

**CONTRE ANALYSE
DU RAPPORT ASTERES**

**« LE VRAI VISAGE
DES RESEAUX
DE SOINS »**

Frédéric BIZARD
ECONOMISTE

NOVEMBRE 2016

Préambule

Le rapport Asterès sur les réseaux de soins rapporte fidèlement les arguments défendus par les plateformes commerciales qui les opèrent et par les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) qui les financent.

En effectuant une synthèse fidèle et complète des arguments de ces opérateurs, il offre une opportunité d'ouvrir (enfin) le débat. C'est cette opportunité que nous souhaitons saisir en analysant ce qui est dit (partie I) et en y ajoutant ce qui n'est pas dit et important pour évaluer les réseaux de soins (partie II).

Les commanditaires

Il est annoncé en début de rapport qu'il a été écrit à l'initiative de l'observatoire des restes à charge, créé en 2013 par Santéclair, le collectif interassociatif sur la santé (CISS) et 60 millions de consommateurs. Cet attelage est pour le moins insolite.

- **Santéclair** est une société anonyme qui gère une des sept principales plateformes commerciales faisant office de réseau de soins en France. Elle est filiale de plusieurs organismes d'assurance privés (dont Allianz, AON Hewitt, MAAF, MGP santé...). Santéclair représente 19% des assurés bénéficiaires des réseaux d'après le rapport et une minorité de professionnels de santé dans les trois secteurs concernés.
- **Le CISS** est un collectif qui regroupe « *43 associations militant pour les droits des patients et des usagers* », financé à 78% par des fonds publics¹. Farouchement opposé à toute privatisation de la santé et financé en partie par l'assurance maladie, le CISS réalise un curieux grand écart en appuyant la pratique des réseaux qui sont une privatisation de la gestion du risque et de la gouvernance des soins.
- **Le magazine « 60 millions de consommateurs »** est édité par l'Institut National de la Consommation (INC), établissement public sous la tutelle du Ministre chargé de la consommation. Le seul lien rationnel possible avec Santéclair est la vision très consumériste de la santé défendue par les partisans des réseaux, qui en font une marchandise standard.

¹ Fonds publics : 60% de la Direction Générale de la Santé, 25,40% de l'Assurance Maladie et 1,3% du Fonds développement de la vie associative – Source : site internet du CISS

I/ Analyse des arguments développés dans l'étude

Le rapport se décompose en deux parties : la première est plutôt macroéconomique sur l'Assurance Maladie et les OCAM, la seconde plutôt microéconomique sur l'impact des réseaux. Après l'exposé des arguments du rapport (en gris), nous les analysons.

1/ L'assurance maladie, contrainte financièrement, resserre son champ d'action

Le rapport développe l'argumentaire classique sur l'affaiblissement de l'assurance maladie du fait de ses déficits récurrents, face à des « dépenses de santé qui progressent rapidement et structurellement ... et qui pourraient avoisiner 15% de PIB en 2030 contre 11% aujourd'hui », sur son retrait des soins courants et sur son incapacité à rétablir ses comptes malgré de nombreuses mesures d'économie.

L'interprétation faite des données comptables vise à faire de la montée en puissance des OCAM et de leurs filiales, les plateformes commerciales, une fatalité. C'est un parti pris très discutable.

Il n'y a aucun retrait de l'assurance maladie dans le financement des soins (CSBM), dont le taux de **76,6% est strictement identique à celui de 2000**². C'est la part des dépenses liées aux ALD (affections de longue durée) dans les dépenses d'assurance maladie qui a plus que doublé en 10 ans à plus de 60% et qui entraîne mécaniquement une moindre prise en charge des soins courants. Chaque année, l'assurance maladie rembourse 3 à 4 milliards d'euros de soins³ de plus que l'année précédente. Se concentrer sur les risques financiers majeurs est la mission première de l'assurance maladie, et c'est défendable à condition de structurer le financement des autres risques, ce qui n'a pas été fait. Il n'y a pas eu de partage des rôles organisé (cela s'est fait par défaut) entre les assureurs publics et privés contrairement à ce que le rapport prétend ; l'assurance maladie n'a simplement pas revalorisé un grand nombre de tarifs des soins de ville depuis les années 80, en contrepartie d'une liberté tarifaire dans certains secteurs.

La France ne fait pas face à un risque d'explosion des dépenses de santé dont les estimations sérieuses d'ici à 2060 prévoient une hausse de 2 points de PIB, de 0,7 à 2,1 points de PIB selon la Commission européenne et de 2,8 points de PIB selon l'OCDE à l'horizon 2060⁴. Nos dépenses de santé ont été stables depuis 2010 en part de PIB (10,9% en 2013)⁵. Notre problématique n'est pas le niveau de dépenses mais

² Source : Drees, Les dépenses de santé en 2014, comptes de la santé 2015

³ Prise en charge de la l'Assurance Maladie dans la consommation de soins et biens médicaux

⁴ Rapport du Trésor de décembre 2013 – Projection des dépenses de santé à l'horizon 2060, le modèle Promède

⁵ Source : OCDE- Health at a glance 2015

l'allocation de cette dépense (efficacité allocative) et l'efficacité de cette dépense (efficacité productive). La France ne dépense pas trop, mais mal ! De plus, considérer la santé du seul versant des coûts est économiquement peu pertinent.

Les mesures d'économies prises depuis 10 ans sont de nature comptable, selon la méthode du rabot, d'où leur caractère éphémère. Les mesures structurelles conduisant à des gains d'efficacité - le virage ambulatoire, la structuration des parcours de soins des patients ALD, la réforme du financement et de la gouvernance pour baisser les coûts administratifs - n'ont pas été prises. On peut ajouter que le déficit de l'Assurance Maladie est largement dû à un sous-financement de cette branche qui repose encore à 75% sur les revenus du travail. Malgré la baisse récurrente du ratio actifs/inactifs. Aucune évolution n'a été apportée depuis dix ans pour augmenter la part de la CSG qui repose sur une assiette plus large et touche davantage les retraités aisés (près de 60% des dépenses de santé sont générées par les plus de 60 ans qui représentent 24% de la population). On voit que, contrairement à ce que laisse entendre le rapport et régulièrement ses commanditaires, on est loin d'avoir tout essayé pour renforcer l'Assurance Maladie. On n'a même en réalité rien réformé structurellement, ce qui conduit au délitement actuel du système, qui n'a rien d'une fatalité.

2/ Les OCAM⁶ : un rôle essentiel dans l'accès aux soins

Après l'explication sur la montée en puissance des OCAM dans la couverture et la prise en charge des soins, 95% de la population et 13,5% des dépenses, vient la séquence sur les restes à charge «...plusieurs milliers d'euros et ce malgré l'intervention de leur OCAM». Le rapport attribue cette situation à une seule cause, les tarifs libres pratiqués par les professionnels de santé (« chers » pour les uns, « onéreux » pour les autres) et en conclut « un besoin urgent de régulation institutionnelle dans les domaines délaissés par l'assurance maladie ».

On retrouve le discours classique des OCAM et de leurs plateformes commerciales: le problème du reste à charge vient uniquement des prix libres trop élevés des professionnels de santé. Si on veut réduire ces restes à charge, il faut faire baisser les tarifs des prestations de santé. Comme les OCAM sont les premiers financeurs en optique, en dentaire et en audioprothèse, ils seraient légitimes pour le faire. Tenu au comptoir d'un café, qui serait contre ce raisonnement ? Sauf que la réalité est tout autre et que la solution proposée des réseaux ne fait qu'aggraver les inégalités d'accès aux soins comme nous le verrons.

La couverture de la population en complémentaire santé est passée de 50% en 1970 à 95% en 2015. Le montant des cotisations collectées a doublé depuis 2001 à 35 milliards d'euros en 2015, ce qui représente une hausse annuelle moyenne de près d'1,2 milliard d'euros de primes. Un graphique du rapport montre que les

⁶ *Organismes complémentaires d'assurance maladie*

cotisations ont augmenté de plus de 50% depuis 2000 (soit 3,5% par an). Malgré cela, le renoncement aux soins est élevé et a augmenté, en particulier dans les secteurs où les premiers financeurs sont les OCAM, le dentaire et l'optique. Face à une telle situation, une analyse sur le fonctionnement du marché assurantiel privé en santé (qualité des contrats, retour sur cotisations, frais de gestion...) aurait pu être utile dans un tel rapport. La seule explication fournie est le niveau trop élevé des tarifs des professionnels concernés, voire leur propension aux abus et à la fraude (thème récurrent des OCAM), qui nécessite « *un besoin urgent de régulation institutionnelle* ». Nous ferons ce travail d'analyse du secteur des OCAM en deuxième partie.

Les dépenses de soins ambulatoires en France sont parmi les moins élevées des pays développés en part de dépenses totales (voir annexe 1). Elles représentent 25% des dépenses totales contre 33% en moyenne dans les pays de l'OCDE alors que nos dépenses hospitalières pèsent pour 35% contre 28% dans l'OCDE. De façon globale et relativement aux autres pays de l'OCDE, on observe une sous-dépense en soins ambulatoires et une sur-dépense en soins hospitaliers.

En optique, le rapport parle de « *lunettes chères : en cause des tarifs libres partiellement supportés par les assurés* ». Il est utile de rappeler que ce sont toujours les assurés qui paient les dépenses de santé, via une assurance ou directement. Sur le caractère coûteux des lunettes, aucune donnée ne vient étayer cette affirmation. Une comparaison avec des pays européens montre que les prix en optique en France sont dans la fourchette basse (annexe 2). Si le budget moyen par usager est supérieur, c'est dû à une part de verres progressifs (35%) plus élevée que dans les autres pays (effet structure).

