

Année 2018

N° 3471

**RESEAUX DE SOINS, PLATEFORMES ASSURANTIELLES
ET POLITIQUES SANITAIRES**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE
DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement par

Damien LORRE

Né le 20/11/1991

Le 12/04/2018 devant le jury ci-dessous :

Président M. le Professeur Yves AMOURIQ

Assesseur M. le Professeur Assem SOUEIDAN

Assesseur Mme le Docteur Fabienne JORDANA

Assesseur M. le Docteur Alexis GAUDIN

Directeur de thèse : M. le Professeur Yves AMOURIQ

UNIVERSITÉ DE NANTES	
Président	Pr LABOUX Olivier
FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE	
Doyen	Pr GIUMELLI Bernard
Asseseurs	Dr RENAUDIN Stéphane Pr SOUEIDAN Assem Pr WEISS Pierre
Professeurs des Universités Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.	
Monsieur AMOURIQ Yves Monsieur GIUMELLI Bernard Monsieur LE GUEHENNEC Laurent Monsieur LESCLOUS Philippe	Madame LICHT Brigitte Madame PEREZ Fabienne Monsieur SOUEIDAN Assem Monsieur WEISS Pierre
Professeurs des Universités	
Monsieur BOULER Jean-Michel	
Professeurs Emérites	
Monsieur BOHNE Wolf	Monsieur JEAN Alain
Praticiens Hospitaliers	
Madame DUPAS Cécile Madame LEROUXEL Emmanuelle	Madame HYON Isabelle Madame GOEMAERE GALIERE Hélène
Maitres de conférences Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.	Assistants Hospitaliers Universitaires des C.S.E.R.D.
Monsieur AMADOR DEL VALLE Gilles Madame ARMENGOL Valérie Monsieur BADRAN Zahi Madame BLERY Pauline Monsieur BODIC François Madame DAJEAN-TRUTAUD Sylvie Madame ENKEL Bénédicte Monsieur GAUDIN Alexis Monsieur HOORNAERT Alain Madame HOUCHMAND-CUNY Madline Madame JORDANA Fabienne Monsieur KIMAKHE Saïd Monsieur LE BARS Pierre Madame LOPEZ-CAZAUX Serena Monsieur NIVET Marc-Henri Madame RENARD Emmanuelle Monsieur RENAUDIN Stéphane Madame ROY Elisabeth Monsieur STRUILLOU Xavier Monsieur VERNER Christian	Monsieur ABBAS Amine Monsieur AUBEUX Davy Madame BERNARD Cécile Monsieur BOUCHET Xavier Madame BRAY Estelle Madame CLOITRE Alexandra Monsieur DRUGEAU Kévin Madame GOUGEON Béatrice Monsieur LE BOURHIS Antoine Monsieur LE GUENNEC Benoît Monsieur LOCHON Damien Madame MAÇON Claire Madame MAIRE-FROMENT Claire-Hélène Madame MERCUSOT Marie-Caroline Monsieur OUVRARD Pierre Monsieur PRUD'HOMME Tony Monsieur SARKISSIAN Louis-Emmanuel
Maître de Conférences	
Madame VINATIER Claire	
Enseignants Associés	
Monsieur KOUADIO Ayepa (Assistant associé) Madame LOLAH Aoula (MC Associé)	Madame MERAMETDJIAN Laure (MC Associé) Madame RAKIC Mia (PU associé)

**Par délibération, en date du 6 décembre 1972, le Conseil de la
Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que les opinions émises
dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être
considérées comme propres à leurs auteurs et qu'il n'entend leur
donner aucune approbation, ni improbation.**

REMERCIEMENTS

À Monsieur Yves AMOURIQ,

Professeur des Universités,

Praticien hospitalier des Centres de Soins, d'Enseignement et de Recherche Dentaires,

Docteur de l'Université de Nantes,

Habilité à diriger des Recherches.

Département de Prothèses,

Chef de Service d'Odontologie Restauratrice et Chirurgicale.

-Nantes-

Pour m'avoir accordé le privilège de présider et diriger ce travail de thèse.

Vos conseils, votre réactivité ainsi que votre écoute m'ont permis de l'effectuer dans les meilleures conditions.

Je vous remercie également pour la qualité de nos échanges tout au long de ces années d'études.

Veillez recevoir l'expression de ma reconnaissance ainsi que de mon profond respect.

Un grand merci pour tout.

À Monsieur le Professeur Assem SOUEIDAN,

Maître de Conférences des Universités,
Praticien Hospitalier des Centres de Soins, d'Enseignement et de Recherche
Dentaires,
Docteur de l'Université de Nantes,
Habilité à diriger des recherches, PEDR
Chef du Département de Parodontologie
Réfèrent de l'Unité d'Investigation Clinique Odontologie

-Nantes-

Pour m'avoir fait l'honneur de faire partie de ce jury.

Je garderai toujours un excellent souvenir de tous les événements auxquels j'ai eu le plaisir de vous croiser et d'échanger avec vous, ainsi que de nos riches échanges lorsque j'étais représentant étudiant.

Veillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude ainsi que de mon profond respect.

À Madame le Docteur Fabienne JORDANA,

Maître de Conférences des Universités,

Praticien Hospitalier des Centres de Soins, d'Enseignement et de Recherche
Dentaires,

Docteur de l'Université de Bordeaux,

Département des Sciences anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques,
Biomatériaux, Biophysique, Radiologie.

-Nantes-

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

*Votre capacité d'écoute et les vacations cliniques sous votre encadrement me
laisseront toujours un excellent souvenir.*

Veillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude.

À Monsieur le Docteur Alexis GAUDIN,

Maître de Conférences des Universités,
Praticien Hospitalier des Centres de Soins, d'Enseignement et de Recherche
Dentaires,
Ancien Interne des Hôpitaux de Toulouse 3
Docteur de l'Université de Nantes,
Département d'Odontologie Conservatrice-Endodontie.

-Nantes-

Pour m'avoir accordé le privilège de vous compter parmi les membres de ce jury.

*Votre encadrement clinique ainsi que votre ouverture d'esprit m'ont toujours permis
de profiter de riches échanges, en clinique ou en dehors.*

Veillez recevoir l'expression de mon profond respect.

TABLE DES MATIERES

Introduction

1	Les réseaux de soins : définition et contexte d'apparition.....	14
1.1	Les différents types de réseaux autour des politiques de santé.....	14
1.1.1	Les Etats-Unis, l'origine des réseaux de soins	14
1.1.1.1	Rôle de l'état	15
1.1.1.2	Managed Care Organizations (MCO) : un nouveau modèle.....	16
1.1.1.2.1	Health Maintenance Organization (HMO)	16
1.1.1.2.2	Les autres réseaux de santé.....	17
1.1.1.2.2.1	Des réseaux très variés.....	19
1.1.1.2.2.2	Points de convergence.....	20
1.1.1.3	Evolutions récentes liées aux assurances :.....	20
1.1.2	L'Espagne, ou l'explosion des réseaux de soins	23
1.1.2.1	Le modèle espagnol.....	23
1.1.2.1.1	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)	23
1.1.2.1.2	Organisation des assurances privées	24
1.1.2.1.2.1	Cliniques privées	24
1.1.2.1.2.1.1	Les chaînes et franchises.....	25
1.1.2.1.2.1.2	Publicité.....	26
1.1.2.1.2.2	Offre de soins	27
1.1.2.1.3	Autre intermédiaire : les banques	27
1.1.2.2	Orientations politiques.....	28
1.1.2.2.1	Dérégulation.....	28
1.1.2.2.2	Les professionnels de santé	28
1.1.2.2.2.1	Régulation de la profession.....	28
1.1.2.2.2.2	Revenus et conditions d'exercice	30
1.1.2.2.2.3	Situation actuelle	31

1.1.3	Le système français.....	32
1.1.3.1	Les dépenses de soins dentaires	32
1.1.3.2	Acteurs impliqués dans le financement des soins bucco-dentaire .	32
1.1.3.2.1	La sécurité sociale	32
1.1.3.2.1.1	Le système beveridgien ou assistanciel	33
1.1.3.2.1.2	Le système bismarckien ou assurantiel.....	34
1.1.3.2.2	Les organismes complémentaires	35
1.1.3.2.2.1	Les mutuelles	37
1.1.3.2.2.2	Les sociétés d'assurance	38
1.1.3.2.2.3	Les institutions de prévoyance	38
1.1.3.2.2.4	Autres organismes complémentaires	39
1.1.3.2.3	Les ménages	39
1.1.3.3	Réseaux de santé et réseaux de soins en France	40
1.1.3.3.1	Réseau de santé.....	40
1.1.3.3.2	Réseaux de soins : classification	41
1.1.3.3.2.1	Selon différents types d'acteurs	41
1.1.3.3.2.2	Selon le type de contrat.....	41
1.1.3.3.2.3	Ouverts et fermés.....	42
1.1.3.3.2.4	Directs et indirects.....	42
1.1.3.3.2.5	En charge du tiers-payant	43
1.1.3.3.2.6	Selon les domaines d'activité	43
1.1.3.3.3	Autres types de "réseaux"	44
1.1.3.3.3.1	Les regroupements pluridisciplinaires inter professionnels .	44
1.1.3.3.3.2	Les CSD (Centres de Soins Dentaires) :.....	44
1.1.3.3.3.3	Les antennes.....	45
1.1.3.3.3.4	Le réseau Hôpital & GHT.....	46
1.1.3.3.3.5	Les réseaux de praticiens à l'étranger.....	46
1.1.3.3.3.6	Les centres association loi 1901	47

1.1.3.3.3.7 Réseaux et scandale sanitaire	48
1.1.3.3.3.8 Organisations non gouvernementales	49
1.1.3.3.3.9 Télémédecine	49
2 Contexte d'apparition et mode de fonctionnement des réseaux de soins actuellement sur le marché	52
2.1 Contexte d'apparition des réseaux de soins en France :	52
2.1.1 Une réponse à un besoin ?	52
2.1.2 Le désengagement de l'AMO	53
2.1.3 L'accès aux soins	54
2.1.3.1 Le renoncement aux soins	55
2.1.4 Le cadre concurrentiel	58
2.2 Mode de fonctionnement des différents types d'acteurs	59
2.2.1.1 Réseaux de soins conventionnés	59
2.2.1.1.1 Plateformes assurantielles de gestion	59
2.2.1.1.1.1 Organisation	62
2.2.1.1.1.2 Eventail de compétences	63
2.2.1.1.1.3 Un poids variable selon les secteurs	64
2.2.1.1.1.4 La gestion du risque	65
2.2.1.1.1.5 Bénéficiaires des organismes liés à un réseau	66
2.2.1.1.1.6 Les contrats	67
2.2.1.1.1.7 Domaines d'activité	67
2.2.1.1.2 Réseau professionnel	68
2.2.1.1.2.1 Historique	68
2.2.1.1.2.2 Contenu de l'accord	69
2.2.1.1.2.3 Critiques du protocole et actions en justice	70
2.2.1.1.3 Les centres mutualistes	71
2.2.1.1.3.1 Définition	71
2.2.1.1.3.2 Historique	72

2.2.1.1.3.3	Les contrats.....	72
2.2.1.1.3.4	Modèle économique	73
2.2.1.1.3.5	Lien avec les réseaux de soins conventionnés	75
2.2.1.1.3.6	Centres de santé et publicité	75
2.2.1.1.3.7	Détournement de patientèle	77
3	Impact actuel des réseaux de soins et conséquences prévisibles sur l'exercice futur des chirurgiens-dentistes.....	78
3.1	Evolution de la prise en charge financière des soins.....	78
3.2	Perspectives de développement des réseaux de soins	79
3.2.1	Facteurs favorables	79
3.2.2	Facteurs défavorables	80
3.2.3	Attitude des patients et des professionnels de santé.....	81
3.3	Impact des réseaux de soins sur l'environnement de soins	82
3.3.1	La qualité en santé, une notion complexe à appréhender	82
3.3.2	Les tarifs	84
3.3.3	L'accès aux soins	85
3.3.4	Les dépenses et l'offre de soins	86
3.3.4.1	Encadrement des pratiques.....	87
3.4	Impact des réseaux de soins sur le professionnel de santé.....	87
3.4.1	Cadre d'exercice du professionnel de santé.....	87
3.4.1.1	Engagements du professionnel de santé	88
3.4.1.2	Le Code de Santé la publique	88
3.4.1.2.1	Ethique et déontologie	88
3.4.1.2.2	La publicité.....	90
3.4.1.3	Liberté	90
3.4.1.3.1	Tact et mesure :	91
3.4.1.3.2	Confraternité	91
3.4.1.4	Indépendance.....	92

3.4.1.4.1	Secret médical :	92
3.4.1.5	Risques de dérives	93
3.5	Discussion.....	95
3.5.1	Incidences possibles à l'avenir	95
3.5.2	Contexte politique actuel : des enjeux pour l'avenir.....	96
3.5.3	Sensibilisation auprès des étudiants français	97

Introduction

La notion de “réseau” de soins remonte à la fin des années 1920 aux USA, avec les Health Maintenance Organization (HMO). D’abord limités à une simple couverture assurantielle, leur modèle s’est concrétisé dans les années 1970 avec la création des Managed Care Organization (MCO), qui ont amené certains pays outre-atlantique, comme la France, à utiliser leur modèle de fonctionnement sous différentes formes. Plateformes téléphoniques, structures d’accueil et de prise en charge des patients, sites internet, affiches publicitaires sont autant de supports aujourd’hui utilisés par ces réseaux qui interviennent de plus en plus dans le dialogue entre le patient et le praticien.

