. On trouve des possibilités de résiliation anticipée de la convention à durée déterminée et des clauses pour sanctionner des manquements contractuels. Certaines conventions prévoient des procédures amiables de résolution des litiges.

[554] Les conventions ont tendance à conférer aux réseaux des pouvoirs de notification unilatérale des modifications tarifaires, pouvoirs exorbitants du droit commun qui sont très souvent utilisés dans les contrats d'adhésion.

¹¹⁵ Elle se définit comme la stipulation permettant à l'une ou aux deux parties de cesser d'exécuter un contrat quel qu'en soit le motif ou pour un motif préétabli non inhérent au comportement des parties, de façon gratuite ou moyennant le versement d'une « indemnité », tout en respectant un délai de préavis d'une durée raisonnable.

4 CONCLUSION GENERALE

[555] Les conventions relatives au secteur dentaire comportent des parties contractuelles étoffées sur les données à caractère personnel et médical, y compris sur les données relatives au chirurgien-dentiste. Il y a peu d'engagements relatifs à la qualité des soins, hormis le rappel des dispositions législatives et réglementaires. Les créations strictement contractuelles portent essentiellement sur les prix maximum. Le non-respect de ces engagements tarifaires constitue d'ailleurs pour chacune des conventions un motif de résiliation unilatéral.

[556] Les engagements contractuels des plateformes portent principalement sur deux éléments : la mise à disposition de systèmes d'information pour réaliser le tiers-payant et la délivrance, sur demande des assurés, d'information sur les dentistes partenaires (opérations de communication, délivrance d'une liste de professionnels conventionnés avec les services proposés etc...).

ANNEXE 7 :
LOI N°2014-57 DU 27 JANVIER 2014

JORF n°0023 du 28 janvier 2014

Texte n°2

LOI n° 2014-57 du 27 janvier 2014 relative aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, établissements et services de santé (1)

NOR: AFSX1241471L

ELI: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2014/1/27/AFSX1241471L/jo/texte>
Alias: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2014/1/27/2014-57/jo/texte>

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Vu la décision du Conseil constitutionnel n° 2013-686 DC en date du 23 janvier 2014,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article 1

Le dernier alinéa de l'article L. 112-1 du code de la mutualité est complété par les mots : « ou lorsque l'assuré choisit de recourir à un professionnel de santé, un établissement de santé ou un service de santé avec lequel les mutuelles, unions ou fédérations ont conclu une convention dans les conditions mentionnées à l'article L. 863-8 du code de la sécurité sociale ».

Article 2

I. — Après le chapitre III du titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale, il est inséré un chapitre III bis ainsi rédigé :

« Chapitre III bis

« Conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaire et les professionnels, les services et les établissements de santé

« Art. L. 863-8. - I. — Les mutuelles, unions ou fédérations relevant du code de la mutualité, les entreprises d'assurance régies par le code des assurances et les institutions de prévoyance régies par le présent code peuvent, directement ou par l'intermédiaire d'un

tiers, conclure avec des professionnels de santé, des établissements de santé ou des services de santé des conventions comportant des engagements relatifs, pour l'organisme assureur, au niveau ou à la nature des garanties ou, pour le professionnel, l'établissement ou le service, aux services rendus ou aux prestations ainsi qu'aux tarifs ou aux prix.

« 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'adhésion des professionnels, établissements ou services à ces conventions s'effectue sur la base de critères objectifs, transparents et non discriminatoires. L'adhésion ne peut comporter de clause d'exclusivité.

« Tout professionnel, établissement ou service répondant aux critères mentionnés au troisième alinéa du présent I peut adhérer à la convention. Cependant, les conventions concernant la profession d'opticien-lunetier peuvent prévoir un nombre limité d'adhésions.

« Pour les professionnels de santé autres que ceux appartenant à des professions mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 162-14-3 du présent code, ces conventions ne peuvent comporter de stipulations tarifaires relatives aux actes et prestations mentionnées aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 du même code.

« Le niveau de la prise en charge des actes et prestations médicaux par les organismes mentionnés au premier alinéa du présent I ne peut être modulé en fonction du choix de l'assuré de recourir ou non à un médecin ayant conclu une convention avec ces organismes.