Il convient de rappeler que tout patient peut trouver chez de nombreux opticiens des équipements premier prix à 29 euros, soit pour un renouvellement moyen de 3 ans, un budget annuel de 10 euros. Le rapport évoque l'absence de *numerus clausus* et une forte atomisation du secteur des opticiens comme explication des tarifs libres élevés. En principe, une concurrence entre un grand nombre d'offres permet de faire baisser les prix ; mais pas dans ce cas, car il y aurait une asymétrie d'information. Si cette asymétrie existe en santé, elle est relativement faible en optique et la mise en concurrence entre les opticiens est plutôt favorisée par leur grand nombre que freinée. Cette asymétrie est une caractéristique de nombreux marchés, en particulier pour les produits techniques où (heureusement) le vendeur à une meilleure connaissance du produit que l'acheteur.

Il aurait été utile de rappeler que les garanties des contrats collectifs sont déconnectées de besoins de couverture en optique, du fait que les OC ont fait de l'optique un produit d'appel pour leurs contrats.

Ensuite, on apprend que la marge commerciale est supérieure pour des lunettes que pour le commerce de viande, de poisson ou de produits de santé non transformés. Ce raisonnement rejoint celui couramment tenu par les partisans des

réseaux qui est fondé sur une prétendue faible valeur ajoutée des professionnels de santé et sur le caractère quasi-standard du bien santé qui est considéré comme une marchandise. Il suffit d'acheter en gros pour faire baisser les prix et de vendre plus pour compenser la baisse de marge, la qualité étant constante puisque la valeur du service des professionnels est faible. Le soin n'est pas une marchandise, mais un produit unique, conçu spécifiquement pour chaque personne en fonction de sa pathologie, sa morphologie et sa physiologie. Tout professionnel de santé exerce une prestation technique, clinique, intellectuelle qui nécessite un diplôme, un savoir qui lui permette d'exercer mais aussi une compétence et une empathie qui en font un plus ou moins bon professionnel. L'opticien n'est pas un marchand mais un professionnel de santé⁷ intégrée dans la chaîne de valeur de la santé visuelle. A ce titre, un décret paru le 16 octobre 2016 donne la possibilité aux opticiens de renouveler ou d'adapter sous certaines conditions les lentilles oculaires et les lunettes de vue. Cette délégation de tâches montre bien l'insertion des opticiens dans la chaîne de prise en charge de la santé visuelle.

En audioprothèse et en dentaire, on retrouve la même affirmation de prestations onéreuses dues aux tarifs libres qui seraient à l'origine des problèmes d'accès aux soins. Alors que pour les opticiens, leur trop grand nombre et l'absence de nombreux clausus étaient jugés comme un obstacle à la concurrence, chez les audioprothésistes, c'est leur trop petit nombre et leur nombreux clausus qui posent problème selon le rapport! Aucune donnée ne vient non plus étayer le caractère onéreux, ce qui pourrait être utile pour de telles affirmations qui remettent en cause le professionnalisme, l'éthique voire la probité des professionnels de santé. Ces affirmations sont aussi erronées comme le montre la comparaison des tarifs français avec les pays voisins en audioprothèse (annexe 3). En dentaire, le contenu de la partie intitulée « *des tarifs libres particulièrement élevés* » comprend uniquement un rappel de l'enquête ESPS sur 2012 sur le renoncement aux soins, pour être bien sûr que le lien de causalité soit compris par tout le monde! L'étude aurait pu s'intéresser à des centres low-cost, encouragés par les plateformes commerciales, telles que ceux de Dentexia qui a fait 2200 victimes dont certaines sont mutilées durablement à cause de malfaçons (annexe 4).

3/ Les réseaux de soins : un modèle de régulation pertinent... une régulation efficace des prix

Le rapport expose le principe des réseaux : en contrepartie d'engagements des professionnels de santé, « les plateformes garantissent aux professionnels un certain volume de clients supplémentaires », « ... les décotes tarifaires peuvent atteindre jusqu'à 50% du prix moyen de marché ... aux avantages tarifaires s'ajoute le bénéfice de produits ou prestations gratuites... », « Les avantages tarifaires se traduisent à

⁷ Classé dans les auxiliaires médicaux parmi les professionnels de santé par l'INSEE

l'échelle nationale par des économies de dépenses de santé de plusieurs centaines de millions d'euros ». ..

Parler d'un modèle de régulation pertinent en santé pour un concept qui vise à maximiser les volumes de prestations par professionnel en contrepartie d'une baisse de tarifs est une ineptie. C'est bien la faille originelle de ce système développé aux Etats-Unis depuis des décennies : la baisse des prix conjuguée à une hausse des volumes dégrade inévitablement la qualité des soins et est in fine inflationniste⁸. Les éléments chiffrés d'impact des réseaux ont été obtenus « *à partir de statistiques du réseau Santéclair* ». Ces données ne sont donc pas représentatives de l'ensemble du marché des réseaux. Les données chiffrées des économies sont tirées de tableaux fournis par Santéclair qui ne précisent pas l'année et qui, pour autant qu'ils soient fiables, ne sont pas représentatives du marché. En audioprothèse, le réseau de Santéclair représenterait, selon les professionnels du secteur, 300 audioprothésistes, soit 10% de professionnels, pour un chiffre d'affaires transité par leur réseau de 1,3% du marché de l'audioprothèse⁹.

Pour les trois secteurs évoqués, le lien entre la qualité des prestations et le taux de recours à ces prestations est une réalité. Un des critères de qualité des prestations délivrées est **la durabilité des soins prodigués**, ce qu'on peut traduire par le taux de recours. Une étude de l'Assurance Maladie de décembre 2015 sur les dépenses d'optique de 2006 à 2014 révèle une hausse de 59% sur la période (annexe 5). Cette hausse des dépenses est principalement due à un effet volume (+48%) alors que l'effet prix est inférieur à 1% par an. Parmi cet effet volume, le facteur prédominant est l'effet recours (+38%) qui démontre que la maîtrise des prix s'est réalisée en contrepartie d'un taux de renouvellement en forte hausse des lunettes. Si les réseaux peuvent faire baisser les prix, ils conduisent inévitablement à une hausse de dépenses comme le marché américain le démontre depuis de très nombreuses années. Evaluer un montant d'économies sans se préoccuper des volumes est un peu court. Or, le concept des réseaux conduit inévitablement à augmenter fortement les volumes du fait de la moindre qualité des soins et de l'effet recours, ce qui rend ce concept inflationniste sur les dépenses totales et inadéquat pour une bonne gestion du risque.

Outre les économies calculées à partir du reste à charge des patients, le rapport en déduit des économies globales de « *plusieurs centaines de millions d'euros* » selon des extrapolations mystérieuses. Le mystère est tel que lors de la présentation à la presse le 4 octobre 2016, les rapporteurs de l'étude ont évoqué la somme d'un

⁸ Le modèle est basé sur une hausse des volumes pour compenser la baisse des tarifs et comprend des coûts administratifs et de maintenance très lourds pour développer les réseaux .

⁹ Communiqué de presse du syndicat national des audioprothésistes du 3 mars 2016 intitulé « Réseau Santéclair audioprothèse : la copie est à refaire ».

milliard d'euros d'économie en 2015¹⁰, rajoutant au mystère des économies calculées un arrondi dont le but est de faire le buzz. D'après les propos tenus à la presse, « *une grande partie du milliard d'économies est d'abord allée dans les poches des complémentaires... et les réseaux n'ont pas permis de réduire le renoncement aux soins* »¹¹. Au-delà du folklore sur les chiffres, l'aveu sur l'inefficacité des réseaux et le seul objectif d'augmenter les marges des OCAM est au moins partagé.

4/ Les réseaux de soins, une régulation efficace de la qualité

Le rapport affirme que « les réseaux de soins sont efficaces car ils s'accompagnent d'un maintien, voire d'une amélioration de la qualité des prestations...Quatre niveaux de contrôle persuadent (sic) les professionnels de santé de respecter les référentiels de qualité : une sélection à l'entrée des réseaux selon des critères objectifs, un contrôle a priori des plans de traitement, un contrôle a posteriori pour détecter d'éventuelles pratiques frauduleuses, une appréciation de la qualité par les assurés ».

On retrouve ici la logorrhée classique des réseaux, malheureusement sans aucun élément nouveau de preuve des affirmations sur le maintien de la qualité.

Il serait intéressant de savoir d'où les plateformes commerciales tirent leur compétence et leur légitimité pour définir des critères de qualité. Aucun comité d'experts n'est constitué pour élaborer ces critères, aucune validation de société savante n'apparaît. Le personnel des plateformes commerciales n'a aucune compétence médicale, à l'exception de vacataires médicaux qui font office de vitrine scientifique. Il n'est pas exagéré et facilement vérifiable de considérer que les critères de sélection n'ont soit aucune valeur scientifique (« plateau technique disposant de matériels essentiels à la qualité des prestations »), soit sont très généraux (« obligation de proposer certains produits qualitatifs et récents») et donc sans valeur sélective. Si les plateformes ne portent pas plus d'attention à ces critères, c'est que le seul qui importe à leurs yeux est le prix.