Le système français, soumis à des spécificités dans la construction de son modèle sanitaire et social, semble inspiré d’autres modèles qu’il convient d’analyser afin d’en comprendre le mode d’organisation. Basé sur une sécurité sociale, solidaire et égalitaire, il a intégré cette notion de réseau au cours des dernières décennies dans son mode de financement et, plus globalement, de fonctionnement.

Concernant les soins bucco-dentaires, la problématique de l’accès aux soins et du reste à charge a amené l’apparition de ces nouvelles structures répondant à une orientation politique transférant les dépenses ainsi que la gestion des coûts vers d’autres prestataires que l’état.

Depuis la fin des années 1990, ces nouveaux intermédiaires dans la prise en charge des soins bucco-dentaires des français agissent autant sur le plan des remboursements et de l’orientation des patients vers les praticiens de santé qu’au niveau des structures de soins.

Il convient ainsi de déterminer à quoi correspondent exactement ces réseaux de soins, puis d’analyser leur mode de fonctionnement pour, dans une dernière partie, étudier leur impact sur le couple patient-praticien qui reste le coeur qui fait battre tout modèle de santé.

1 Les réseaux de soins : définition et contexte d'apparition

Le terme "réseau" signifie, sous sa forme concrète, un "ensemble de lignes entrelacées" et sous sa forme figurée un "ensemble de relations".

La notion de réseau, très présente dans la représentation de secteurs immatériels, (informatique, réseaux sociaux) comme dans l'analyse de structures matérielles (le corps humain), est omni-présente dans nos sociétés depuis la fin du XIXe siècle. (1) Elle repose sur une nécessité de représentation du monde qui nous entoure.

Lorsqu'on s'intéresse au domaine de la santé dans le monde, c'est principalement l'expression "healthcare network" qui apparaît. Elle désigne tout système regroupant des patients, des professionnels de santé, des structures hospitalières, ou des financeurs, quels qu'ils soient.

1.1 Les différents types de réseaux autour des politiques de santé

Les Etats-Unis et l'Espagne ont vu les réseaux de soins modifier profondément leur modèle sanitaire. Le recul que nous avons aujourd'hui sur ces deux systèmes de santé permet d'en faire une analyse afin de mieux comprendre les conséquences que peut avoir un réseau de soins assurantiel sur un système de santé.

1.1.1 Les Etats-Unis, l'origine des réseaux de soins

La notion de réseau de soins a fait son apparition aux USA à la fin des années 1920 avec la création du modèle Health Maintenance Organization (HMO). A une période où l'état a commencé à chercher de nouveaux moyens de financer la santé dans un contexte économique de crise majeure, il a fallu chercher des financeurs capables d'assumer la prise en charge de la population à la place de l'état.

Le système de santé américain est le système de santé le plus coûteux au monde (17.7% du PIB contre 11.1% pour la France). (2)

Pourtant, il est loin d'être égalitaire. En 2012, près de 50 millions d'américains n'étaient pas couverts par une assurance santé. C'est pourquoi la problématique du financement du système de santé est aujourd'hui au coeur du débat public, à l'heure où ces réseaux de soins occupent une part de plus en plus importante dans le paysage sanitaire.

1.1.1.1 Rôle de l'état

La description du système de santé américain est essentiellement basée sur le domaine privé. Contrairement au système français, celui-ci est dépourvu de système national obligatoire universel d'assurance maladie.

Les Etats-Unis utilisent un modèle de santé fédéral.

L'autorité de l'Etat ne s'y exerce que de façon limitée. Le Department of Health and Human Services, l'équivalent de notre Ministère de la santé, ainsi que les agences fédérales qui en dépendent, cantonnent leurs interventions à : (3)

- la sécurité des produits, via la " Food and drug administration " (FDA),
- la lutte contre les épidémies, avec les " Centers for disease control " (CDC),
- la recherche médicale, dans les " National institutes for health "(NIH),
- l'accompagnement de démarches de qualité et d'évaluation par l' " Agency for healthcare research and quality " (AHRQ),
- la gestion des retraites et des assurances maladies financées par le budget fédéral, supervisée par le " Center for medicare and medicaid services " (CMS).

L'Etat fédéral n'administre aucune institution de soins, hormis celles des forces armées et des vétérans (" Veterans administration "). Il ne contrôle ni les institutions, ni les professionnels de santé.

Chaque Etat définit ses propres règles concernant l'exercice de la médecine et plutôt qu'un système de santé américain unique, on pourrait parler de multiples systèmes selon les états, selon les systèmes de couverture et de prise en charge, selon les situations des individus, notamment face à l'emploi.

En ce point, on peut d'ailleurs souligner la différence fondamentale qui existe entre le modèle américain et le modèle français : la protection sociale qui, d'un côté fait appel aux assureurs avec un rôle très modéré de l'état, ceci dès le premier centime de dépense, contre un modèle qui couvre plus de 90% de sa population à partir d'un système de remboursement de la majorité des dépenses géré directement par l'état. (4)

Il s'agit donc ici d'un système où l'état intervient très peu, car celui-ci est essentiellement chargé des prises en charge de pathologies chroniques, liées aux invalidités et à la vieillesse avec les programmes Medicare et Medicaid.

1.1.1.2 Managed Care Organizations (MCO) : un nouveau modèle

Créées en 1970, les MCO, que l'on peut traduire par "réseau coordonné de soins", ont définitivement inscrit le système de santé américain dans une logique libérale, fondée sur le marché et la concurrence.

Elles sont réparties selon deux modèles de réseaux : (5)

- Le HMO (Health Maintenance Organization),
- Les autres réseaux de santé, comme les PPO, les IPA ou les POS.

1.1.1.2.1 Health Maintenance Organization (HMO)

Mis en place pour la première fois en 1929 auprès d'une coopérative d'agriculteurs en Oklahoma par le Dr Michael Shadid (6), le concept était que chaque membre de la coopérative apportait une redevance annuelle de 50 dollars, permettant une levée de capitaux pour construire un nouvel hôpital, en échange de quoi ils recevaient une prise en charge médicale au sein de cette structure avec un tarif minoré.

Cette notion de prise en charge des frais de santé en échange d'un forfait d'adhésion a été mal perçue par la communauté médicale de l'époque, ce qui a valu au Dr Shadid une exclusion de la communauté et des menaces de suspension de licence médicale. Les médecins y voyaient le risque d'une mainmise de financeurs extérieurs sur leur

exercice, entraînant une perte de liberté des médecins et des patients au profit de financeurs extérieurs.

Après un long combat juridique, le Dr Shadid obtint finalement gain de cause et en 1934, et l'Union des Agriculteurs "Farmers Union" put prendre le contrôle de l'hôpital et de la gestion du parcours de soins des patients.

Les années 30 et 40 furent la période d'expansion des HMO. On peut en citer quelques exemples :

- La "Kaiser Foundation Health Plans" en 1937, dont l'objectif était de financer la prise en charge médicale des travailleurs construisant l'aqueduc permettant de transporter l'eau de Caroline du Sud vers Los Angeles
- La "Home Owner's Loan Corporation à Washington D.C. fondée en 1937 qui souhaitait réduire le nombre de prêts hypothécaires des familles ayant de fortes dépenses de santé, via une association à but non lucratif qu'on pourrait associer à une mutuelle aujourd'hui

Ces organisations présentent un objectif principal commun : réduire le coût de la santé en proposant des structures d'accueil et de prise en charge des patients au sein desquelles les tarifs consultations et intervenants ont été négociés en amont.

La parcours des HMO fût long et difficile, très souvent confronté à une opposition forte face à cette nouvelle conception de l'organisation des soins et de leur financement, cependant ce système est aujourd'hui profondément ancré dans la société américaine.
(7)

1.1.1.2.2 Les autres réseaux de santé

Les Preferred Provider Organization (PPO), alternative principale au modèle HMO, restent basées sur un principe similaire, à savoir une prise en charge assurantielle dès la première dépense de santé, auquel ils intègrent quelques nuances.

Les HMO proposent un parcours spécifique restreint (structures de prise en charge, professionnels de santé) tandis qu'au sein des PPO, qui sont plus coûteuses, le patient

a plus de liberté sur les lieux de consultation ainsi que le choix des professionnels de santé.

On peut également citer les Independent Practice Associations (IPA) et Points-Of-Service plans (POS), qui sont encore d'autres variantes, plus minoritaires, que nous n'aborderons pas ici. (8)

Il existe un large choix de modèle de type "à la carte", pour les patients, même si celui-ci est très dépendant des employeurs, qui choisissent préférentiellement des contrats de groupe pour leurs employés.

Par ailleurs, le rôle central joué par les employeurs aux Etats-Unis dans la prise en charge de la couverture maladie des employés a amené les assureurs privés à mettre au point "un système de gestion coordonnée de services médicaux, le "managed care" et à progressivement abandonner leur rôle passif de remboursement des actes.

Dans son rapport sur le système de santé américain, Gilles Duhamel définit les MCO comme un double système :

- D'organisation des soins, de financement et de gestion
- De partenariat entre financeurs, fournisseurs de soins et dans une certaine mesure les assurés eux-mêmes

Il donne par ailleurs une description de ce modèle :

"Le système américain, libéral et fondé sur le marché, s'organise autour d'assurances privées souvent liées à l'emploi et d'une assurance maladie obligatoire, liée notamment à la vieillesse et aux faibles revenus. Cependant, ce système, qui n'est pas universel, échoue à couvrir l'intégralité de la population, dont une partie se retrouve sans assurance santé."

On comprend que ce système n'est pas basé sur une prise en charge globale mais sur un principe de liberté dépendant essentiellement des ressources de ses bénéficiaires.

1.1.1.2.2.1 Des réseaux très variés

Les réseaux couvrent environ 80% de la population des Etats-Unis ainsi que 70% des médecins, mais n'en sont pas moins variés dans leur mode d'organisation et de fonctionnement. (9)

Ils diffèrent surtout selon les intervenants : assureurs, gestionnaires, professionnels de santé et usagers.

Les termes les plus souvent retrouvés pour les désigner sont "care network" ainsi que "primary care network", qui sont des structures de regroupement de professionnels de santé visant à :

- Améliorer les connaissances et la coordination entre professionnels de santé,
- Améliorer l'accès aux soins des patients,
- Valoriser la prévention de manière plus générale.

Il est cependant difficile de savoir comment ces structures sont créées, qui les gère, et d'où viennent leurs financements, ce qui semble être généralisé concernant la plupart des réseaux de ce type. Ce manque de transparence répond directement à une logique de concurrence et de marché basées sur la liberté d'entreprendre et d'un état intervenant peu.

Les termes définissant les différents réseaux que l'on trouve aux Etats-Unis sont nombreux : "care network" "primary care network" "community care network" "healthcare network" "integrated care network" sont autant de formules utilisées qui, la plupart du temps désignent le même type de structure sur le plan organisationnel, à savoir des assureurs privés contractant des arrangements avec les employeurs dans le cadre des HMO.

1.1.1.2.2 Points de convergence

On peut citer des points de convergence entre tous ces réseaux :

- Le choix de praticiens se trouve limité par rapport au nombre total de professionnels de santé maillant le territoire,
- L'accès aux soins reste une valeur secondaire,
- Les médecins intégrant le réseau sont face à un conventionnement sélectif,
- La qualité des soins n'est assurée sur aucun critère autre qu'interne à la structure,
- Les praticiens sont incités financièrement dans leur pratique.

Ces éléments sont importants à retenir pour l'analyse des réseaux de soins en France qui suit.

1.1.1.3 Evolutions récentes liées aux assurances :

L'Obamacare ou le "Patient Protection And Affordable Care Act" est une mesure mise en place sous l'ère Obama, votée par le congrès le 30 mai 2010. Entrée en vigueur le 1er janvier 2014, son objectif affiché était d'étendre la couverture d'une assurance maladie obligatoire aux 50 millions d'américains n'en ayant aucune, notamment les Américains ou résidents permanents dont l'employeur ne fournit pas d'assurance santé ainsi que ceux qui ne bénéficient d'aucune couverture maladie gérée par le gouvernement des USA (Medicaid et Medicare).

