



ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

mutuelles

Question écrite n° 107746

Texte de la question

M. Damien Meslot attire l'attention de M. le ministre du travail, de l'emploi et de la santé sur la loi portant réforme de l'hôpital. Effet, son article 22 prévoit de modifier le code de la mutualité pour autoriser la pratique des remboursements différenciés par les mutuelles dans le cadre de réseaux. En effet, l'article précité suscite une vive inquiétude parmi les professionnels opticiens. Ce texte en question tend à instaurer indûment des réseaux fermés au détriment tant de la qualité des produits que de leur traçabilité, particulièrement en matière de dispositifs médicaux tels que les lunettes. Son application aurait pour effet négatif de créer une discrimination tarifaire inexplicable entre le consommateur adhérent à une mutuelle et le citoyen qui ne peut accéder à ce type de protection. En outre, cela engendre une différence de prestation induite par autre chose que la hauteur de cotisation choisie par l'adhérent, ce qui est contraire à l'esprit mutualiste et largement condamné par l'esprit marchand. Les professionnels de santé, médecins, dentistes, kinésithérapeutes, opticiens, infirmiers..., y voient une atteinte sur leur liberté individuelle de choisir leur prestataire de soins. C'est pourquoi il lui demande de bien vouloir lui faire part de son point de vue sur l'application de l'article 22 de la loi portant réforme de l'hôpital et de lui indiquer quelles mesures il entend prendre pour répondre à l'inquiétude des professionnels.

Texte de la réponse

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

Une modification législative est donc nécessaire pour donner une base juridique aux pratiques des mutuelles. Un amendement, déposé par le député Yves Bur, a été adopté en ce sens par l'Assemblée nationale en première lecture lors de l'examen de la proposition de loi modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. En deuxième lecture à l'Assemblée nationale, le Gouvernement avait également institué un encadrement des règles auxquelles doivent obéir tout conventionnement, quel que soit l'organisme assureur concerné, en renvoyant à un décret la mise en oeuvre des principes de transparence, d'égal accès aux soins et de qualité des pratiques et des produits. Cet article a cependant été déclaré non conforme à la Constitution par le Conseil constitutionnel qui a considéré que cet amendement était étranger à l'objet de la loi dans laquelle il s'insérait.

Données clés

Auteur : [M. Damien Meslot](#)

Circonscription : Territoire-de-Belfort (1^{re} circonscription) - Union pour un Mouvement Populaire

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 107746

Rubrique : Économie sociale

Ministère interrogé : Travail, emploi et santé

Ministère attributaire : Travail, emploi et santé

Date(s) clé(e)s

Question publiée le : 10 mai 2011, page 4744

Réponse publiée le : 25 octobre 2011, page 11400