En audioprothèse, l'UNSAF¹² écrit que la société Santéclair a choisi des critères de sélection tels que « accès wifi dans la salle d'attente », « service de boissons chaudes ou froides dans la salle d'attente »... sans référence à la qualité du service rendu. Dans les exemples de critères donnés par l'étude, on retrouve des critères tels que « accès handicapé », « espace enfants », « plateau technique disposant de matériels essentiels à la qualité des prestations »... dont la nature ou l'aspect généraliste laisse pantois pour estimer qu'une telle sélection apporte une valeur

¹⁰ Article du Parisien de Daniel Rosenweg du 5 Octobre 2016 – « Santé : les réseaux de soins font chuter la facture de 10% à 50%.

¹¹ Idem 6

¹² Communiqué de presse du syndicat national des audioprothésistes du 3 mars 2016 intitulé « Réseau Santéclair audioprothèse : la copie est à refaire ».

ajoutée. Concernant les protocoles de soins, il est intéressant de retrouver « en orthopédie : durée de séjour, SRR », sachant que les réseaux de soins sont strictement interdits pour cette spécialité.

Outre la détermination de critères peu pertinents, l'affirmation d'un contrôle a priori et a posteriori de la qualité laisse songeur sachant que les plateformes commerciales n'ont aucune compétence médicale mais surtout pas de personnel qualifié pour évaluer et contrôler la qualité médicale. Le contrôle a priori ne peut être qu'administratif, sans intérêt médical. Le contrôle a posteriori ne peut se faire qu'à partir d'examen radiologiques et/ou cliniques, qu'aucune plateforme n'a la capacité (ni l'autorisation) de mener. L'étude n'apporte ainsi aucun élément nouveau sur la rhétorique sans fondement du maintien de la qualité. En revanche, les dégâts sanitaires des centres de santé low-cost, type Dentexia, (voir annexe 4) sont ignorés et pourtant largement documentés¹³.

Sans l'analyser, l'étude reprend un autre argument d'un de ses commanditaires, Santéclair, **le prétendu rôle des plateformes de détecteur des fraudes et de gendarme** pour les réprimer. Aucun texte légal ne donne ce rôle aux plateformes commerciales, qui n'ont pas de pouvoir d'action sur les fraudes. C'est un champ réservé à l'Assurance Maladie, à la DGCCRF, à l'autorité de la concurrence et aux institutions ordinales quand il y en a. Quant à la pertinence des plateformes pour se positionner en justicier et gendarme alors que leurs pratiques sont sans contrôle, sans régulation et d'une grande opacité, elle prête plutôt à sourire ! Sans compter que l'indispensable hausse des volumes (promise par les réseaux aux professionnels de santé) est plutôt une incitation à la fraude qu'un outil de régulation. On est dans la situation du pompier pyromane.

L'étude mentionne le « *propre référencement (par les plateformes) de fournisseurs dont les produits répondent à leurs exigences de qualité et de traçabilité* ». Alors qu'une ineptie relative au contrôle de la qualité est que la plateforme soit **juge et partie** dans le contrôle et qu'en réalité le seul critère qu'elle soit capable d'évaluer est le prix, voici qu'on nous présente comme une avancée le fait que la plateforme sélectionne les fournisseurs. La précision sur « leurs » critères de qualité nous « rassure » sur l'objectivité de la sélection. C'est ainsi que Santéclair a limité le nombre de verriers disponibles aux opticiens membres du réseau à trois sur la vingtaine existante, selon « leurs » propres critères. Ce point est important car tout réseau de soins a vocation à devenir acheteur et à se substituer au professionnel de santé dans sa décision thérapeutique. C'est ainsi que Santéclair n'est plus qu'à trois verriers mais imposera demain ses propres produits. C'est déjà le cas de la plateforme Carte Blanche Partenaires qui n'a de partenaire que le nom puisqu'elle

¹³ Le cas Dentexia a même fait l'objet d'un rapport de l'IGAS en Juillet 2016

conditionne l'adhésion au réseau à l'achat par l'opticien d'une collection de montures conçue et fabriquée spécialement pour la plateforme¹⁴.

Tout ceci conduit à une multitude de procédures judiciaires¹⁵ entre professionnels de santé, établissements de santé, centrales d'achats, conseils ordinaires ou syndicats professionnels et plateformes commerciales. Cette hyper-judiciarisation est une caractéristique de la pratique des réseaux qui sont financés par des puissances financières sans comparaison de pouvoir par rapport aux autres parties et qui utilisent ce rapport de force pour imposer leur loi. Elles se considèrent d'ailleurs au-dessus des lois comme ce fut le cas des mutuelles qui ont conçu des réseaux bien avant la loi Le Roux, et de la plateforme Santéclair qui met en place des réseaux en orthopédie sans que la loi ne le permette.

Le modèle économique des réseaux de soins n'intègre pas de recherche de qualité, bien au contraire. Le modèle de financement des réseaux est un système d'abonnement annuel des OCAM par assuré, dont le montant reste méconnu des assurés qui en sont pourtant les financeurs. Le financement des réseaux est déconnecté d'une quelconque qualité des prestations et satisfaction des usagers. Sachant que les réseaux sont des filiales des OCAM, **la seule véritable logique qui prime dans les réseaux est une logique financière de court terme.**

Le dernier argument (last but not least) évoqué dans l'étude est **le suivi de la satisfaction des assurés** que pratiqueraient les réseaux, et qui leur serait favorable. On assiste là à un vrai tour de prestidigitation de la part de Santéclair, relayé par l'étude. Les plateformes s'approprient le taux de confiance très élevé des usagers vis-à-vis des professionnels de santé en général. Aucune étude sérieuse récente ne compare la satisfaction des usagers entre des professionnels de santé membres et non membres des réseaux. Une étude¹⁶ sur les réseaux en optique a révélé sans ambiguïté la moindre qualité des services proposés dans ces réseaux. La promesse d'une clientèle captive, associée à la baisse de prix imposée par les plateformes, tirent forcément la qualité des prestations vers le bas aussi bien sur l'offre de produits proposée que sur la qualité du service associé (accueil, conseils...).

C'est aussi confirmé par une enquête de satisfaction d'*UFC-Que Choisir* de Juin 2014 qui fait ressortir le meilleur taux de satisfaction des patients pour les opticiens indépendants qui sont très peu représentés dans les réseaux, et un mauvais taux de satisfaction pour des enseignes (comme Générale d'Optique ou Optical Center) qui sont majoritairement représentées dans les réseaux (annexe 6). Il est assez logique que des professionnels de santé qui n'ont pas besoin du surplus de patientèle promis par les plateformes pour développer un chiffre d'affaires suffisant apportent un service de plus grande qualité et soient plus responsabilisés sur la satisfaction de

¹⁴ Article de l'Argus de l'assurance du 14 décembre 2015 – « Réseaux de soins : la Centrale des opticiens attaque Carte Blanche Partenaires ».

¹⁵ Idem 9

¹⁶ Observatoire des pratiques des OCAM - Galiléo Business Consulting –décembre 2011

leurs patients. Enfin, si le concept des réseaux produisait plus de qualité, le principe du remboursement différencié ne serait pas nécessaire. C'est une des raisons qui justifient **de supprimer ce principe du remboursement différencié** pour rétablir une concurrence qui ait un effet sur les prix mais aussi sur la qualité des prestations.

II/ Les sujets majeurs non abordés par l'étude Asterès

1/ Les dysfonctionnements croissants du marché des OCAM accélèrent les renoncements aux soins

Alors que l'étude rappelle que les secteurs de l'optique et du dentaire font l'objet d'un taux élevé de renoncement aux soins pour raisons financières, elle précise que ces deux secteurs sont majoritairement financés par les OCAM. Il eut été objectif de creuser la piste d'un éventuel dysfonctionnement de ce financement. Cette étude nourrit la campagne de stigmatisation des pratiques et des tarifs des professionnels de santé libéraux lancée par les OCAM et leurs plateformes commerciales pour en faire les boucs émissaires faciles d'un phénomène de renoncement aux soins dont le système des OCAM est en réalité directement responsable.

Des frais de gestion astronomiques qui diminuent le retour sur cotisations des assurés (annexe 6a). En 2014, 80% seulement des cotisations ont été reversées sous formes de prestations. Ce retour sur prestations a baissé de 78% à 75% entre 2009 et 2014 pour les contrats individuels, sachant que ces derniers représentaient 57% du marché en 2014. Si les primes ont augmenté deux fois plus vite que l'inflation depuis 2000, la première raison est la hausse inconsidérée des frais de gestion et marketing des OCAM qui ont dépassé les 7 milliards d'euros en 2013, avec une croissance de 13% cette même année (annexe 6b). Pour des cotisations qui augmentent de près de 1,3 milliard d'euros chaque année, plus de 50% de cette hausse est due à l'augmentation des frais de gestion et d'acquisition.

La grande résistance de la Mutualité Française en 2012 à la transparence de ces frais de gestion¹⁷ montre la gravité du problème. Cette fausse transparence mise en place n'a rien réglé tant tout est fait pour conserver une opacité sur les garanties des contrats et un archaïsme des pratiques commerciales pour freiner la concurrence. Ainsi, les primes ont augmenté en 2014 de 2,3% alors que les sinistres payés se sont accrus de seulement 0,7%¹⁸ (soit seulement 30% de la hausse des primes). Cette baisse du retour sur cotisations, très marquée pour les contrats individuels, entraîne une baisse marquée des remboursements pour les personnes qui ont le plus de dépenses de santé, les retraités et les chômeurs.

Des garanties sur les soins courants inadaptées à la couverture du risque. Si la part des cotisations utilisée pour les remboursements des soins a diminué, la situation a été aggravée par une mauvaise allocation de ces remboursements, voulue par les OCAM pour maximiser leurs profits. Ainsi, tous les contrats des OCAM prennent en charge les tickets modérateurs, incitant à une déresponsabilisation du patient qui

¹⁷ Voir l'ovation de la Ministre Mme Marisol Touraine au congrès de la FNMF en 2012 après son annonce du report d'un an d'application de la directive sur les frais de gestion.