Ce projet, que l'on pourrait qualifier d'ambitieux, souhaitait soumettre toutes les assurances santé à deux engagements majeurs : (11)

"Toute assurance santé doit au minimum proposer 10 garanties essentielles :

- Les services ambulatoires,
- Les services d'urgence,
- L'hospitalisation,
- L'accouchement et prise en charge du nouveau-né,
- La santé mentale,

- Les prescriptions médicales
- Les services de rééducation,
- Les analyses en laboratoire,
- La prévention et la prise en charge des maladies chroniques,
- Les services pédiatriques (soins ophtalmologiques et auditifs compris).

Pour l'ensemble de ces garanties, aucun plafond de remboursement ne peut être fixé.”

Elles devaient également respecter un cahier des charges :

- Fournir à l'assuré un résumé facilement compréhensible de ses garanties, respecter le *Medical Loss Ratio*, autrement dit, 80 % de la prime client doit servir à effectuer les remboursements et améliorer la qualité des soins, 20 % à prendre en charge les frais administratifs et marketing,
- Procéder au remboursement d'une partie de la prime client en cas de non respect du *Medical Loss Ratio*,
- Justifier toute hausse tarifaire de 10 % et plus,
- Donner la possibilité à l'assuré de faire appel en cas de litige concernant un remboursement,
- Couvrir les enfants à charge jusqu'à 26 ans sous la police de leurs parents,
- Couvrir toute personne souhaitant s'assurer, quel que soit son état de santé et sans appliquer de surprime,
- Prendre en charge gratuitement les soins de prévention.

Sur le papier, le projet semblait très prometteur. Des allègements et des modifications ont toutefois dû être apportés pour que cette réforme soit acceptée, et le bilan actuel reste mitigé tant il semble difficile à appliquer dans un système basé essentiellement sur le marché, et la libre concurrence.

Le nombre d'américains sans couverture maladie a diminué (18% des 267 millions d'américains de moins de 65 ans en 2010 contre 10% en 2017) (12), tandis qu'une partie de la classe moyenne a vu ses primes d'assurance exploser. Les patients de plus de 65 ans ne sont pas intégrés dans ce calcul car ils entrent dans le cadre de la

prise en charge du modèle Medicare, géré par l'état et prenant en charge les américains de plus de 65 ans ainsi que certaines pathologies ou incapacités

Le modèle de changement du système de santé américain souhaité sous les deux mandats de Barack Obama, très largement inspiré par le principe de la sécurité sociale, est soumis à de fortes attaques, notamment par le président actuel Donald Trump.

Si ce dernier a souhaité alléger les réglementations de l'Obamacare, voire les supprimer au début de l'année 2017, ainsi qu'en septembre dernier, notamment à propos des contraintes imposées aux assureurs privés, celle-ci reste toujours inchangée à l'heure actuelle, faute de majorité républicaine pour voter sa modification.
(13)

Le modèle américain est l'incarnation du modèle de base de fonctionnement de ce pays : le marché. Les financeurs privés ont toute leur place dans ce système de santé le plus coûteux mais loin d'être le plus efficace au monde, ne serait-ce qu'au niveau de la couverture de sa population.

Ce modèle sanitaire bien spécifique, mérite une attention particulière car il est en place depuis les années 1970, voire les années 1900 avec les origines du HMO, et permet un recul quant aux conséquences de sa mise en place. Il permet d'avoir un point de vue sur l'impact des réseaux mis en place dans le cadre du HMO, sans pour autant nous permettre de la transposer à un autre modèle et d'en réaliser une prospection du fait de ses spécificités.

La corrélation entre assurance privée et défaillance du système de santé reste à manier avec précaution pour ne pas tomber dans la caricature.

De nombreux facteurs rentrent en jeu dans le fonctionnement d'un système de santé, et les réformes successives n'en permettent pas souvent un changement profond sans vision à long terme.

Enfin, n'oublions pas que chaque pays présente des particularités (modèle de financement, répartition des dépenses, social, politique ...) qu'il est fondamental de ne pas oublier lorsqu'on souhaite le comparer à un autre.

1.1.2 L'Espagne, ou l'explosion des réseaux de soins

Au même titre que les Etats-Unis, l'Espagne a vu les réseaux assurantiels progresser de manière exponentielle ; depuis une vingtaine d'années pour sa part. Son modèle sanitaire est plus proche du modèle français qu'américain, et nous intéresse dans le cadre de ce travail du fait de la vitesse à laquelle il a changé et transformé l'offre de soins et le modèle de santé espagnol.

1.1.2.1 Le modèle espagnol

1.1.2.1.1 Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)

L'Espagne avait un modèle proche de celui de la sécurité sociale française jusqu'aux années 1990, basé sur un principe d'assurance maladie.

L'organisme national public chargé de la prise en charge sanitaire de la population, l'Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA ou encore Insalud), en association avec le ministère de la santé et de la politique sociale (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales y Igualdad) fournissait les soins médicaux à tous les citoyens financés par les impôts dont ils avaient la gestion.

En 1986, une loi a transformé le système pour le faire évoluer vers un "service national de santé" dont les caractéristiques globales sont les suivantes :

- Gratuité
- Universalité
- Un système décentralisé
- Un système défiscalisé

Les services sont désormais décentralisés et transférés aux 17 communautés autonomes (comunidades autonomas) et doté d'un Conseil Sanitaire ainsi que d'un Service Régional de santé (Consejería de Sanidad y Servicio Regional de Salud).

Au niveau de l'accès aux soins actuellement : (14)

- Plus de 90% de la population espagnole utilise le système public pour se faire soigner
- Les soins de médecine générale sont relativement accessibles via un système de médecin traitant, avec une dispense d'avance de frais possible
- Les soins de spécialités, notamment dentaires et ophtalmologiques nécessitent le recours à une assurance privée
- De nombreux soins de spécialistes nécessitent de longs temps d'attente.

1.1.2.1.2 Organisation des assurances privées

L'assurance privée espagnole est à bien différencier du modèle complémentaire "à la française" car ses articulations avec le système public sont différentes et l'encadrement législatif n'est pas le même (15), en effet il n'y a pas l'équivalent des lois Evin et Veil sur la protection sociale complémentaire.

Les assurances privées ont gagné du terrain au fil des années en nombre d'adhérents ainsi qu'en parts de marché.

On estime que 30% des soins de santé sont délivrés dans le secteur privé, ce qui représenterait 2.51% de son PIB. (16)

En plus d'être des financeurs de soins, elles s'organisent en réseaux d'hôpitaux, de cliniques et de laboratoires et proposent directement les services de ces structures à leurs clients.

Parmi les grandes compagnies d'assurances privées, on peut citer Adeslas, Asisa, et Sanitas.

1.1.2.1.2.1 Cliniques privées

Les "clínicas dentales", qui correspondent à des franchises montées par des assureurs privés, des fonds de pension, ou encore des chirurgiens-dentistes, ont vu leur expansion progresser à un rythme très élevé (aux alentours de 80 par semestre) au cours des années 2000.

Ceci a entraîné une modification de l'offre et de la consommation de soins.

Les conséquences de cela sont multiples, notamment concernant l'exercice des chirurgiens-dentistes :

- Une forte augmentation du salariat a *de facto* été observée, passant de 22% à 47% entre 2007 et 2012 (17)
- La liberté tarifaire a fortement diminué
- La limitation du libre choix du professionnel de santé des patients bénéficiant d'une assurance privée s'est effectuée concomitamment avec la création des cliniques privées ...

On a ainsi pu constater une opposition franche entre le modèle des cliniques mises en place par les assurances dont les marges de manoeuvre en termes d'investissement étaient bien supérieures à celui des praticiens libéraux en cabinet isolé ou en petit groupe.

On a ainsi assisté à une "épuration" du marché de l'offre dentaire, avec un modèle scindé en deux entre les professionnels de santé libéraux et les cliniques dentaires. Celles-ci montant en parallèles des écoles privées, assurant aux étudiants de pouvoir devenir chirurgien-dentiste, elles ont également pu réaliser un appel d'offre à ceux et celles souhaitant exercer ce métier, prenant ainsi un double contrôle sur : la formation, et l'exercice des professionnels de santé.

1.1.2.1.2.1.1 Les chaînes et franchises

Apparues dans les années 1990 les chaînes de centres dentaires et ensuite les franchises se sont multipliées à un tel point en 20 ans que, selon le Dr Jaime Pinilla Dominguez, l'exercice libéral est devenu utopique dans la situation actuelle du pays.

Vitaldent a créé une des premières en 1989 puis a introduit les franchises en 1997. Actuellement elle compte plus de 400 cliniques dans toute l'Espagne et d'autres en Italie.

On peut aussi citer :

- Caredent fondée en 2004 95 cliniques (+ Italie et Portugal)
- Unidental fondée en 1998, 160 centres dont 110 en franchise
- Dentix créé en 2010 avec 4 cliniques et 50 employés et qui en 2014 possède 100 cliniques avec 1400 employés pour un CA de 200 millions d'euros.

- Millenium les 200 cliniques de Sanita
- Mapfre ouvre 4 cliniques en 2013
- Asisa 12 cliniques
- Segur Caixa Adeslas 72 cliniques

1.1.2.1.2.1.2 Publicité

La publicité étant autorisée, par ces structures, les réseaux de clinique dentaires montés par les assurances se permettent tous types de publicités afin d'attirer le public dans leurs structures, ce qui amène à une dérive pouvant poser un problème de concurrence déloyale vis-à-vis des cabinets libéraux, auxquels il est strictement interdit de faire de la publicité.

Voici deux exemples frappants du genre de publicité réalisée auprès du public :



Figure 1 : Un repas McDo offert si l'enfant fait un contrôle avec un de ses parents



Figure 2 : Dosette de sucre avec bon pour 1 visite et 1 obturation gratuite

1.1.2.1.2.2 Offre de soins

L'apparition et le développement des cliniques privées, associé à l'augmentation du nombre de chirurgiens-dentistes formés, a ainsi ouvert le marché à la libre concurrence.

L'augmentation des publicités des centres, non soumis au code de déontologie, la multiplication des produits d'appel et des actes gratuits pour attirer les clients, sont le symbole de ce que l'on pourrait appeler une "guerre commerciale" que le public a reçu comme un moyen de moins dépenser tout en ayant un meilleur accès aux soins sur des traitements peu pris en charge par l'INGESA.

Une notion est à intégrer à cette équation : quid de la qualité des soins dans un contexte ultra concurrentiel où les patients sont parfois incités à aller voir le plus offrant ?

1.1.2.1.3 Autre intermédiaire : les banques

Les banques ont également commencé à développer l'investissement dans des cliniques dentaires espagnoles, proposant ainsi à ses clients d'aller directement dans ces centres en faisant valoir la compétitivité des tarifs pratiqués, faisant ainsi concurrence aux assurances.

Cela montre à quel point l'ouverture de la santé au secteur financier présente peu de limites.

1.1.2.2 Orientations politiques

1.1.2.2.1 Dérégulation

Le secteur dentaire espagnol a ainsi vu son modèle profondément changer au cours des 20 dernières années, tant au niveau du mode de sélection des professionnels de santé autant qu'au niveau de l'offre de soins dentaires.

Le *numerus clausus*, mesure classique de régulation de la profession consistant à fixer le nombre d'étudiants pouvant avoir accès à une filière pour apporter, en théorie, des besoins définis par le ministère de la santé, a tout simplement été supprimé.

Cela a laissé un marché auparavant régulé, basé sur la réponse à une demande, à un marché ouvert, concurrentiel, et sans limite de nombre.

1.1.2.2.2 Les professionnels de santé

1.1.2.2.2.1 Régulation de la profession

Avant la suppression du *numerus clausus*, l'Espagne possédait une majorité de facultés publiques, dépendantes de l'état.

Entre 1990 et 2014, l'Espagne a vu son nombre de facultés de chirurgie dentaire presque quadrupler :

- En 1990, l'Espagne comptait 9 facultés de chirurgie dentaire, toutes publiques.
- En 2014, le pays comptait 20 facultés dont 12 facultés dentaires publiques (Barcelone, Valence, Oviedo, Madrid 2, Murcie, Pays Basque, Salamanque, Seville, Grenade, St Jacques de Compostelle, Saragosse) et 8 privées (Madrid 3, Valence 2, Alicante, Barcelone, Valladolid).

Les 8 facultés privées sont apparues et ont profondément modifié le modèle de formation des professionnels de santé ainsi que l'offre de soins.