« II. — L'organisme assureur garantit une information complète auprès de ses assurés ou adhérents sur l'existence du conventionnement, ses caractéristiques et son impact sur leurs droits. »

II. — Le I s'applique aux conventions conclues ou renouvelées à compter de la date de promulgation de la présente loi.

Article 3

Chaque année pour une période de trois ans, le Gouvernement remet au Parlement, avant le 30 septembre, un rapport dressant un bilan et une évaluation des conventions mentionnées à l'article L. 863-8 du code de la sécurité sociale. Il porte notamment sur les garanties et prestations que ces conventions comportent, leurs conséquences pour les patients, en particulier en termes d'accès aux soins et de reste à charge, et leur impact sur les tarifs et prix pratiqués par les professionnels, établissements et services concernés.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 27 janvier 2014.

François Hollande

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,
Jean-Marc Ayrault
Le ministre de l'économie et des finances,
Pierre Moscovici
La ministre des affaires sociales
et de la santé,
Marisol Touraine

(1) Loi n° 2014-57. — Travaux préparatoires : Assemblée nationale : Proposition de loi n° 296 ; Rapport de Mme Fanélie Carrey-Conte, au nom de la commission des affaires sociales, n° 424 ; Discussion et adoption le 28 novembre 2012 (TA n° 51). Sénat : Proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, n° 172 (2012-2013) ; Rapport de M. Yves Daudigny, au nom de la commission des affaires sociales, n° 775 (2012-2013) ; Texte de la commission n° 776 (2012-2013) ; Discussion et adoption le 24 juillet 2013 (TA n° 204, 2012-2013). Assemblée nationale : Proposition de loi, modifiée par le Sénat, n° 1325 ; Rapport de Mme Fanélie Carrey-Conte, au nom de la commission des affaires sociales, n° 1624 ; Discussion et adoption le 19 décembre 2013 (TA n° 271). — Conseil constitutionnel : Décision n° 2013-686 DC du 23 janvier 2014 publiée au Journal officiel de ce jour.

SIGLES UTILISES

ACPR : autorité de contrôle prudentiel et de résolution
ACS : aide au paiement d'une complémentaire santé
ADF: association dentaire française
AMC : assurance maladie complémentaire
AMO : assurance maladie obligatoire
ANDEM : agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale
ANSM : agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ARS : agence régionale de santé
CHM : conventionnement hospitalier mutualiste
CIL : correspondant informatique et liberté
CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire
CNAMTS : caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNIL : commission nationale informatique et libertés
CNSD : confédération nationale des syndicats dentaires
CPAM : caisse primaire d'assurance maladie
CTIP : centre technique des institutions de prévoyance
DGCCRF : direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes
DM : dispositifs médicaux
DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS : direction de la sécurité sociale
EGB : échantillon généraliste de bénéficiaires
FFA : fédération française de l'assurance
FNIM : fédération nationale indépendante des mutuelles
FNMF : fédération nationale de la mutualité française
HCAAM : haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
IGAS : inspection générale des affaires sociales
INSEE : institut nationale des statistiques et des études économiques
INSERM : institut national des sciences et de la recherche médicale
IRDES : institut de recherche et de documentation en économie de la santé
LFSS : loi de financement de la Sécurité sociale
LPP : liste des produits et prestations
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique
MFP : mutualité fonction publique