¹⁸ Etude de la Drees Janvier 2016

stimule les dépenses de santé, alors que ceux-ci ne représentent aucun risque financier pour les usagers sur les soins courants de ville¹⁹. Une analyse du coût moyen du risque de l'assurance maladie complémentaire par personne protégée montre que 53% du coût est constitué uniquement par les tickets modérateurs, soit près de 15 milliards d'euros en ville en 2013 (annexe 7). Les OCAM remboursent 98% de la valeur totale des tickets modérateurs de ville contre seulement 58% de celle de la partie libre des tarifs²⁰. Ainsi, plus de la moitié des remboursements par les OCAM²¹ couvre un non-risque pour les assurés aux dépens d'une mauvaise couverture de la partie libre des tarifs qui représente le vrai risque pour l'assuré. C'est la raison principale du renoncement aux soins pour raison financière en soins prothétiques dentaires par exemple²². Le remboursement de tickets modérateurs de ville n'a aucune valeur assurantielle mais représente une vraie rente pour les OCAM. La stigmatisation des tarifs des professionnels de santé vise à renforcer cette rente.

Une segmentation des risques entre les actifs (contrats collectifs) et les inactifs (contrats individuels) qui creuse les inégalités d'accès aux soins et les renoncements aux soins pour raisons financières. Les inactifs, dont les retraités, ont en moyenne des besoins de santé plus importants et nécessitent une couverture de bonne qualité. Or, ce sont de loin les plus mal couverts par les contrats des OCAM. 48% d'entre eux disposent des contrats de mauvaise qualité (classe D et E), 43% des contrats de qualité moyenne (classe C) et seulement 9% de bonne qualité (classe A ou B) (annexe 9a). A titre d'exemple, un contrat individuel sur deux remboursera moins de 25% du reste à charge d'une prothèse dentaire après remboursement Sécu²³ (annexe 9b). Au-delà du fait de bénéficier d'une mutualisation sur un pool de personnes à risque faible, les contrats collectifs voient leurs primes financées à au moins 50% par les employeurs et bénéficient d'aides fiscales et sociales d'une valeur annuelle estimée à 4 milliards d'euros.

Des dysfonctionnements du marché des OCAM largement aggravés par les dernières mesures gouvernementales : la généralisation des contrats collectifs (loi 2013) a ramené 4 millions de personnes dans le giron des contrats collectifs, alors que 3,6 millions d'entre elles avaient un contrat individuel. Ce transfert va conduire à un renchérissement du coût des contrats individuels, qui se traduira par une baisse de gamme encore plus marquée des contrats individuels pour la classe moyenne. Les contrats ANI vont se généraliser parmi les contrats collectifs, laissant la place à

¹⁹ Rappelons que le système de 1945 avait introduit la notion de ticket modérateur pour responsabiliser le patient sur les soins courants afin de maîtriser les dépenses de santé. Les OC en ont fait un produit assurable à leur unique intérêt.

²⁰ Les dépassements d'honoraires

²¹ 14,7 milliards d'euros sur un total de prestations de 27,5 milliards d'euros en 2013

²² Pour une prothèse dentaire à 750 euros, la base de remboursement sécu est de 107,5 euros et le taux de remboursement de 70% soit une valeur effective de remboursement de 75,30 euros. Le reste à charge après sécu sur cette prothèse est de 675 euros, soit 90% du prix total. Le remboursement du ticket modérateur de 32,20 euros ne représente aucun risque par rapport à la partie libre du tarif de 642,50 euros.

²³ Les contrats de classe D remboursent 161 euros soit 24,7% du reste à charge de 675 euros (cf 17).

des surcomplémentaires uniquement accessibles aux plus aisés. Cette généralisation des contrats collectifs à terme va dégrader la qualité de ces contrats, les OCAM espérant profiter de l'eldorado de surcomplémentaires, qui sera en réalité une chimère pour riches. Le plafonnement des contrats responsables à 100% du tarif sécu pour les spécialistes de secteur 2 (décret Octobre 2014) est déjà en train d'étendre les renoncements aux soins aux consultations de spécialistes²⁴...

2/ Une absence de régulation des plateformes commerciales en continuité avec la faible régulation commerciale et sanitaire des OCAM

La loi de 2004 sur l'Assurance Maladie a donné une place aux OCAM dans la gouvernance du système de soins (création de l'UNOCAM), sans que soit prévu un système de régulation du secteur. La création de l'ACPR (autorité de contrôle prudentiel et de résolution) en 2010 fait office de supervision de la solvabilité financière des opérateurs, sans contrôle sérieux de leur activité commerciale. Il s'ensuit une grande opacité sur les pratiques commerciales, avec des contrats incompréhensibles pour les assurés, une présence sur internet trop limitée pour permettre aux usagers de faire jouer efficacement la concurrence. L'émergence des objets connectés, du big data et de l'open data transforme l'exigence de régulation de l'assurance santé en une urgence absolue. Nous avons proposé la mise en place d'une agence de régulation et de contrôle de l'assurance santé (ARCAS)²⁵.

Ce laxisme en matière de régulation se retrouve avec encore plus d'acuité pour les plateformes commerciales dont nous avons déjà évoqué la légèreté des critères de sélection des professionnels de santé. Qui supervise l'activité de ces opérateurs qui ne font pas moins que d'orienter les Français dans leur prise en charge chez les professionnels de santé de leur choix et d'imposer à ces mêmes professionnels de santé des protocoles de prise en charge ? Ces plateformes sont à la fois juges et parties dans les décisions prises au nom des assurés, sans aucune supervision d'une autorité indépendante. C'est aussi le cas pour leur utilisation des données de santé et le respect du secret professionnel. Les plateformes reçoivent des devis nominatifs qui permettent sans difficulté de connaître les pathologies des patients. C'est si préoccupant que le sénateur Claude Carle a interpellé Mme Boitard qui représentait la Ministre Touraine le 11 octobre 2016 au Sénat dénonçant « ... *la mise en place d'un système organisé de collecte de données de santé dans le cadre de ces réseaux. Les complémentaires exigent d'eux la transmission des données des assurés, et ce au mépris le plus évident de notre réglementation « informatiques et libertés* ²⁶ ». On

²⁴ Voir article du Figaro du 16 août 2016 – « Mutuelles : la réforme Touraine augmente la facture pour les patients » de G.Guichard et l'article du Parisien du 30 Septembre 2016 – « Les complémentaires santé n'assurent pas tant que ça ».

²⁵ Proposition N°25 du livre « Politique de santé, réussir le changement », Frédéric Bizard, Éditions Dunod, 2015

²⁶ Acuité du 13/10/2016

pourrait y ajouter au mépris du secret médical et des conséquences sur la sélection des risques.

3/ Une médecine à deux vitesses institutionnalisée : une médecine innovante pour les plus aisés et low-cost pour les autres

Le principe des réseaux de soins institutionnalise la mise en place d'une médecine de réseau, de moins bonne qualité et de moins bonne accessibilité, et d'une médecine hors réseau plus facile d'accès et de meilleure qualité. Le législateur dans la loi Le Roux ne s'est pas soucié de modérer cet effet en limitant par exemple l'ampleur de la modulation des remboursements. La médecine des réseaux de soins est inévitablement de moins bonne qualité du fait de la baisse de la qualité de services démontrée en première partie, mais aussi à cause des freins à l'innovation que représentent les réseaux de soins. La lourdeur des procédures d'appels d'offres tous les trois ou quatre ans ne sont pas compatibles avec les cycles de l'innovation souvent plus courts. La recherche de prix bas est elle aussi incompatible avec l'innovation qui augmente le prix tout en augmentant le rapport qualité/prix.

L'évolution inévitable de tout réseau en une position d'acheteur de soins de plus en plus monopolistique est contraire au bon fonctionnement d'une économie de l'innovation. La théorie économique²⁷ a démontré l'effet positif de la concurrence sur l'innovation dans les firmes situées à la frontière technologique. Dès que les plateformes commerciales ont un poids suffisant pour peser sur le marché, elles imposent leur référencement aux dépens de l'innovation. C'est typiquement le cas de l'optique où le réseau Carte Blanche impose le référencement de ses propres montures et l'imposera de plus en plus avec le temps. Le réseau Santclair a déjà réduit son référencement de verres à 3 fournisseurs sur la vingtaine existante, ce qui est déjà une limitation drastique de l'accès à l'innovation pour les patients de ces réseaux. La stratégie de Santeclair ne s'arrêtera pas là et conduira à ne référencer qu'un seul fabricant, avant de sous-traiter un jour si c'est possible la fabrication de verres à bas coûts dans des pays à faibles coûts du travail. Les fabricants innovants se retrouveront sur des marchés limités, qui seront insuffisants pour rentabiliser leur R&D et le secteur s'éloignera de la frontière technologique aux dépens de la qualité de la santé visuelle.

Lorsque le rapport évoque la trop faible pénétration des réseaux pour en apprécier les bienfaits, notamment en dentaire, cela démontre son incompréhension consciente ou inconsciente de la logique des réseaux. Cette pénétration insuffisante est la raison pour laquelle les réseaux n'ont pas encore généré une baisse moyenne sensible de la qualité de la prise en charge car les plateformes n'ont pas encore pris la main sur l'approvisionnement des chirurgiens-dentistes et leur protocole. Mais cela ne saurait tarder dès que le rapport de force le permettra, comme c'est le cas

²⁷ Voir Philippe Aghion, « Repenser la croissance économique »- Collège de France-2016

en optique. Plus le réseau monte en puissance, plus il tend à uniformiser l'offre et à réduire la capacité du professionnel à adapter spécifiquement sa réponse thérapeutique aux cas particuliers de ses patients. Le même raisonnement peut être tenu pour l'audioprothèse.