Le nombre de chirurgiens-dentistes par habitant est passé de 1 pour 4458 en 1983 à 1 pour 32429 en 2013 en l'espace de 30 ans, soit environ 7 fois plus de chirurgiens-dentistes.

Ceci a amené *de facto* une concurrence entre professionnels de santé et une pression sur les tarifs menées par les assurances privées établissant des conventions avec ceux-ci et orientant les patients vers les chirurgiens-dentistes exerçant dans leurs propres cliniques, les "clinicas dentales".

Il faut intégrer à ces chiffres l'arrivée de chirurgiens dentistes d'autres pays. La situation actuelle fait qu'on observe une émigration massive des jeunes praticiens formés en Espagne vers des pays où la concurrence fait moins rage.

Enfin, cette concurrence a eu pour autre conséquence une émigration massive des chirurgiens-dentistes formés en Espagne.

En 2010, environ 30% des jeunes diplômés quittaient le pays, et ce chiffre semble avoir encore augmenté depuis, étant donné l'augmentation constante du nombre de diplômés.

A la rentrée 2012-2013 selon les chiffres du ministère de l'éducation 1850 étudiants étaient inscrits en 1^{ère} année.

A titre de comparaison, il y avait 800 diplômés en 2001, 1000 en 2003, 1200 en 2008 et 1400 en 2011.

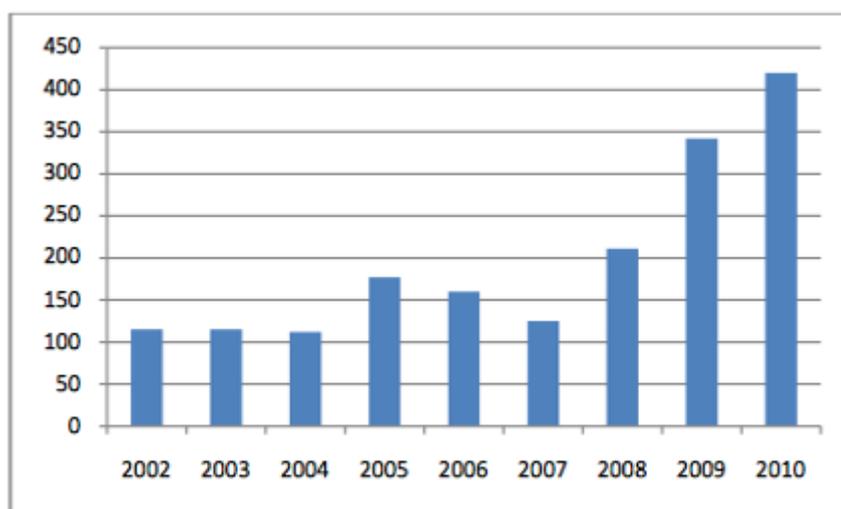


Figure 3 : Chirurgiens-dentistes Espagnols partant à l'étranger entre 2002 et 2010

1.1.2.2.2 Revenus et conditions d'exercice

L'évolution progressive des cliniques privées a modifié l'exercice et la rémunération des professionnels de santé.

Ayant une connaissance faible du modèle assurantiel, les professionnels de santé ont massivement signé les contrats qui leurs étaient proposés. Les assurances regroupant beaucoup de patients, cela représentait pour eux un bon moyen de résister à la concurrence en s'assurant une orientation des patients dans leurs cabinets, ou bien en allant directement travailler au sein des cliniques dentaires.

Une prime leur était versée, tandis qu'eux s'engageaient à respecter une charte qualité.

Une incitation à la productivité a été largement observé dans ces structures au fil des années.

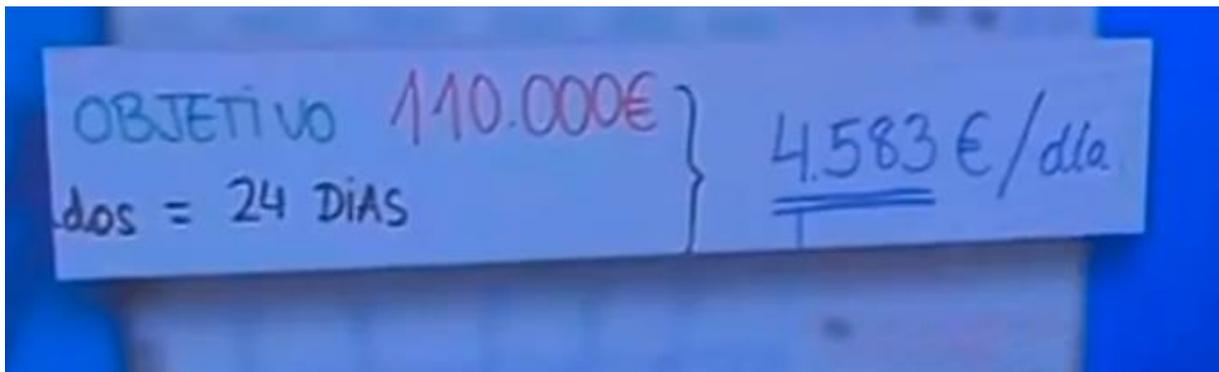


Figure 4 : Exemple d'objectif mensuel (110 000€ soit 4583/jour)



Figure 5 : Exemple de temps de traitement pour poser des implants

Des témoignages de chirurgiens-dentistes ayant travaillé dans ces chaînes décrivent des conditions de travail proches de celles qui commencent à être imposées dans certains centres « associatifs » français : objectifs de 110000 euros/mois pour les praticiens et pour les patients des assistants commerciaux proposant des crédits à 0%, du harcèlement, des sur-traitements, de la publicité agressive

Mais le surnombre se fait sentir peu à peu, les liquidations de clinicas dentales se montaient à 10 % en 2011 selon le SABI (Sistema Anual de Balances Ibéricos).

Ce qui laisse de nombreux patients dans la rue sans les prothèses qu'ils ont déjà payées.

1.1.2.2.3 Situation actuelle

Le système de santé espagnol était assez proche du modèle français avec l'INGESA, qu'on pourrait identifier à la sécurité sociale sur son modèle de prise en charge. La densité de professionnels de santé était proche de la moyenne européenne dans les années 1990, ainsi que des recommandations de l'OMS. (18)

Suite à l'application d'une politique sanitaire plus libre, concurrentielle, et de moins en moins régulée par l'état, les chiffres semblent assez criants concernant les chirurgiens-dentistes espagnols : (19)

- 40% gagnent environ 1000 euros par mois
- 20% sont au chômage
- 10% exercent une autre profession

Concernant les nouveaux diplômés :

- 30 à 50% des nouveaux diplômés fuient l'Espagne vers d'autres pays européens

Il est à noter que ces chiffres sont en évolution constante, et à actualiser chaque année pour une analyse fine de la situation que vit l'Espagne, sachant qu'une quinzaine d'années a suffi à modifier profondément le modèle.

1.1.3 Le système français

Après avoir développé la notion de réseau appliqué au domaine de la santé à partir de deux exemples concrets, il convient de revenir au cas de la France, naturellement influencée par toutes ces structures mais jouissant néanmoins d'une capacité à développer un mode de fonctionnement unique, intégrant les réseaux de soins à part entière dans sa gestion politique de la santé.

1.1.3.1 Les dépenses de soins dentaires

Rappelons le fonctionnement du système de santé français concernant la prise en charge ainsi que le financement des soins bucco-dentaires.

Nous prendrons en compte uniquement les soins pris en charge dans le cadre des soins réalisés par les chirurgiens-dentistes conventionnés avec la sécurité sociale, à savoir la quasi totalité de la profession. (20)

Le conventionnement correspond à un engagement du chirurgien-dentiste à exercer dans le cadre d'une convention passée avec la sécurité sociale qui régit les rapports entre les chirurgiens-dentistes et les caisses d'assurance maladie.

Cette convention est ré-évaluée théoriquement tous les 5 ans. Cela étant, la profession était dépendante, jusqu'aux dernières négociations conventionnelles, soumise à une convention passée sous le Ministère Xavier Bertrand en 2006.

3 avenants ont cependant été signés depuis cette période, actualisant en quelque sorte l'encadrement des chirurgiens-dentistes.

37 000 chirurgiens-dentistes libéraux exercent aujourd'hui sur notre territoire. D'après le dernier rapport de la DREES à ce sujet, la densité est légèrement en baisse, passant de 68 dentistes pour 100 000 habitants à 63 entre 1998 et 2016. (21)

1.1.3.2 Acteurs impliqués dans le financement des soins bucco-dentaire

1.1.3.2.1 La sécurité sociale

D'après le dernier rapport de la Cour des comptes, l'Assurance maladie a une place

« minoritaire et déclinante » dans les financements des dépenses de soins bucco-dentaire : sa participation est passée de 36 à 33 % entre 2006 et 2014, les organismes complémentaires prenant en charge 39 % et les assurés sociaux 25 %. (22)

La sécurité sociale, fondée en 1945, a longtemps été une fierté française tant le modèle a rayonné dans le monde par son efficacité, notamment dûe à l'étendue de sa couverture de la population.

Considéré comme meilleur système de santé au monde jusqu'à l'aube du XXI^e siècle, le modèle français est basé sur une sécurité sociale qui est la *“garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes”*. (Lien chiffres clés sécu 2015)

Elle repose sur le principe de solidarité garantissant à chacun une protection financière contre les aléas de la vie. Les cotisations de sécurité sociale, gérées par la caisse URSSAF permettent de financer cinq branches : (23)

- Maladie
- Vieillesse
- Famille
- Retraite
- Cotisations/Recouvrement

Ce système, profondément social et solidaire, permet aujourd'hui une couverture de 91% de la population par le régime général, bien devant les Etats-Unis par exemple.

La sécurité sociale française se distingue par un système mixte de modèle BISMARCK et BEVERIDGE, en empruntant des éléments aux deux modèles. (24)

1.1.3.2.1.1 Le système beveridgien ou assistanciel

En 1942, à la demande gouvernement du gouvernement collégial composé du Premier ministre, des ministres et des secrétaires d'Etat chargés de l'exécution des lois et de la direction de la politique nationale, l'économiste William Beveridge (1879-1963) rédige un rapport sur le système d'assurance maladie. Partant du constat qu'il s'est développé sans réelle cohérence, il propose de le refonder sur plusieurs principes qui

deviendront autant de caractéristiques du système dit « beveridgien » (les trois premiers étant connus sous le nom des « trois U ») :

- Universalité de la protection sociale par la couverture de toute la population (ouverture de droits individuels) et de tous les risques ;
- Uniformité des prestations fondée sur les besoins des individus et non sur leurs pertes de revenus en cas de survenue d'un risque ;
- Unité de gestion étatique de l'ensemble de la protection sociale ;

Le financement de ce système est basé sur l'impôt.

1.1.3.2.1.2 Le système bismarckien ou assurantiel

Si dans l'imaginaire français le chancelier allemand Otto von Bismarck (1815-1898) est surtout assimilé au « chancelier de fer » et à « l'ennemi prussien », il est devenu une figure emblématique de la protection sociale en ayant mis en œuvre en Allemagne, à la fin du XIXe siècle, un système de protection sociale contre les risques maladie (1883), accidents de travail (1884), vieillesse et invalidité (1889).

Les motivations qui sont à l'origine du système bismarckien sont éminemment politiques et résident dans le souci de juguler les mouvements syndicaux et socialistes en améliorant les conditions de vie du prolétariat ouvrier. Ce système se base sur des logiques que l'on retrouve aujourd'hui dans de nombreux systèmes de protection sociale.

Plusieurs principes sous-tendent ce modèle :

- Protection fondée uniquement sur le travail et sur la capacité des individus à s'ouvrir des droits grâce à leur activité professionnelle
- Protection obligatoire
- Protection reposant sur une participation financière des ouvriers et des employeurs qui prend la forme de cotisations sociales
- Cotisations qui ne sont pas proportionnelles aux risques – comme dans la logique assurantielle pure – mais aux salaires. On parle ainsi de « socialisation du risque »
- Protection gérée par les salariés et les employeurs

La sécurité sociale repose ainsi sur un mélange entre ces deux modèles.

En 1942, Pierre Laroque, membre du conseil national de la résistance, s'est inspiré du rapport Beveridge pour créer un système basé sur trois principes :

- Unité de la sécurité sociale
- Généralisation quant aux personnes
- Extension des risques couverts

Le contexte économique ne permet malheureusement pas d'atteindre ces objectifs en l'état. Les caisses autonomes ne permettent pas d'atteindre l'unité. La généralisation est en cours à l'époque.

Elle repose cependant sur une logique statutaire professionnelle basée sur les cotisations sociales, et pour les autres "hors emploi" censés être marginaux, sur une logique assistancielle basée sur l'impôt.