OCAM : organisme complémentaire d'assurance maladie

ONDAM : objectif national des dépenses d'assurance maladie

RAC : reste à charge

RFH : règlement fédéral hospitalisation

RPPS : répertoire partagé des professionnels de santé

SNDS : système national des données de santé

SNIRAM : système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie

SSR : service de soins et de rééducation

UFSBD : union française pour la santé bucco-dentaire

UNOCAM : union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableau 1 :	Description synthétique des 6 plateformes (2016).....	22
Tableau 2 :	Réseaux optique gérés par les six plateformes (2016)	26
Tableau 3 :	Références et fournisseurs de verres.....	27
Tableau 4 :	Réseaux dentaires (omnipraticiens) gérés par les plateformes	27
Tableau 5 :	Réseaux audioprothésistes gérés par les six plateformes (2016)	28
Tableau 6 :	Reste à charge dans les secteurs optique, audio et dentaire en 2015	31
Tableau 7 :	Prix moyen des verres adultes, dans les réseaux et hors réseaux (2015).....	43
Tableau 8 :	Prix moyen constaté pour 1 verre adulte, par réseau (2016)	43
Tableau 9 :	Prix comparés de douze verres, prix plafonds des réseaux/prix médians (2016).....	43
Tableau 10 :	Prix moyens des montures vendues dans les réseaux (2016)	44
Tableau 11 :	Prix moyen des audioprothèses, dans les réseaux et hors réseaux (2015)	44
Tableau 12 :	Prix moyens pour l'achat d'audioprothèses (2015).....	44
Tableau 13 :	Prix dans le secteur dentaire, dans le réseau et hors réseau (2015).....	45
Tableau 14 :	Prix moyens et prix plafonds pour trois actes dentaires, dans les réseaux et hors réseaux (2016)	45
Tableau 15 :	Contrôles a posteriori dans les réseaux d'optique (2016).....	47
Tableau 16 :	Reste à charge (RAC) dans le secteur de l'optique, dans les réseaux et hors réseaux (2015)	55
Tableau 17 :	Prix et reste à charge dans le secteur dentaire, dans les réseaux et hors réseaux (2015)	55
Tableau 18 :	Reste à charge dans le secteur audioprothèses, dans les réseaux et hors réseaux (2015)	56
Tableau 19 :	Chiffre d'affaire moyen provenant d'un réseau optique (2016).....	61
Tableau 1 :	nombre et répartition des OCAM selon DREES.....	90
Tableau 2 :	nombre et répartition des OCAM de l'étude IGAS (2015)	90
Tableau 3 :	part du CA correspondant à la gestion déléguée.....	91
Tableau 4 :	taux de recours aux soins optiques, dentaires, audio en 2015.....	93
Tableau 5 :	taux de recours aux réseaux optiques, dentaires, audio en 2015	94
Tableau 6 :	Répartition des usagers recourant aux soins par type de contrat.....	94
Tableau 7 :	âge moyen pondéré des assurés ayant recouru aux soins optiques, audio, dentaires en 2015	95

Tableau 8 : prix facturés, remboursements et restes à charge moyens en réseau et hors réseau dans le secteur optique, 2015	96
Tableau 9 : prix facturés, remboursements et restes à charge moyens en réseau et hors réseau dans le secteur dentaire, 2015.....	97
Tableau 10 : prix facturés, remboursements et restes à charge moyens en réseau et hors réseau dans le secteur audio, 2015	98
Tableau 1 : Part (en valeur) de l'ensemble des ventes de verres adultes en 2016.....	106
Tableau 2 : Prix moyen constaté pour 1 verre adulte, par réseau (2016)	107
Tableau 3 : Prix comparés de douze verres (2016).....	108
Tableau 4 : Ecart prix plafonds/prix moyens (2016)	108
Tableau 5 : Prix moyens des montures vendues dans les réseaux (2016)	108
Tableau 6 : Prix moyens pour l'achat d'audioprothèses, 2015	109
Tableau 7 : Prix moyens et prix plafonds pour trois actes dentaires, dans les réseaux et hors réseaux (2016)	110
Tableau 8 : Prix moyens et prix plafonds pour cinq actes dentaires, dans les réseaux et hors réseaux (2016)	111
Tableau 9 : Références et fournisseurs de verres.....	113
Tableau 10 : Références d'audioprothèse	113
Tableau 11 : Chiffre d'affaire moyen provenant d'un réseau (2016).....	115
Tableau 12 : Chiffre d'affaire moyen provenant d'un réseau (2016).....	116
Tableau 14 : Contrôles exercés dans un réseau d'optique (Période du 17/03/2015 au 12/04/2017)	118
Graphique 1 : Date d'adhésion aux réseaux des soins (parmi les répondants à l'enquête IGAS) ..	18
Graphique 4 : Contrats individuels	58
Graphique 5 : Contrats collectifs.....	58
Graphique 6 : Garanties de remboursement pour une prothèse dentaire, selon le type de contrat..	59
Graphique 7 : Impacts des réseaux sur les OCAM.....	66
Graphique 1 : Date d'adhésion des OCAM aux réseaux de soins, en fonction de leur taille	91
Graphique 1 : Répartition des équipements complets d'optique achetés, en volume (2015)	112
Graphique 2 : Répartition des équipements complets d'optique achetés, en valeur (2015)	113
Graphique 3 : Répartition, par statut, des points de vente d'optique (2016)	115
Graphique 4 : Répartition, par statut, des points de vente d'audioprothèses (2016)	116

Schéma 1 : Organisation schématique d'une plateforme de gestion	21
Schéma 2 : Prise en charge dématérialisée.....	25