La médecine des réseaux de soins est moins innovante, de moins bonne qualité mais elle aussi plus difficile d'accès pour les patients. Par définition, un assuré est membre d'un seul réseau de soins pour tous les types de soins. Or, un réseau de soins en France aujourd'hui dispose en moyenne de moins de 20% des professionnels de santé d'un secteur. Il est donc incapable d'assurer une proximité d'accès sur toute la France, en particulier dans les zones rurales. En réalité, une capacité d'accès raisonnable avec les réseaux ne peut exister que dans les zones à forte densité de professionnels de santé. Ainsi, **les réseaux aggravent les injustices sociales en matière d'accès aux soins de qualité** en réservant l'innovation aux plus aisés, à ceux qui vont dans la médecine hors réseau, et en dégradant l'accès géographique à un professionnel de santé.

4/ Un concept incompatible avec une bonne gestion du risque au XXIème siècle

Notre système de santé mis en place en 1945 est davantage un système de soins qu'un système de santé. Centré sur le curatif, l'objectif était de permettre un accès à tous à un professionnel de santé de proximité, ce qu'a formidablement réussi à faire notre système au XXème siècle. Avec le vieillissement de la population, la révolution des NBIC et la chronicisation des pathologies, cette gestion du risque centrée sur les soins n'est plus la bonne stratégie. Il faut passer à une gestion globale du risque, tout au long du cycle de vie des individus afin de repousser le plus tard possible l'apparition des pathologies et l'entrée dans le système de soins. Il faut passer **du soin à la santé** avec une nouvelle stratégie nationale de santé qui inclut au-delà des soins une politique de maintien en bonne santé. De ce point de vue, les réseaux, centrés sur les soins (sur l'aval du risque) **sont anachroniques avec l'évolution stratégique de gestion du risque**. Instaurer les réseaux de soins conventionnés dans un système de santé est un handicap majeur au XXIème siècle. Cela conduira à affaiblir considérablement notre système de santé si la France persiste dans cette direction.

De plus, les OCAM n'ont aucune légitimité ni aucune compétence pour réguler la qualité des soins (et les soins en général) comme nous l'avons précédemment démontré. C'est d'ailleurs reconnu dans les textes. Depuis 2006, la gestion du risque est devenue le premier chapitre des conventions d'objectifs et de gestion (COG) de la CNAMTS intitulé « *placer la gestion du risque au cœur de l'action de l'assurance maladie, assureur solidaire en santé* ». En revanche, les OCAM doivent jouer un rôle dans la mise en place des politiques de maintien en bonne santé sur les lieux de vie des usagers, comme dans les entreprises, grâce notamment à l'e-santé. Au lieu de cela, les réseaux de soins concentrent les OCAM sur la régulation d'un segment – le

soin – sur lequel ils n’ont pas à intervenir en tant que régulateurs, et les éloignent d’un segment – le maintien en bonne santé – où ils doivent être acteurs.

5/ Un concept incompatible avec les principes fondamentaux de notre système de santé

Notre système de santé repose sur le triptyque des valeurs républicaines et c’est l’une de ses spécificités par rapport à d’autres systèmes de santé, comme celui des USA ou du Royaume-Uni. Notre système de santé garantit la liberté de choix de son professionnel de santé²⁸, l’égalité d’accès à des soins de qualité qui suppose l’indépendance professionnelle des soignants et la solidarité du financement. Les réseaux de soins remettent en cause de façon fondamentale ces trois principes.

La liberté de choix de son professionnel de santé est bien, dans le principe même des réseaux, limitée à la liste des professionnels de santé référencés par la plateforme. L’objectif est clair, maintenir le parcours des assurés dans le réseau. Ce n’est pas parce que la taille de ces réseaux est souvent insuffisante pour atteindre cet objectif que ce dernier est remis en cause fondamentalement. Pour maintenir les assurés dans le réseau, les plateformes augmenteront progressivement la modulation des remboursements, sachant qu’ils n’ont aucune contrainte légale sur l’ampleur de cette modulation. Le rapport est d’une étonnante candeur quand il évoque que « *s’ils s’orientent en dehors du réseau, les assurés ne sont pas pénalisés car ils continuent à bénéficier de la prise en charge habituelle des OCAM* ».

D’abord, c’est une contre-vérité car les garanties standards des OCAM supposent dans la plupart des contrats que l’assuré reste dans le réseau (même si c’est souvent discrètement écrit comme souvent dans les contrats d’assurance). Ensuite, c’est un processus progressif au cours du temps et de la croissance des réseaux afin de dissuader l’assuré de sortir du réseau en le pénalisant financièrement. Ce sont bien les plus défavorisés qui sont pris en priorité dans les filets des réseaux, sachant que l’objectif est d’agrandir la taille du filet au maximum. Les Etats-Unis offrent un bon exemple de l’impossibilité de la classe moyenne de se faire soigner hors réseau et des conséquences désastreuses sur l’inégalité de prise en charge dans ce pays.

Il est tout aussi incontestable que les réseaux de soins affaiblissent progressivement l’indépendance professionnelle des soignants. Là aussi, cette réalité voit le jour au fur et à mesure de la montée en puissance des réseaux. Elle est aujourd’hui plus importante en optique qu’en dentaire et en audioprothèse, mais demain ce sera le cas pour tous les soignants. Or, cette indépendance professionnelle des soignants est un pilier central de notre système de santé car c’est le gage d’une égalité de prise en charge, quelque soit le revenu du patient. C’est pour cela que seule l’assurance solidaire peut intervenir sur la gestion du risque impliquant les soins. Le

²⁸ *Un sondage d’opinion way d’Août 2016 montre que 95% des Français sont attachés au libre choix et 88% opposés aux remboursements différenciés.*

réseau a vocation à acheter les soins pour ses assurés. D'une part, il se substitue à l'assuré au nom d'une asymétrie d'information qu'il ne maîtrise pas mieux, d'autre part, il décide des prestations uniquement selon une logique financière. Le soignant est privé de sa mission première qui est d'apporter tous les moyens permis par la science pour prendre en charge le plus efficacement possible chaque assuré, quelque soit son revenu et la qualité de son contrat d'assurance.

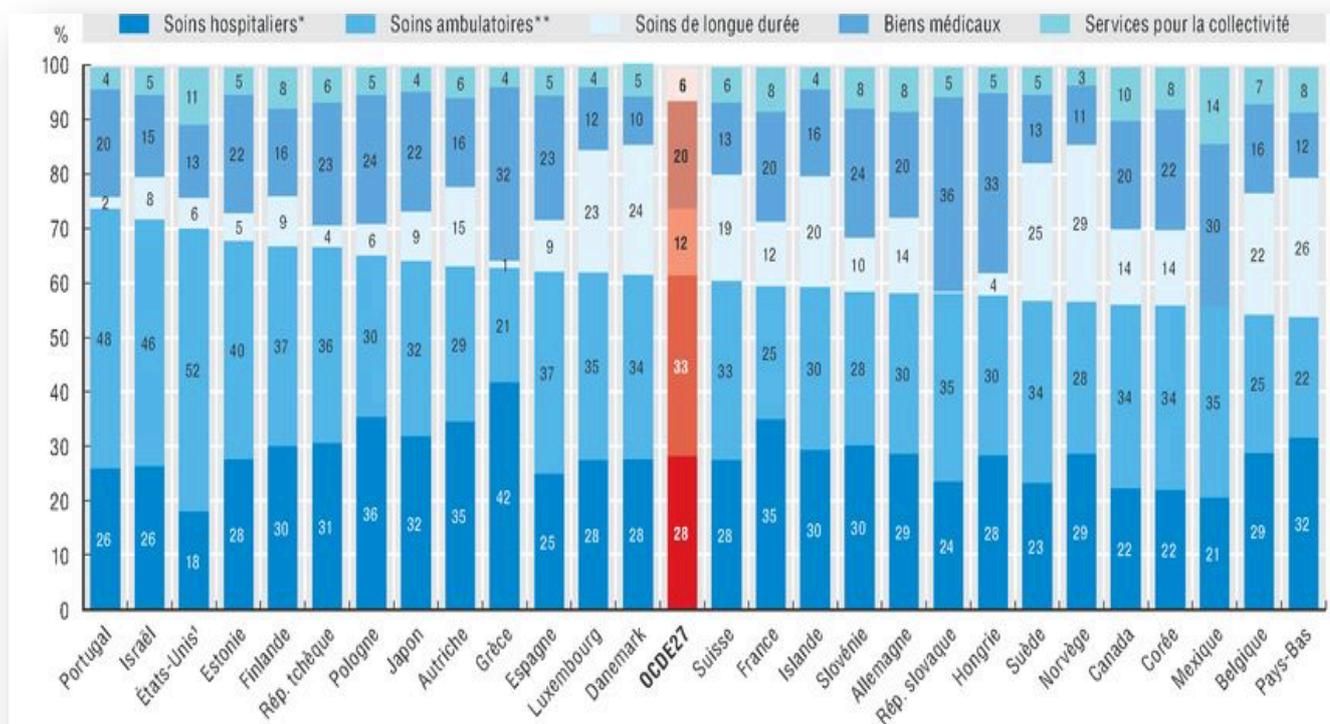
C'est donc bien toute la logique solidaire de notre système de santé qui est supprimée. D'un système unique et identique pour tous, le système conduit à autant de systèmes de santé qu'il y a de réseaux de soins, de qualités très diverses comme c'est le cas aux Etats-Unis. C'est donc bien **un processus de privatisation de la gestion du risque, et donc de notre système de santé, qui a été enclenché avec ces réseaux**. Seul l'assuré qui a les moyens de s'extraire des réseaux a la garantie d'être soigné par un professionnel de santé de son choix, qui aura la liberté de choisir le protocole thérapeutique le plus adapté à sa problématique et de l'ajuster au cours du temps selon l'évolution de son état de santé et des innovations thérapeutiques.