La condition n'est pas la citoyenneté mais un seuil de revenu.

Le modèle de l'époque est donc modifié et l'on se rapproche ainsi du système Bismarck. En effet, malgré les prélèvements par l'impôt pour financer les prestations de solidarité, les cotisations sociales sur le revenu du travail restent majoritaires.

L'Assurance Maladie en France repose donc sur trois piliers principaux :

- L'égalité d'accès aux soins
- La qualité des soins
- La solidarité

Les régimes de sécurité sociale, autonomes, sont gérés par les partenaires sociaux, et non par l'Etat.

1.1.3.2.2 Les organismes complémentaires

Les organismes complémentaires en France sont répartis selon 3 types de structures :
(25)

- Mutuelle
- Institution de prévoyance
- Société d'assurance

	Mutuelles	Institutions de prévoyance	Sociétés d'assurance
Nombre d'organismes	481	28	96
Parts de marché (CA)	54 %	18 %	28 %
Parts des bénéficiaires couverts par un organisme complémentaire santé	58 %	20 %	22 %
Part de l'activité santé dans le chiffre d'affaires total	91 %	46 %	11 %
Code législatif de référence	Code de la mutualité	Code de la Sécurité sociale	Code des assurances
Gouvernance	Assurés sociétaires	Gestion paritaire par les partenaires sociaux (salariés/patronat)	Actionariat

Lecture > En 2013, 481 mutuelles proposent des contrats de complémentaire santé. Elles couvrent 58 % des personnes bénéficiant d'une couverture complémentaire santé.

Champ > Contrats les plus souscrits pour la part des bénéficiaires. Ensemble des organismes exerçant une activité de complémentaire santé pour la partie de l'activité santé.

Sources > Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, Fonds CMU, DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé 2013.

Tableau 1 : les différents types d'organismes complémentaires

L'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire (UNOCAM) représente, à travers ses membres, tous les opérateurs en assurance maladie complémentaire : les mutuelles, les entreprises d'assurances, les institutions de prévoyance et le Régime local d'Alsace-Moselle. (26)

L'UNOCAM regroupe les principales structures existantes concernant les complémentaires de santé : la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF), la Fédération Française des Sociétés d'Assurance (FFSA), le Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP) et la Fédération Nationale Indépendante des Mutuelles (FNIM).

Ainsi, l'UNOCAM est amenée à négocier avec les professionnels de santé et à définir le périmètre des biens et services remboursables. Elle est associée à l'UNCAM lors des négociations conventionnelles entre les régimes d'assurance et les professionnels de santé et participe aux décisions concernant les nouveaux médicaments, leur prix et leur taux de remboursement. Elle est membre du comité économique des produits de santé.

Elle est dotée d'un conseil de 33 membres constitué de représentants des structures existantes (17 de la FNMF, 8 de la FFSA et 7 du CTIP). Cependant ce conseil ne regroupe pas de représentants d'organisations moins importantes comme la FNIM (Fédération Nationale Indépendante des Mutuelles) ou le GEMA (groupement des

entreprises mutuelles d'assurance) qui sont toutefois membres de l'Assemblée générale de l'UNOCAM.

Il s'agit de la première institutionnalisation véritable du rôle des complémentaires santé.

Pour la première fois en 2016, elle a participé aux négociations conventionnelles avec l'Assurance Maladie et les Chirurgiens-Dentistes.

Ces négociations n'ont pas abouti et entraîné la mise en place du Règlement Arbitral, avant que celui-ci ne soit reporté d'un an (application prévue en janvier 2019) (27) par la nouvelle ministre de la Santé, Madame Agnès BUZYN, dans le but d'écrire une nouvelle convention.

Il est à noter que l'UNOCAM n'est cependant pas un organe de régulation de ces organismes qui agissent en toute indépendance.

1.1.3.2.2.1 Les mutuelles

Une mutuelle ou une société mutualiste, correspond à une association à but non lucratif, dont l'objectif est d'assurer à ses membres, appartenant à une même branche professionnelle, un système d'assurance ou de prévoyance volontaire.

Les mutuelles sont régies par le Code de la Mutualité qui en donne une définition plus précise : (28)

"Les mutuelles sont des personnes morales de droit privé à but non lucratif. Elles acquièrent la qualité de mutuelle et sont soumises aux dispositions du présent code à dater de leur immatriculation au Registre national des mutuelles. Elles mènent notamment au moyen de cotisations versées par leurs membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants-droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, dans les conditions prévues par leurs statuts afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de leurs membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie."

Une cotisation est nécessaire pour adhérer à une mutuelle, en échange de laquelle celle-ci offre à ses adhérents le remboursement de frais médicaux non couverts par

l'Assurance Maladie ainsi qu'une protection sociale et des compléments de retraite notamment.

Il faut bien différencier les mutuelles et les mutuelles d'assurance, qui ont en commun les règles de fonctionnement démocratique et de non lucrativité, mais se différencient par le code auquel elles sont soumises, à savoir :

- Le code de la mutualité pour les mutuelles
- Le code des assurances pour les mutuelles d'assurance, qui permet à ces dernières d'échapper à l'interdiction de la sélection des risques

1.1.3.2.2.2 Les sociétés d'assurance

Une société d'assurance est un prestataire intervenant lorsqu'un événement indépendant de la volonté d'un assuré survient, aussi bien concernant la vie, le travail, la responsabilité ...

Les sociétés d'assurance sont régies par le code des assurances.

Leurs missions consistent à : (29)

- Créer un produit d'assurance
- En assurer la gestion
- En réaliser la vente finale.

Le lien entre l'assureur et l'assuré est matérialisé sous la forme d'un contrat d'assurance, au sein duquel les droits et obligations de chaque partie sont décrites.

Il existe 2 types de sociétés d'assurance :

- Société Anonyme : à but lucratif. Les actionnaires ne sont pas les assurés
- Société d'assurance mutuelle : à but non lucratif. Les contrats d'assurance peuvent être vendus aux particuliers (assurés)

1.1.3.2.2.3 Les institutions de prévoyance

Une institution de prévoyance est une société de personnes de droit privé. Comme une mutuelle, elle est à but non lucratif, ce qui signifie que les excédents financiers

dégagés par son activité servent, non pas à rétribuer des actionnaires (puisqu'il n'y en a pas), mais à proposer de nouvelles garanties, à améliorer les garanties déjà existantes, à renforcer la qualité de ses services ou la sécurité de ses engagements.

Les institutions de prévoyance sont juridiquement régies par le code de la Sécurité sociale, à la différence des mutuelles qui le sont par le Code de la Mutualité, et des sociétés d'assurances, qui le sont par le Code des Assurances. (30)

Elles n'opèrent des opérations d'assurance que dans certaines branches et sous-branches de la classification établie dans l'article R321-1 du Code des Assurances (31)

Enfin, une institution de prévoyance se caractérise par sa gestion paritaire entre les différents partenaires sociaux. Dirigée par un Conseil d'administration, ce dernier se constitue à parts égales de représentants de salariés et de représentants d'entreprises.

1.1.3.2.4 Autres organismes complémentaires

Il existe d'autres organismes complémentaires dont le rôle est de gérer des remboursements spécifiques d'assurés qui restent associés aux fonctions de l'Assurance maladie obligatoire, comme : (32)

- La CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire)
- L'ACS (Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé) ou d'autres créés directement par des structures s'occupant de la gestion de produits d'assurance vie, de biens, de prévoyance ou autres :
- Les MSI (mutuelles sans intermédiaire)
- Les bancassureurs

1.1.3.2.3 Les ménages

Les ménages, donc les patients, ont à leur charge près de 23% des dépenses de soins dentaires. Le reste à charge correspond à ce que les patients doivent réellement payer

une fois déduits les remboursements effectués par les organismes de Sécurité sociale de base et les organismes complémentaires. (33)

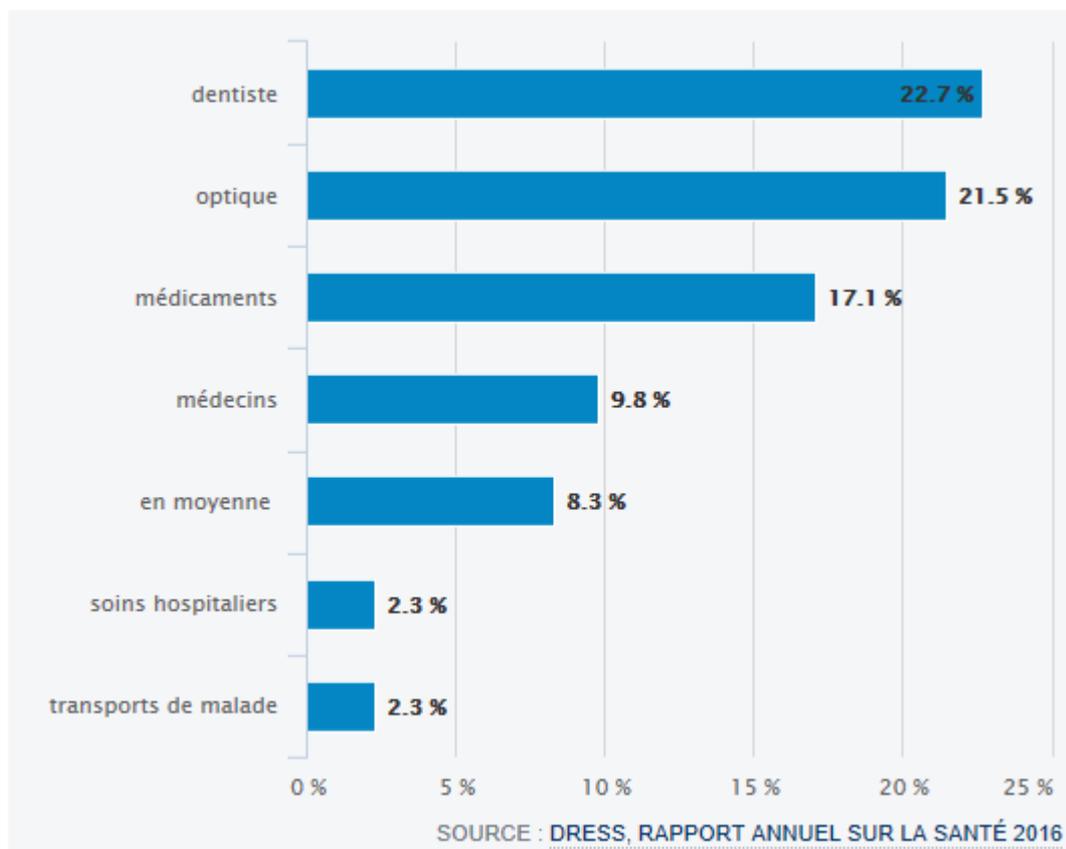


Figure 6 : part du reste à charge des ménages en 2016

1.1.3.3 Réseaux de santé et réseaux de soins en France

Il convient tout d’abord de différencier réseau de soins et réseau de santé, bien que ces définitions soient toujours soumises à une certaine interprétation du fait du cadre législatif relativement flou auquel ces deux termes sont soumis.

1.1.3.3.1 Réseau de santé

La définition du “réseau de santé” par le Ministère des Solidarités et de la Santé est le suivant : “Constitués en majorité sous forme d’association loi 1901, les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l’accès aux soins, la coordination, la continuité ou l’interdisciplinarité des prises en charge.

Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Inscrits dans la loi depuis 2002, les réseaux constituent également l'un des principaux dispositifs de coordination des acteurs (sanitaire, médico-social et social) intervenant sur le parcours des patients.”

En 2011, on comptait 716 réseaux financés pour un montant de 167 millions d'euros par le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins – FIQCS (devenu le Fonds d'Intervention Régional – FIR en 2012), et représentant environ 2500 professionnels (en équivalents temps plein). (34)

Considérant cette définition, on peut y associer la Sécurité Sociale, via sa branche assurance maladie comme le premier réseau de santé français, créée en 1945.

1.1.3.3.2 Réseaux de soins : classification

1.1.3.3.2.1 Selon différents types d'acteurs

On peut classer les réseaux de soins selon plusieurs modes d'organisation, notamment en les classant en fonction des responsables/acteurs de leur mise en place :

- Négocié avec la profession
 Le protocole MGEN/MFP
- Plateformes assurantielles ou plateformes de gestion
- Le RNSCM ou Réseau national des centres de santé mutualistes.

L'organisation et le mode de fonctionnement seront développés dans la deuxième partie de ce travail.

1.1.3.3.2.2 Selon le type de contrat

La classification des réseaux de soins est loins d'être aisée tant ils peuvent différer dans leur organisation, leur domaine d'activité.