Faisons en sorte que ce soit tous les Français en aient les moyens en mettant fin à cette privatisation!

LISTE DES ANNEXES

| | |
|--------------------|---|
| Annexe 1 : | Dépenses de santé par fonction dans l'OCDE (2013) |
| Annexe 2 : | Comparaison des prix moyens en optique en Europe |
| Annexe 3 : | Comparaison tarifs maxima exigés par Santéclair, tarifs moyens pratiqués en France et dans plusieurs pays limitrophes (en euros) |
| Annexe 4 : | Les conséquences du low-cost en médecine illustrées par le cas Dentexia ²⁹ |
| Annexe 5 : | Evolution des dépenses en optique de 2006 à 2014 |
| Annexe 6 : | Enquête de satisfaction réalisée par UFC-Que Choisir de Juin 2014 |
| Annexe 7a : | Prestations et charges de gestion rapportées aux cotisations en 2009, 2011 et 2014 |
| Annexe 7b : | Frais de gestion et d'acquisition des OCAM (2013, milliards d'euros) |
| Annexe 8 : | Distribution du coût du risque par personne protégée pour les OCAM en 2013 |
| Annexe 9a : | Evolution de la répartition par niveau de garantie des bénéficiaires de 2006 à 2013 |
| Annexe 9b : | Niveau de garantie des biens de référence au sein des 5 classes de contrats en 2013 (en euros) |

²⁹ La source principale est un rapport de l'IGAS de Juillet 2016.

Annexe 1**Dépenses de santé par fonction dans l'OCDE (2013)**

Note : Les pays sont classés selon la part de soins curatifs et de réadaptation dans les dépenses courantes de santé. * Se réfère aux soins curatifs et de réadaptation dans les établissements hospitaliers et de soins de jour. ** Inclut les soins à domicile et les services auxiliaires.

1. Aux États-Unis, les soins en milieu hospitalier facturés par des médecins indépendants sont inclus dans les soins ambulatoires.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>.

Annexe 2**Comparaison des prix moyens en optique en Europe****Comparaison des prix moyens des montures en Europe :**

Les prix des montures sont équivalents en France aux autres pays Européens, le prix moyen français étant plus élevé uniquement à cause de la plus forte part de marché des montures griffées par rapport aux montures sans marques (MDD).

| | PRIX DE VENTE MOYEN | |
|------------|---------------------|------|
| | MONTURE GRIFFEE | MDD |
| PAYS | MONTANT H.T. | |
| Angleterre | 135 € | 62 € |
| Allemagne | 117 € | 38 € |
| France | 126 € | 51€ |
| Italie | 113 € | 54 € |
| Espagne | 93 € | 45 € |

Etude GFK 2015

Comparaison des prix moyens des verres en Europe :

Les prix moyens des verres H.T. en France sont supérieurs à la moyenne européenne, ceci étant uniquement dû au poids des verres progressifs qui est le plus élevé d'Europe. Or les verres progressifs coûtent en moyenne deux fois plus cher que des verres unifocaux. Cependant, le prix moyen de chacune de ces catégories de verres avant T.V.A., sont en France tout à fait similaires, voire inférieurs aux prix européens

| | PRIX MOYEN EN EUROPE | |
|-----------|----------------------|----------------|
| | VERRE PROGRESSIF | VERRE UNIFOCAL |
| PAYS | MONTANT H.T. | |
| Allemagne | 221 € | 60 € |
| France | 149 € | 47 € |
| Italie | 183 € | 60 € |
| Espagne | 155 € | 45 € |

Etude GFK 2015

CONCLUSION : à T.V.A. et qualité comparables, les prix des produits optiques en France sont dans la moyenne basse des pays Européens.

Annexe 3
**Comparaison des tarifs maxima d'audioprothèse exigés par Santéclair,
tarifs moyens pratiqués en France et dans plusieurs pays limitrophes
(en euros)**

| | Santéclair | France | Royaume-Uni | Allemagne | Espagne | Italie |
|-----------------|-------------------|--------|-------------|-----------|-----------|-----------|
| Entrée de gamme | 600 | 950 | 570-1300 | 1100 | 1100-1600 | 800 |
| Milieu de gamme | 990 | 1500 | 1800-2300 | 1100-1300 | 1700-2100 | 1000-2000 |
| Haut de gamme | 1200 | 2000 | 2700-2800 | 2400-2600 | 2200-3100 | 3900 |

Sources : Étude Alcimed 2009 pour l'observatoire des prix de la CNSA et, pour la France, estimations du Bucodes-SurdiFrance

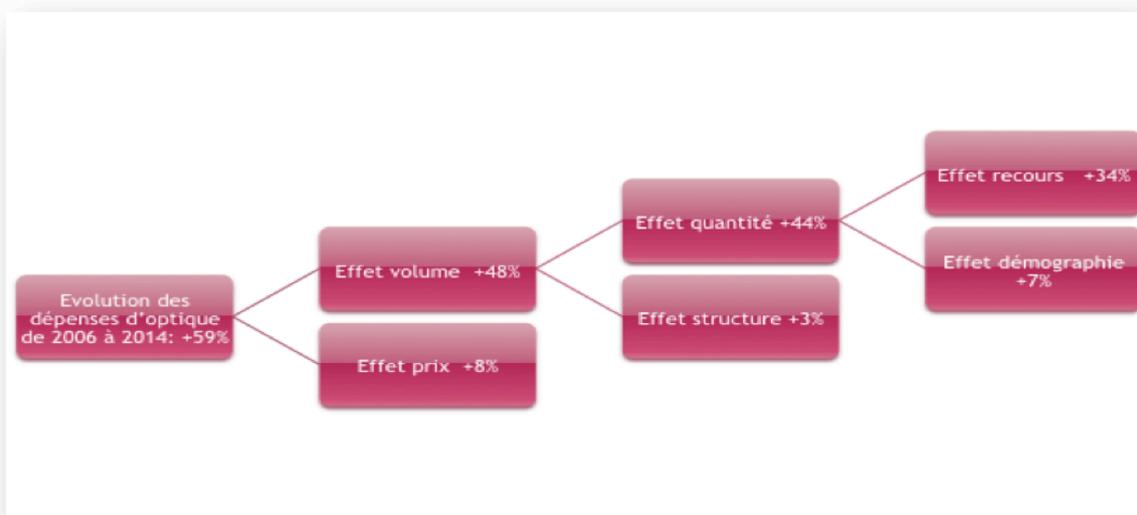
Annexe 4**Les conséquences du low-cost en médecine illustrées par le cas
Dentexia³⁰**

Crée en Juillet 2005, l'association Dentexia, a géré en direct six centres de santé dentaires et deux cabinets libéraux (en SELARL). Son activité se répartissait sur quatre régions et cinq départements. La gestion structurellement déficitaire de l'association et la hausse des dettes ont abouti à la liquidation judiciaire de sept des structures gérées par Dentexia. Ces liquidations judiciaires sont intervenues entre Janvier 2015 et mars 2016. Le Ministère chargé de la santé a été alerté sur les dysfonctionnements sanitaires des centres dentaires Dentexia suite aux inspections de deux ARS sur les centres de Chalon-sur-Saône et de la Tête d'or à Lyon.

Plus de 2400 patients - victimes de la liquidation judiciaire des centres de santé et des multiples défaillances sanitaires de ces centres - se sont regroupés en collectif. Une enquête déclarative a été réalisée par le Collectif contre Dentexia. Celle-ci, à partir des réponses de 558 patients, donne des précisions sur l'état sanitaire réel (avec radiographies et prise d'antibiotiques pour infection) et leurs ressentis. A titre d'exemple, plus de 21 % des patients concernés déclarent entre 5 et 10 dents extraites, 28 % précisent qu'ils portent toujours un appareil provisoire parfois depuis plus d'un an, un tiers est en attente d'une ou plusieurs couronnes pour recouvrir leur(s) implant(s). Certains (plus d'un tiers) déclarent qu'ils ont dû être admis aux urgences pour soins, après la fermeture de leur centre dentaire. Le coût de la reprise des soins des patients victimes de Dentexia serait compris entre 3 et 10 millions d'euros selon l'IGAS.

De nombreuses plaintes ont été déposées dans des Tribunaux correctionnels. Selon le responsable du collectif, Abdel Aouacheria, « *plus de la moitié des plaignants ont payé des soins qui n'ont jamais été finalisés. Certains n'ont plus de dents car elles ont été arrachées, les implants n'ont jamais été posés. Il y a également des personnes qui ont été mutilées, victimes de malfaçons* ». Les victimes décrivent des « douleurs atroces », « des maux de tête terribles depuis 4 ans », « *des dents cassées* », « des occlusions », « aidez-moi à retrouver ma dignité car je n'ose plus ni parler ni sourire ».