Conformément à la loi Le Roux, « 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 : (35)

- 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, l'orientation des assurés de l'organisme complémentaire vers les professionnels de santé membres du réseau.

1.1.3.3.2.3 Ouverts et fermés

Les réseaux fermés avec *numerus clausus*, qui correspond à un nombre restreint de professionnels de santé, réservé uniquement aux réseaux d'optique selon la loi (36) ; Les réseaux ouverts ou sans *numerus clausus*. Il semble qu'une sélection opère malgré tout au sein de certains de ces réseaux dits ouverts, avec des critères de sélection très exigeants basés sur un maillage territorial fin, avec une admission de nouveaux adhérents à une fréquence très lente. Ces réseaux agissent pour le compte d'organismes complémentaires.

Le Sénat semble s'orienter vers une suppression de ces réseaux fermés. (37)

1.1.3.3.2.4 Directs et indirects

Les réseaux directs n'utilisent pas d'intermédiaires. Ils sont directement constitués et gérés par des organismes complémentaires.

Les réseaux indirects quant à eux utilisent un tiers, ou une "plateforme" incarnant la personnalité morale, pour le compte d'un ou plusieurs organismes complémentaires. (38)

1.1.3.3.2.5 En charge du tiers-payant

Le réseau ACTIL, limité à la gestion du tiers-payant, est le seul réseau de soins n'agissant que dans ce domaine. (39)

1.1.3.3.2.6 Selon les domaines d'activité

Les 6 principales plateformes de gestion actuelles (SantéClair, Kalivia, Carte Blanche, Istya, Itelis) exercent leur activité principalement dans 3 domaines, par ordre décroissant d'importance en termes de développement de réseau :

- Optique
- Audioprothèse
- Dentaire

Le réseau Istya fait exception car il n'intègre pas le dentaire dans ses conventions.

Il est à noter que d'autres domaines d'activité sont progressivement en cours d'intégration comme la chirurgie réfractaire, l'ostéopathie ou la chirurgie orthopédique (40), bien qu'elles représentent une part minime de l'activité des réseaux de soins. L'évolution de l'activité des plateformes de gestion reste à suivre, et les prochains rapports sur les réseaux de soins en prendront probablement compte. (Sur la notion d'extension d'activité)

La plupart des plateformes de gestion sont des sociétés anonymes, donc des sociétés d'assurance avec pour exception Seveane, qui est un GIE (Groupement d'intérêt économique). (41)

Le groupement d'intérêt économique (GIE) rassemble différentes entreprises avec l'objectif de développer leur activité grâce au regroupement de certaines fonctions.

Forme juridique intermédiaire entre la société et l'association, le groupement d'intérêt économique (GIE) est doté d'une personnalité morale. Créé pour une durée déterminée, le GIE doit être constitué d'au moins deux membres qui travaillent dans un secteur d'activité compatible avec son objet. En choisissant d'appartenir au même groupement, les membres deviennent co-responsables des dettes et créances du GIE. Ils engagent donc leur patrimoine, sauf si cette responsabilité a été définie autrement

dans la convention qui a constitué le groupement (la convention ne doit pas être confondue avec la raison sociale).

1.1.3.3.3 Autres types de “réseaux”

En dehors des réseaux de santé ou des réseaux de soins auxquels nous avons attribué une définition précise, permettant de définir les nouveaux intermédiaires de la santé bucco-dentaire dont l'essor a été constaté au début des années 2000, on peut également citer plusieurs modes de regroupement en réseau jouant un rôle, à leur manière, dans l'offre de soins en France :

1.1.3.3.3.1 Les regroupements pluridisciplinaires inter professionnels

Le dernier rapport de la DREES (42) montre que les chirurgiens-dentistes ainsi que la plupart des professionnels de santé ou paramédicaux libéraux ont de plus en plus tendance à se regrouper au sein de structures collectives, qu'elles n'accueillent que des chirurgiens-dentistes, on les appelle « cabinets de groupe » ou qu'elles soient plus diversifiées, comme les Maisons de Santé Pluridisciplinaire (MSP).

Ces structures permettent un regroupement géographique des professionnels de santé au profit de la coordination du parcours de soins des patients.

1.1.3.3.3.2 Les CSD (Centres de Soins Dentaires) :

Ils regroupent tous les étudiants en formation de France, qui commencent à effectuer des soins sur patients à partir de la 4^e année.

Il existe 16 CSD concentrés dans 15 villes : Bordeaux, Brest, Clermont-Ferrand, Lille, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Nantes, Nice, Paris, Reims, Rennes, Toulouse et Strasbourg, Paris en comptant 2 facultés (Descartes ou Paris V et Garancière ou Paris VII).

Situés principalement au niveau des centres-villes, ils absorbent beaucoup d'urgences, mais également des consultations spécialisées, ou des patients souhaitant une prise en charge globale comme en cabinet libéral. Leur intérêt est avant tout axé sur la prise en charge de patients dans le cadre de la formation des futurs

chirurgiens-dentistes, tout en tenant compte du fait que ces structures sont soumises à des règles sanitaires spécifiques.



Figure 7 : répartition des facultés de chirurgie-dentaire en France.

1.1.3.3.3 Les antennes

L'activité hospitalière des étudiants et des praticiens ne se limite cependant pas aux CSD. Il existe également des antennes établies entre les facultés et d'autres centres hospitaliers, permettant aux étudiants en fin de cursus d'exercer dans des zones dépourvues de facultés, et d'exporter la spécialité dentaire pour favoriser l'accès aux soins dentaires dans un cadre hospitalier.

Pour la faculté de Nantes par exemple, plusieurs antennes ont été mises en place au cours de ces dernières années, à savoir :

- Orléans

- Poitiers
- Tours

Deux nouvelles antennes ouvriront bientôt leurs portes à Tours et au Mans.

1.1.3.3.4 Le réseau Hôpital & GHT.

Réseaux territoriaux reposant sur une démarche collaborative, les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) ont été créés afin de fluidifier et graduer les parcours santé des patients et d'optimiser les compétences des professionnels de santé ainsi que les équipements via une mutualisation. (43)

1.1.3.3.5 Les réseaux de praticiens à l'étranger

Les réseaux d'orientation des patients vers des cliniques situées à l'étranger se sont développés dans les années 1990.

Avec l'essor de l'implantologie, celle-ci n'étant pas ou très peu remboursée, un appel d'offre s'est créé et a ouvert la porte à des centres aux tarifs "compétitifs" par rapport aux tarifs pratiqués en France.

Les pays principalement concernés sont la Hongrie et la Roumanie, qui regroupent des cliniques accueillant spécifiquement des ressortissants étrangers.

Les problématiques qui se posent concernant ces pratiques sont multiples :

- Il s'agit de détournement de patientèle
- Les patients pris en charge dans ces structures ne bénéficient pas de suivi, et se retrouvent parfois à devoir reprendre de nombreux traitements lorsqu'ils reviennent en France
- Les praticiens français ne sont pas comptables des conséquences liées au non respect du contrat moral par les patients se rendant dans ces cliniques
- La législation ne permet pas une lutte contre ces structures, qui ont par ailleurs incité des centres à bas coût à s'installer directement en France
- Les tarifs compétitifs associés à un non suivi peuvent amener à une baisse de qualité des soins, rarement sans conséquences pour les patients

Ces réseaux peuvent ainsi poser des soucis en termes de santé publique qu'il conviendrait d'analyser plus précisément.

1.1.3.3.3.6 Les centres association loi 1901

Aussi appelés « centres à bas coût » ou encore « centres low-cost », ces centres, dont les modalités d'ouverture ont été modifiées par la loi Hôpital Patient Santé Territoire, doivent désormais réaliser une déclaration d'ouverture auprès de l'ARS de leur région. (44)

En effet, le scandale DENTEXIA a soulevé les difficultés rencontrées dans le cadre de l'ouverture de ces centres association loi 1901, dont la gestion peut être actuellement réalisée par n'importe qui ayant les moyens d'ouvrir un centre. On peut citer en exemple de directeurs de ces centres : « Des prothésistes dentaire, une opticienne, un journaliste, un directeur artistique, des médecins, un expert-comptable, un employé de maintenance, un plombier, un photographe de mode, un navigant TGV, des diplômés d'école de commerce, des fournisseurs, des assistantes dentaires, un kinésithérapeute, une esthéticienne, des pharmaciens, une vendeuse de bijoux, une juriste, un juge, une créatrice de mode, une chimiste, des étudiants, un coach-formateur de chirurgiens-dentistes, un entrepreneur de navette-taxi, un ancien conseiller ministériel, un gestionnaire de fond d'investissement et des chirurgiens-dentistes.

De nombreuses enseignes ont ouvert depuis 2009.



Figure 8 : Exemples de centres dentaires associatifs

Une directive européenne prévoit l'ouverture de la gestion de cabinet libéraux de dentistes à des personnes n'exerçant pas la chirurgie dentaire, ce qui risque d'entraîner des dérives quand on connaît les conséquences qu'ont pu avoir l'ouverture de certains centres par du personnel non soignant. (45)

1.1.3.3.3.7 Réseaux et scandale sanitaire.

Enfin, les autres types de réseaux sus-cités ont été, ont, ou peuvent à l'avenir être impliqués dans des scandales sanitaires, en tant que responsable ou en tant qu'aide à la population.

Prenons l'exemple de Dentexia, dont l'effet médiatique a été retentissant. Cette société, à l'origine de milliers de victimes (2200 au dernier recensement), condamnée par la justice pour manquement à l'hygiène (46), a vu impliqués des cabinets dentaires ainsi que les centres de soins dentaires dans le cadre de "l'aide aux victimes" mise en place par le gouvernement.

Une inconnue persiste quant à la mise en place d'autres structures comme Dentexia, cette affaire n'ayant pas empêché d'autres centres association loi 1901 de continuer à se créer sur le territoire. Un suivi des ces structures au même titre que les cabinets dentaires, qui sont soumis à des contrôles, semble primordial afin d'éviter que se reproduise un scandale sanitaire, permettant à chacun de pouvoir continuer son activité sans avoir à réparer les pots cassés. Actuellement, on ne peut évaluer précisément le nombre de centres associatifs ayant ouvert, cela dit on peut évaluer depuis leur apparition en 2010 que 500 d'entre eux ont ouvert depuis.

1.1.3.3.8 Organisations non gouvernementales

Les ONG s'inscrivent également dans le cadre d'un réseau, à échelle mondiale, dont l'objectif est d'intervenir auprès des populations, essentiellement pauvres, des pays en développement frappées par des épidémies ou manquant cruellement d'un accès aux soins primaires.

La référence dans le domaine bucco-dentaire est l'AOI, ou Aide Odontologique Internationale, qui possède aujourd'hui 365 praticiens partenaires, et agit essentiellement en Afrique et en Asie.

Créée en 1983, elle intervient auprès des populations ayant un accès limité au fluor ainsi qu'à des soins de premier recours.

Elle porte actuellement des projets au Laos, au Cambodge, à Haiti, au Burkina Faso, à Madagascar ainsi qu'en France. (47)

1.1.3.3.9 Télémedecine

Les difficultés d'accès aux soins se traduisent par une présence des professionnels parfois limitée, notamment au contact de population fragiles ou mises à l'écart comme les personnes âgées dépendantes, les détenus ainsi que les personnes handicapées, ne permettant pas toujours un contact direct entre le patient et le praticien. C'est pourquoi la couverture de la population doit également passer par la télémedecine, actuellement en test dans de nombreuses villes.

Par exemple, le projet « e-dent » a été mis en place à Montpellier, en collaboration

avec des Etablissements Hospitaliers pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), une maison d'arrêt ainsi que des Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS). Il consiste à utiliser des caméras intra-buccales permettant d'enregistrer l'état buccal du patient via du personnel spécifiquement formé à cette tâche afin de préparer la téléconsultation à distance qui sera réalisée par le chirurgien-dentiste. (48)

Conclusion de la première partie :

La notion de « réseau » appliqué à la santé est très variée et complexe. Nous avons vu ici que de nombreuses structures pouvaient y être associées.

Lorsqu'on s'intéresse aux réseaux assurantiels de couverture de la population, il est intéressant de constater une certaine proximité dans leur organisation. Cela étant, la comparaison entre les modèles américain, espagnol et français à partir de ces données ne saurait satisfaire une réflexion globale sur l'évolution et le fonctionnement de ces systèmes, les politiques sanitaires et leur contexte de mise en oeuvre étant soumis à de fortes variations.

Le modèle américain reste basé sur l'intervention des assurances dès le premier centime de dépense, ce qui est loin d'être le cas de la France.

L'évolution du modèle espagnol s'explique par de nombreux autres éléments, son organisation différant quelque peu de celle de la France en termes de gestion sanitaire, territoriale et législative ou encore au niveau de l'impact et de la force d'anticipation des instances représentatives tel que l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes ou des syndicats, dont le taux d'adhésion est celui le plus élevé des professions médicales. (49)

Toujours est-il que dans ces trois pays, les assurances ont actuellement une place non négligeable dans l'offre de soins et le financement de la santé, la chirurgie dentaire étant soumise à une forte pression du fait d'un engagement relatif, du moins constamment en diminution, de l'état quant à son financement.

Après avoir détaillé tout ce qui pouvait se rapporter à un réseau de soins, analysons désormais comment sont organisées ces structures assurantielles en France.

2 Contexte d'apparition et mode de fonctionnement des réseaux de soins actuellement sur le marché

2.1 Contexte d'apparition des réseaux de soins en France :

La notion de "réseau de soins" nécessite une analyse précise car elle regroupe différents types d'acteurs dont le mode de fonctionnement ainsi que les modalités de mise en place diffèrent sur de nombreux points.

Les termes étant désormais clarifiés, nous allons expliquer le contexte d'apparition ainsi que le mode d'organisation de ces différents réseaux de soins afin, par la suite, de mieux comprendre leur impact actuel et potentiel sur le système de santé français.

2.1.1 Une réponse à un besoin ?

En janvier 2014, le député Bruno Le Roux présente une proposition de loi à l'Assemblée nationale « visant à permettre aux mutuelles de mettre en place des réseaux de soins »

L'exposé des motifs met d'abord en avant un problème majeur rencontré au sein de notre système de santé : les difficultés d'accès aux soins. (50)

Tels qu'implicitement définis par la loi Le Roux, les réseaux de soins représentent un nouvel intermédiaire dans le paysage de la santé bucco-dentaire, que cela soit en termes d'offre de soins, d'accès aux soins, ou d'effet sur le système de santé en général.

L'introduction du remboursement différencié rend les organismes complémentaires capables d'orienter les patients chez des professionnels de santé pratiquant des tarifs dits "préférentiels", amenant ainsi à une meilleure prise en charge financière de leurs soins.

Ainsi, la loi Le Roux peut être vue comme un moyen donné aux mutuelles d'améliorer l'accès aux soins des français, en leur permettant de signer des conventions avec les chirurgiens-dentistes dans lesquelles ils s'engagent de leur côté à limiter leurs tarifs de prothèse, en l'échange de l'orientation de ces réseaux de

soins vers les chirurgiens-dentistes, permettant *in fine*, de diminuer le renoncement aux soins.

2.1.2 Le désengagement de l'AMO

Le constat réalisé depuis une trentaine d'années sur le secteur dentaire en France est le suivant : l'assurance maladie se désengage année après année du remboursement des soins dentaires. (51)

Dans tous les domaines de l'activité dentaire, très peu d'améliorations ont pu être observées, tant sur les soins prothétiques (tarif de remboursement presque inchangé depuis 1988) que sur les soins conservateurs (réévaluation lors de la convention de 2006 par rapport à la hausse des prix liée à l'inflation).

Ce désengagement a représenté une occasion pour les organismes complémentaires d'assumer plus encore leur rôle de financeurs majoritaires. Bruno Le Roux l'indique dans son exposé des motifs :

« En 2008, 15,4 % de la population adulte déclarait avoir renoncé à des soins médicaux pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. Ces renoncements concernent en premier lieu les soins dentaires et optiques pour lesquels la part des dépenses remboursées par l'assurance maladie obligatoire est plus faible (4 % pour les dépenses d'optique, les complémentaires santé en prenant en charge 66 % et les ménages 29 % en moyenne).

Car si le système de santé français repose sur l'assurance maladie obligatoire garante de la solidarité nationale, les organismes complémentaires y jouent un rôle majeur et croissant, particulièrement en matière d'accès aux soins. Parmi ces organismes complémentaires, les mutuelles, sociétés de personnes à but non-lucratif protégeant 38 millions de personnes, apparaissent comme des partenaires indispensables pour l'État et l'assurance maladie obligatoire. » Pour compléter ce propos, concernant les soins dentaires l'assurance maladie obligatoire en assume 33%, les organismes complémentaires 35%, le reste étant à la charge des ménages.

De nombreux organismes complémentaires ont ainsi saisi cette opportunité pour justifier la souscription à une assurance complémentaire. (52,53)

Depuis le 1^{er} janvier 2006, la base de calculs du montant des remboursement des frais de santé en France est appelée la Base de remboursement.

Elle est constituée de la part remboursée par la sécurité sociale, de la participation forfaitaire et du ticket modérateur à la charge de l'assuré.

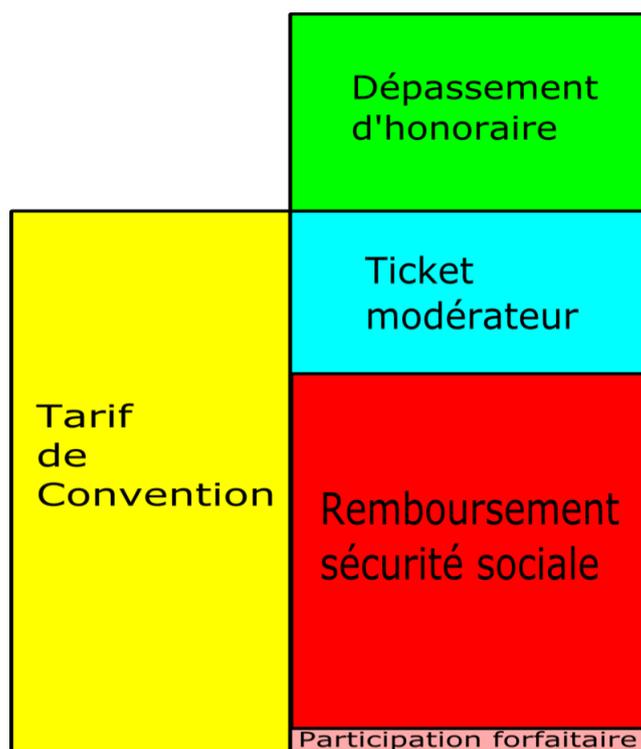


Tableau 2 : organisation du tarif de convention

La part remboursée par la sécurité sociale est de 70% pour la plupart des actes primaires comme les consultations ou les soins au tarif opposable à la sécurité sociale, mais cela n'a pas toujours été ainsi.

Elle était encore de 75% pour le régime général dans les années 1980.

2.1.3 L'accès aux soins

Ce renoncement aux soins pour raisons financières est un des arguments principaux développés en faveur des réseaux de soins, puisque l'un des objectifs de ces derniers est d'améliorer l'accès aux soins de la population en mettant

2.1.3.1 Le renoncement aux soins

Concept récemment introduit dans les enquêtes de l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES), le renoncement aux soins est aujourd'hui un indicateur d'évaluation des politiques publiques, notamment en termes d'équité d'accès aux soins. (54)

On peut en donner la définition suivante :

« Les individus renoncent à des soins quand ils ne sollicitent pas les services de soins et les professionnels de santé alors qu'ils éprouvent un trouble, constatent un désordre corporel ou psychique ou quand ils n'accèdent pas à la totalité du soin prescrit ».

(55)

Le renoncement aux soins peut être séparé en deux types : (56)

- Le renoncement barrière
- Le renoncement refus.

Le renoncement barrière. Il existe un certain nombre de contraintes qui ne permettent pas à l'individu d'accéder au soin désiré. Dans ce cas c'est la dimension structurelle qui limite le soin par le biais de contraintes budgétaires. Le prix du soin, son remboursement, le reste à charge, la qualité de couverture sociale et complémentaire, le niveau de revenu se combinent entre eux et constituent ces contraintes financières.

Le renoncement refus constitue un acte d'autonomie par rapport au système de santé. Il peut aller d'un refus d'un acte spécifique parfois gratuit (mammographie) à un refus plus radical de se soigner. Ainsi en est-il des parcours de fin de vie avec décision d'arrêt de traitement. Certaines personnes évoquent aussi un manque d'intérêt pour eux-mêmes, surtout ceux en grande précarité.

Ces deux types ne s'excluent pas l'un l'autre, ils sont au contraire étroitement liés.

Des analyses anthropologiques ont été effectuées dans ce domaine afin de comprendre la signification précise de ce qu'est le renoncement aux soins pour les individus, ainsi que de ses origines. (57)

Le secteur dentaire est largement concerné par le renoncement pour raisons financières.

Les soins concernés par le renoncement

En %

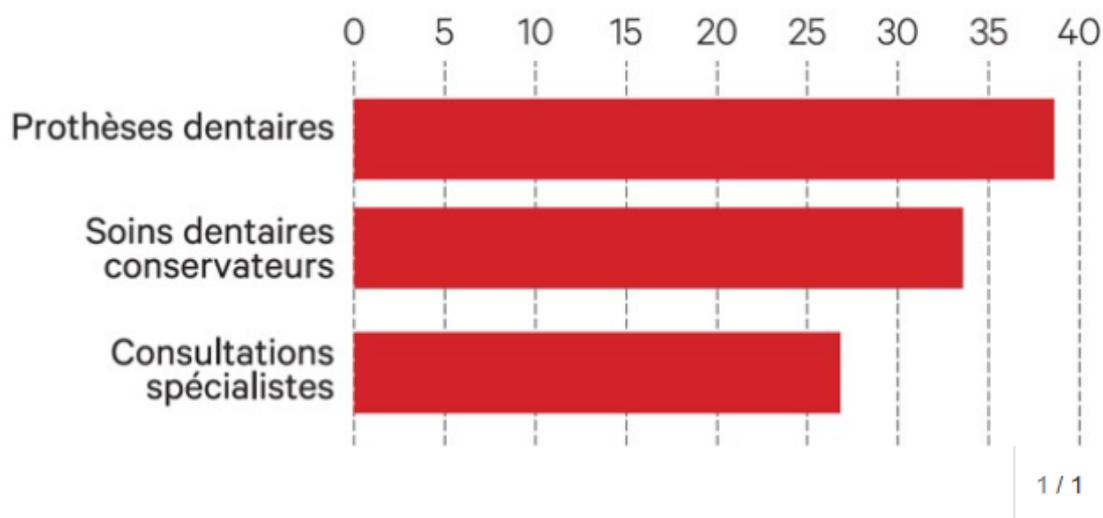


Figure 9 : Renoncement aux soins dentaires en 2017

En 2016, 26.5% des assurés sociaux admettaient avoir renoncé à se faire soigner. Pour le dentaire, on constate que sur ces assurés sociaux, 39% avaient renoncé à des prothèses dentaires, responsables d'un reste à charge parfois non négligeable, mais 34% avaient renoncé à des soins conservateurs, pris en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire, ce qui peut amener à une certaine prudence quant à l'analyse des chiffres concernant le renoncement aux soins pour raisons financières. (58)

En 2015, la DREES a mis en place une enquête concernant le renoncement aux soins pour raisons financières, plus précisément concernant l'impact de la formulation. (59)

L'objectif est d'étudier l'impact de différentes formulations/approches vis-à-vis du renoncement aux soins médicaux (dentaire, optique, médecine, kinésithérapie ...) :

- Sur la sensibilité des sujets vis-à-vis du renoncement aux soins
- Sur les soins faisant le plus l'objet d'un renoncement

- Sur les populations les plus touchées par le renoncement aux soins

Dans le cadre de cette enquête, plusieurs raisons expliquant le renoncement aux soins ont été indiquées :

- Motif financier, il s'agit du renoncement le plus abordé sur le plan politique et médiatique
- Complexité de la démarche
- Délais d'attente
- Peur de consulter
- Préfère attendre que les choses aillent mieux d'elles-mêmes
- Pas le temps (motif personnel ou professionnel)
- Professionnel de santé trop éloigné
- Autre raison

Jeu de formulation	Questions posées
<p>ECHANTILLON A' Question filtre sur l'existence d'un besoin</p> <p>Dans un second temps, question indirecte sur le renoncement pour cerner si l'individu a eu ou non recours chaque fois qu'il en a eu besoin</p>	<p>Q1 : Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu besoin de voir un dentiste pour des soins dentaires ? (1)</p> <p>Q2 : Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vu un dentiste pour des soins dentaires chaque fois que vous en avez eu besoin ? (2)</p>
<p>ECHANTILLON B' Question filtre sur l'existence d'un besoin</p> <p>Dans un second temps, question directe sur le renoncement faisant explicitement intervenir le verbe renoncer</p>	<p>Q1 : Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu besoin de voir un dentiste pour des soins dentaires ?</p> <p>Q3 : Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé à voir un dentiste pour des soins dentaires dont vous aviez besoin ? (3)</p>
<p>ECHANTILLON C' Pas de question filtre sur l'existence d'un besoin</p> <p>Question indirecte sur le renoncement posée d'emblée, pour cerner si l'individu a eu ou non recours chaque fois qu'il en a eu besoin</p>	<p>Q2 : Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vu un dentiste pour des soins dentaires chaque fois que vous en avez eu besoin ?</p>
<p>ECHANTILLON D' Pas de question filtre sur l'existence d'un besoin</p> <p>Question directe sur le renoncement faisant explicitement intervenir le verbe renoncer</p>	<p>Q3 : Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé à voir un dentiste pour des soins dentaires dont vous aviez besoin ?</p>

Tableau 3 : renoncement aux soins en fonction de la formulation

Cette étude apporte une nouvelle vision quant à la notion de renoncement aux soins pour motif financier.