³⁰ Les sources principales est un rapport de l'IGAS de Juillet 2016 - « *L'association Dentexia, des centres de santé dentaire en liquidation judiciaire depuis mars 2016 : impacts sanitaires sur les patients et propositions* » et un article paru dans 20 minutes le 9/05/16 de Caroline Girardon : « *Dentexia : le collectif des plaignants lance des opérations coup de poing* ».

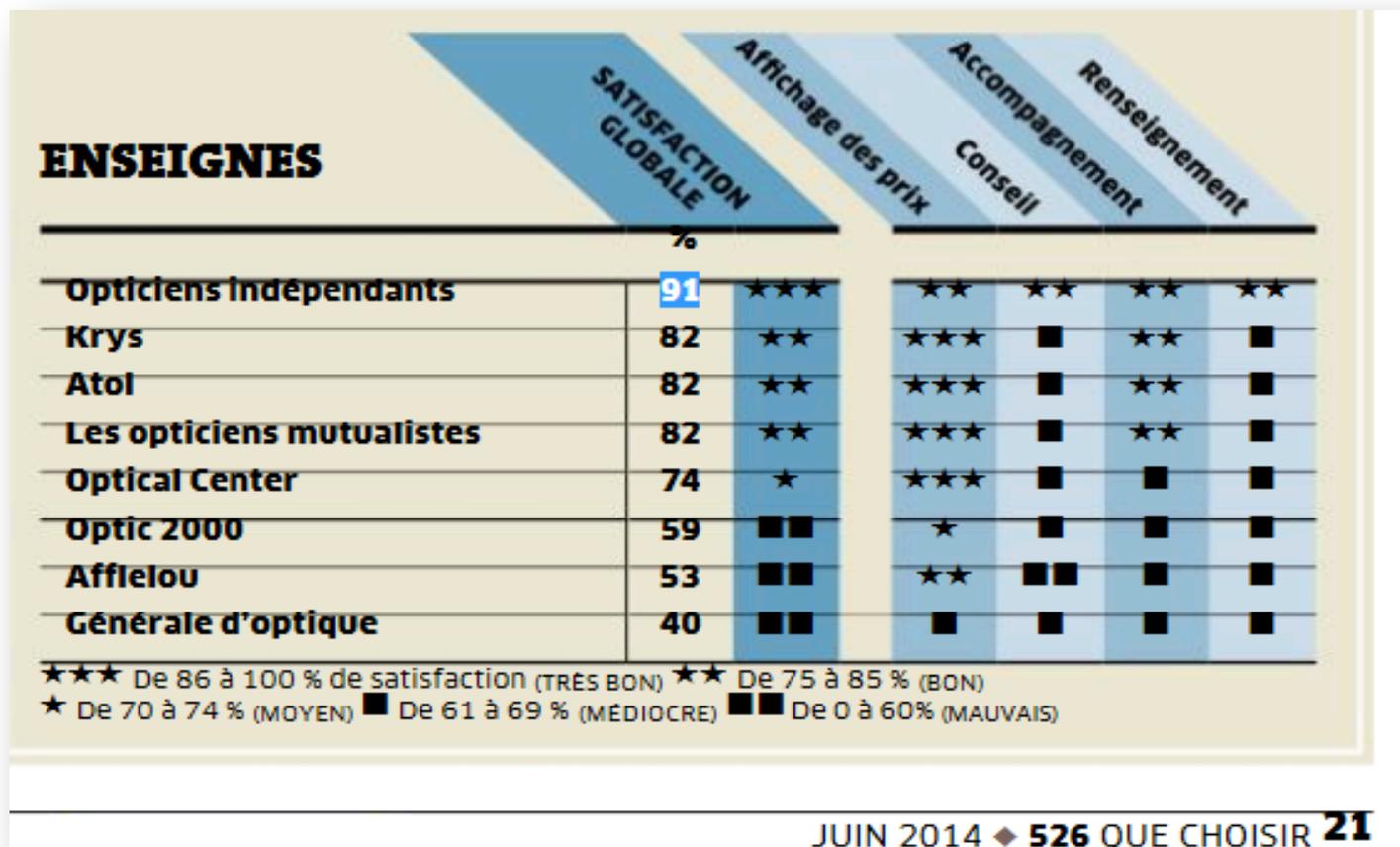
Annexe 5**Evolution des dépenses en optique de 2006 à 2014**

Champ : Régime général hors sections locales mutualistes (SLM), hors bénéficiaires de la CMU-C, équipements complets, 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 « 2^e paire gratuite »)

Source : CNAMTS (échantillon généraliste de bénéficiaires - EGB)

Annexe 6

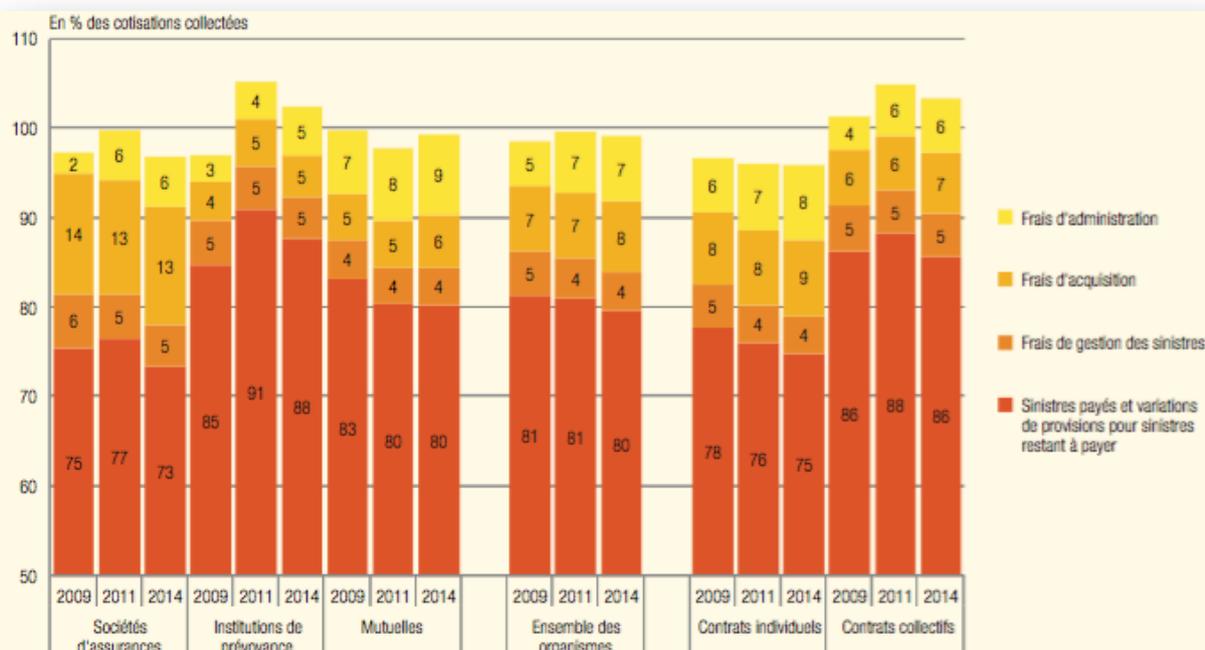
Enquête de satisfaction réalisée par UFC que choisir – Juin 2014



NB : Les principaux réseaux sont composés globalement de 25% d'opticiens indépendants (sous-représentés dans les réseaux par rapport à leur part du marché national) et d'environ 75% d'opticiens sous enseigne (surreprésentés dans les réseaux par rapport à leur part du marché national). Les opticiens indépendants obtenant la meilleure note de satisfaction globale par rapport aux opticiens de toutes les enseignes, la satisfaction des patients dans les réseaux ne peut mathématiquement être qu'inférieure à celle constatée hors réseaux.

Annexe 7a

Prestations et charges de gestion rapportées aux cotisations en 2009, 2011 et 2014



Note • Montants moyens exprimés en pourcentage des cotisations collectées, hors contribution CMU-C (pour l'année 2009) et hors taxe CMU (pour les années 2011 et 2014). En 2011, la taxe CMU collectée au profit du Fonds CMU a remplacé la contribution.

Champ • Organismes assujettis à la taxe CMU et contrôlés par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) au 31 décembre de chaque année.

Source • ACPR, état statistique E4, calculs DREES.

Annexe 7b

Frais de gestion et d'acquisition des OCAM (2013, milliards d'euros)

| | Mutuelles | | Assureurs | | Instituts de prévoyance | | Total OCAM | | 2013 vs 2012 |
|-------------------------------------|--------------|----------------------------|--------------|----------------------------|-------------------------|----------------------------|--------------|----------------------------|--------------|
| | Frais (Mrd€) | Ratio (%)Frais/cotisations | Frais (Mrd€) | Ratio (%)Frais/cotisations | Frais (Mrd€) | Ratio (%)Frais/cotisations | Frais (Mrd€) | Ratio (%)Frais/cotisations | |
| Frais d'administration (1) | 1 551 | 9% | 573 | 6% | 212 | 3% | 2 336 | 7% | |
| Frais sur prestation (2) | 1 024 | 6% | 540 | 5% | 495 | 8% | 2 059 | 6% | |
| Total frais de gestion (1+2) | 2 575 | 14% | 1 113 | 11% | 707 | 12% | 4 395 | 13% | |
| Frais d'acquisition (3) | 1 054 | 6% | 1315 | 13% | 300 | 5% | 2 669 | 8% | 11% |
| Total Frais (1+2+3) | 3 629 | 20% | 2428 | 23,5% | 1007 | 16,4% | 7 064 | 20,4% | 13% |

Source: La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé - Rapport 2014 - Ministères des Finances, des affaires sociales et du Travail

(1) Personnel, frais généraux & autres charges techniques nettes

(2) Frais de gestion des sinistres et autres charges de prestations (variations des provisions techniques et participation aux excédents et résultats)

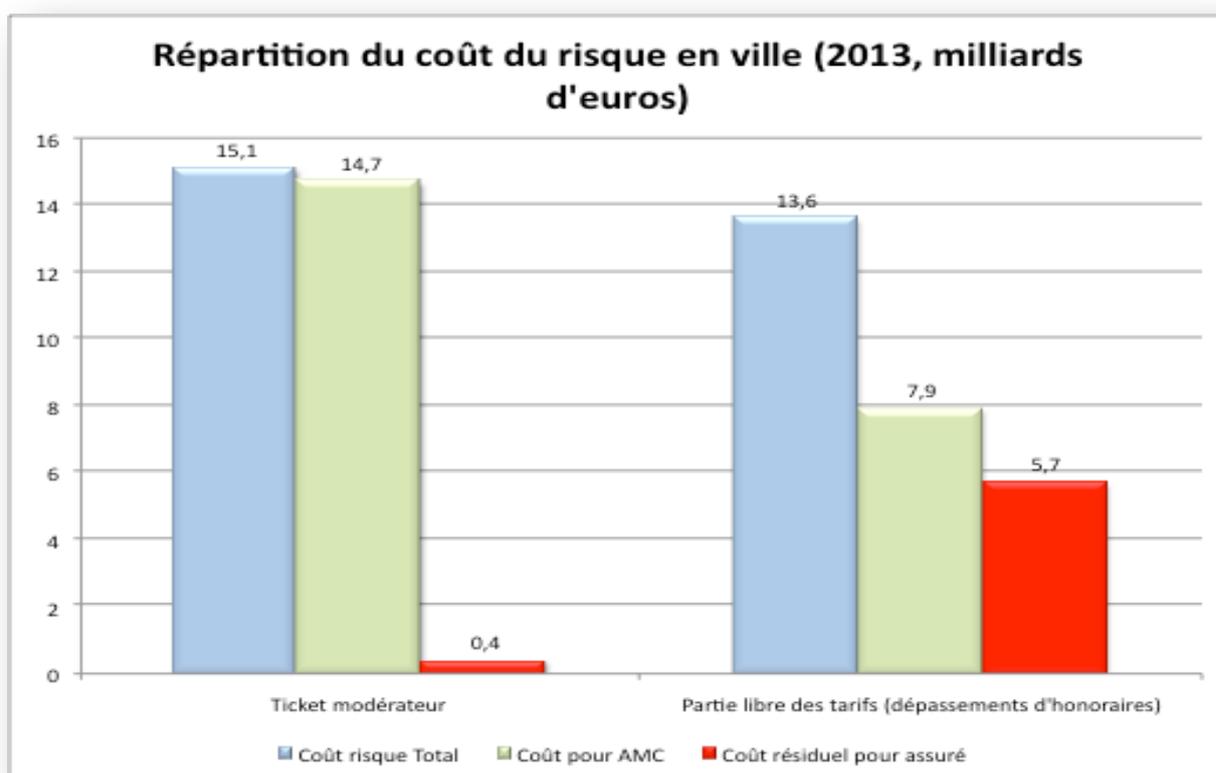
(3) Dépenses de marketing et communication

Annexe 8

**Distribution du coût du risque par personne protégée
pour les OCAM en 2013**

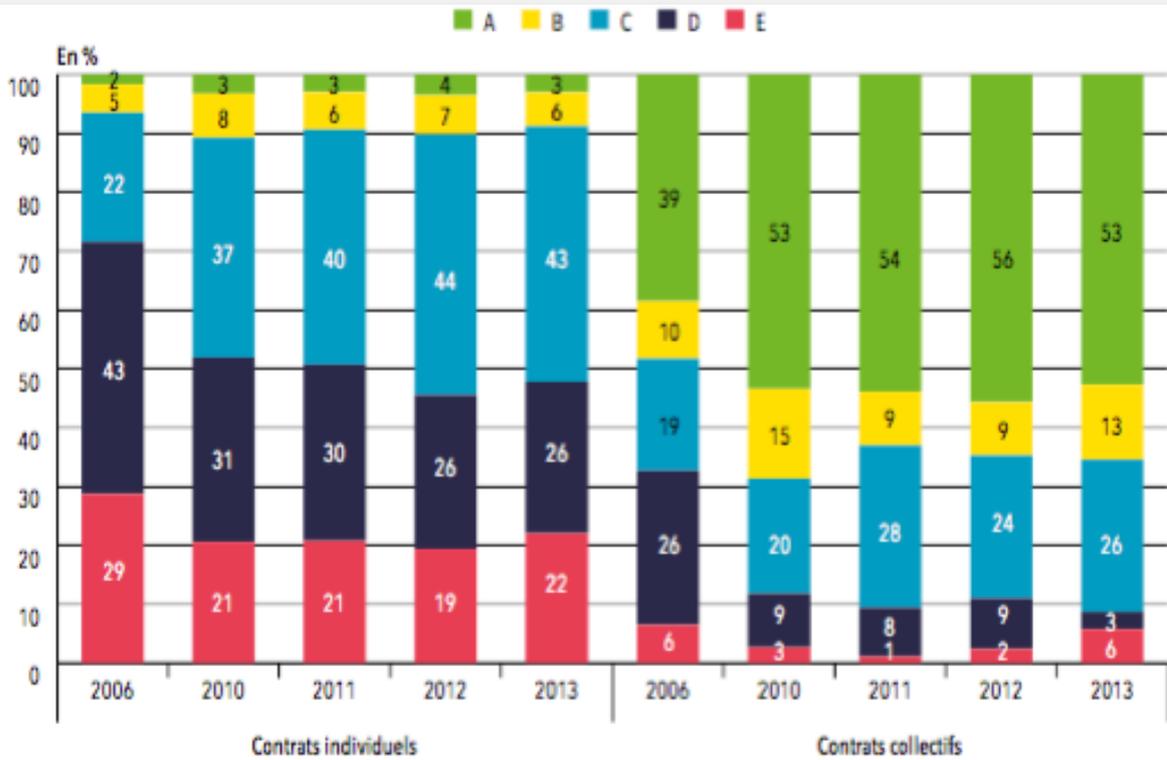
| Type de prestation | Coût par personne protégée en euros (estimation) | Répartition en % | Projection sur l'ensemble des dépenses des OC en millions d'euros |
|--|--|------------------|---|
| Ticket modérateur de ville | 226 | 53% | 14 677 |
| Compléments d'honoraires en ville | 122 | 29% | 7 921 |
| Dépenses hospitalières | 76 | 18% | 4 973 |
| Total | 424 | 100% | 27 571 |

Sources: FNNF-Etudes de la mutualité française (Juillet 2012)- ACPR, calcul Drees & auteur



Annexe 9a

Evolution de la répartition par niveau de garantie des bénéficiaires de 2006 à 2013



Lecture > En 2006, 29 % des bénéficiaires d'un contrat individuel étaient couverts par un contrat de classe E.

Champ > Bénéficiaires des contrats les plus souscrits.

Source > DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits, éditions 2006 à 2013.

Annexe 9b**Niveau de garantie des biens de référence au sein des 5 classes de contrats en 2013 (en euros)**

| | | Consultation chez un spécialiste dans le parcours de soins | Honoraires des praticiens hospitaliers | Paire de prothèses auditives | Paire de lunettes à verres complexes | Prothèse dentaire | Chambre particulière en chirurgie |
|--|---|--|--|------------------------------|--------------------------------------|-------------------|-----------------------------------|
| Prix du bien de référence | | 60 | 600 | 4 000 | 900 | 1 200 | 80 |
| Tarif de convention de la Sécurité sociale | | 23 | 272 | 400 | 16 | 107 | 0 |
| Remboursement par les organismes complémentaires | A | Prix total* | Prix total* | 1 560 | 572 | 409 | 77 |
| | B | 30 | 290 | 559 | 429 | 247 | 60 |
| | C | 7 | 100 | 1 180 | 330 | 301 | 45 |
| | D | 7 | 45 | 360 | 180 | 161 | 42 |
| | E | 7 | 18 | 160 | 94 | 32 | 25 |
| Ensemble des contrats | | 8 | 154 | 1 019 | 310 | 286 | 50 |

* Le remboursement du prix total par l'organisme complémentaire correspond à 44 euros pour les consultations et 346 euros pour les honoraires des praticiens hospitaliers.

Lecture > La moitié des bénéficiaires d'un contrat de classe B sont remboursés 30 euros ou plus par leur organisme complémentaire pour une consultation de spécialiste facturée 60 euros dans le parcours de soins.

Champ > Bénéficiaires des contrats les plus souscrits.

Source > DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits, édition 2013.

L'auteur

Frédéric Bizard est économiste, enseignant à Sciences Po Paris et dans d'autres universités. Spécialisé sur les questions de protection sociale et de santé, il a réalisé de nombreux travaux sur le système de santé français dont il est aujourd'hui reconnu comme un des meilleurs spécialistes. Ses travaux ont inspiré certains programmes présidentiels pour 2017. Il est aussi expert pour les questions de protection sociale auprès du Sénat (Groupe Les Républicains) depuis 2015.

Son dernier ouvrage, « *Politique de santé : réussir le changement* », Editions Dunod a été sélectionné par l'Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale (EN3S) dans la liste des meilleurs livres sur la protection sociale en 2016.