Elle amène un élément fondamental concernant l'analyse du renoncement aux soins : la formulation de la question.

En effet cette formulation n'a jamais été étudiée et la considérer comme un potentiel facteur de variation sur le renoncement aux soins des individus permet de rendre précise l'analyse du renoncement aux soins.

Les résultats de cette étude montrent qu'en effet la formulation un impact non négligeable sur les réponses des individus à propos du renoncement, **taux pouvant varier de 15% entre deux formulations**, ce qui est considérable.

En revanche les soins faisant le plus l'objet d'un renoncement et les populations les plus touchées par celui-ci ne semblent pas impactées par la formulation. Au vu de ces résultats : les résultats de cette étude justifient de vérifier la légitimité des analyses concernant le renoncement aux soins pour raisons financières, à partir de la comparaison entre les formulations de la/des question(s).

Ceci nous permet d'apporter un nouvel élément à propos des études faites sur le renoncement aux soins, et incitera, nous l'espérons, les différents organismes chargés de ce type d'étude à prendre ce paramètre en compte.

2.1.4 Le cadre concurrentiel

Les réseaux de soins sont apparus dans le cadre d'un réel besoin de l'amélioration de l'accès aux soins de la population.

Comme indiqué précédemment, les secteurs dentaire, optique, et des aides auditives sont caractérisés par un désengagement de l'assurance maladie entraînant des tarifs élevés du fait d'un reste à charge important, comblé par des organismes complémentaires. Cela s'est traduit au fil du temps par un renoncement aux soins important.

Les plateformes se livrent alors une concurrence féroce en se différenciant par :

- La taille de leur réseau
- Les avantages procurés
- Leurs principes d'actions

Certains prônent l'ouverture, la modération tarifaire ainsi que la concertation avec les professionnels de santé.

D'autres souhaitent plus s'orienter vers des réseaux « fermés » et défendre les

patients/consommateurs des « abus » potentiels des professionnels de santé. Enfin, certains cherchent à attirer autant les consommateurs que les professionnels de santé quand d'autres se montrent beaucoup plus prudentes vis-à-vis de leur développement d'activité et « choisissent » plus précisément les populations qu'elles souhaitent intégrer à leur réseau.

Ces positionnements stratégiques bien distincts des plateformes les unes par rapport aux autres permet aux clients potentiels de trouver au moins une plateforme plus attractive qu'une autre, tandis qu'auprès des professionnels de santé l'approche semble assez similaire selon les plateformes.

Contrairement aux idées reçues il n'existe pas vraiment de réseau strictement ouvert, consensuel par rapport à d'autres qui seraient plus fermés et agressifs.

2.2 Mode de fonctionnement des différents types d'acteurs

Les 3 acteurs que nous allons comparer présentent tous des spécificités, du fait de leur historique ainsi que de leur mode d'organisation. Tous les trois ont un impact sur l'offre de soins, cela étant nous allons détailler plus précisément les plateformes assurantielles, car elles incarnent un nouveau paradigme dans la régulation de l'offre de soins et ont suscité la mise en place d'un rapport de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales), leur étant spécifiquement dédié. (60)

2.2.1.1 Réseaux de soins conventionnés

On appelle réseau de soins conventionné tout réseau basé sur un principe de convention avec un professionnel de santé ainsi qu'avec un organisme complémentaire.

2.2.1.1.1 Plateformes assurantielles de gestion

Les 6 réseaux de soins assurantiels actuellement en place sont les suivants : Carteblanche, Istya, Itelis, Kalivia, Santéclair et Seveane. Nous n'analyserons pas la plateforme Istya car elle ne gère pas de réseau lié au domaine dentaire.

Apparues dans les années 2000, elles servent d'intermédiaires entre les organismes complémentaires et les professionnels de santé, en signant des conventions avec ces derniers.

En l'échange d'une rémunération de 1 à 3 euros, elles fournissent un service aux organismes complémentaires. Les services vont de la gestion du tiers-payant, à une sélection et contrôle des professionnels de santé, en passant par des tarifs préférentiels sur des catalogues de produits ou de soins.

Elles orientent leurs clients vers les professionnels de santé appartenant à leur réseau.

A travers les réseaux de soins, les plateformes de gestion mettent en relation une offre et une demande de soins, ce qui les rend « médiateurs actifs » au sein du système de santé.

Ces plateformes n'opèrent donc plus uniquement en tant qu'intermédiaire passif, mais bien en tant que régulateurs à part entière.

	Carteblanche	Istya	Itelis	Kalivia	Santclair	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)

Tableau 4 : Description synthétique des 6 plateformes (2016)

Plusieurs points communs se dessinent :

- Les réseaux gérés sont de grande taille : plusieurs milliers de professionnels de santé et plusieurs millions d'assurés et d'ayant droit peuvent y avoir accès
- Les plateformes ont souvent de nombreux clients en dehors de leurs actionnaires : organismes complémentaires, courtiers ou délégataires de gestion

- A l'exception de Seveane, toutes sont des sociétés anonymes (SA) ou des sociétés par action simplifiée (SAS)
- A l'exception de la plateforme Istya, toutes les plateformes gèrent des réseaux en lien avec les trois secteurs « historiques » : dentaire, optique, et aides auditives.
- Enfin, même si les réseaux représentent l'essentiel de leur activité, ces plateformes présentent quasiment toutes d'autres activités que la gestion de réseaux de soins, comme les conseils santé, les analyses de devis ou encore les outils de géolocalisation

Les analyses de devis
<p>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 élaborées 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.</p>
<p>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.</p>
<p>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.</p>
<p>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.</p>

Figure 10 : analyses de devis

Les plateformes se livrent à une forte concurrence et s'efforcent de se différencier les unes des autres par une communication, des services ou des avantages spécifiques. On observe ainsi des raisonnements stratégiques bien précis.

Cela étant, pour les professionnels de santé, les plateformes de gestion semblent présenter bien plus de similitudes que de différences, ce qui pourrait expliquer le fait que ceux qui adhèrent le fassent le plus souvent avec plusieurs réseaux.

2.2.1.1.1 Organisation

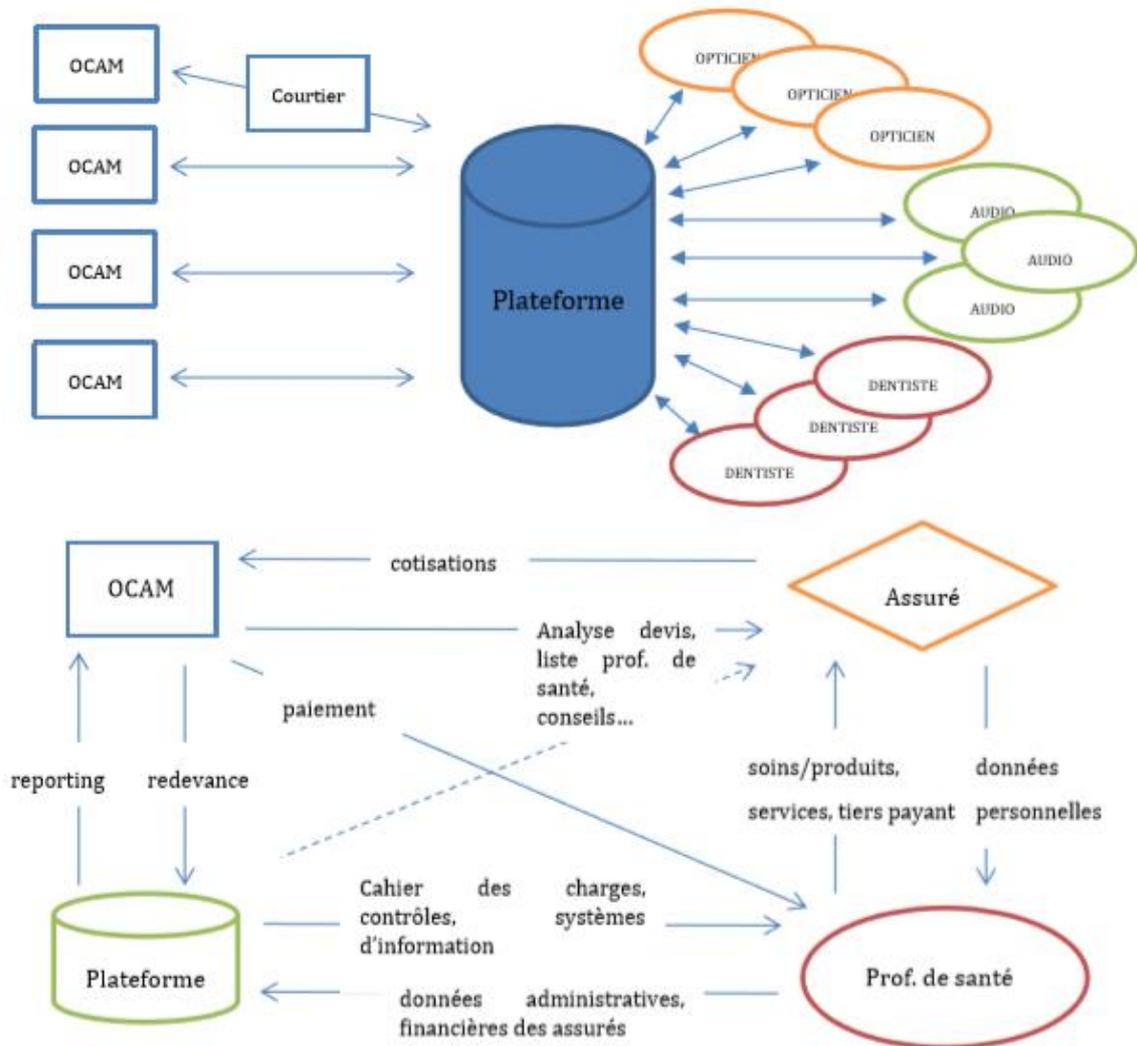


Figure 11 : Organisation synthétique d'une plateforme de gestion

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).

2.2.1.1.1.2 Eventail de compétences

Les plateformes jouissent de nombreuses compétences en plus de leurs fonctions supports (notamment informatiques) :

- Téléconseillers : ils sont chargés de répondre aux sollicitations des professionnels de santé suite à un refus de prise en charge ou de souci de fonctionnement, ou aux assurés souhaitant obtenir des informations (suite à une analyse de devis ou en recherche de professionnel de santé)
- Des « experts », à priori des professionnels de santé » participant à l'élaboration de grilles tarifaires dans le cadre des nouvelles conventions, ainsi qu'au « contrôle » des professionnels de santé membres des réseaux.
- Des services statistiques

Elles recourent toutes sans exception à des systèmes d'information (logiciels ou plateformes web) permettant un traitement automatique et dématérialisé, et donc très rapide des échanges avec les professionnels de santé sur les devis, prises en charge, suivis de paiement.

Ce sont ces systèmes d'information ultra performants qui constituent la plus grande force des réseaux face aux organismes complémentaires et aux professionnels de santé. Alors que dans un schéma classique, un accord de tiers-payant demande plusieurs jours et plusieurs traitements manuels, les réseaux de soins effectuent l'opération en temps réel sans aucune perte de temps. La facturation ainsi que le règlement du professionnel de santé se font exactement de la même manière.

La base de données des plateformes leur permet d'analyser les pratiques professionnelles, les consommations des assurés, et le fonctionnement des différents marchés de manière très performante.

Ces données assurent donc aux plateformes une réactivité et une optimisation de leurs pilotage face aux professionnels de santé et aux organismes complémentaires.

Les plateformes, apparues il y a une quinzaine d'années pour les plus anciennes, ont littéralement propulsé les réseaux de soins au devant de la scène sanitaire, devenant incontournables dans le secteur de l'assurance complémentaire : entre 2013 et 2016, nous sommes passées de 38 millions à 45 millions d'assurés et ayant droit pouvant

en bénéficiant (61), ce qui correspond à environ ¾ des personnes bénéficiant d'une couverture complémentaire, mis à part les patients possédant la CMU-C.

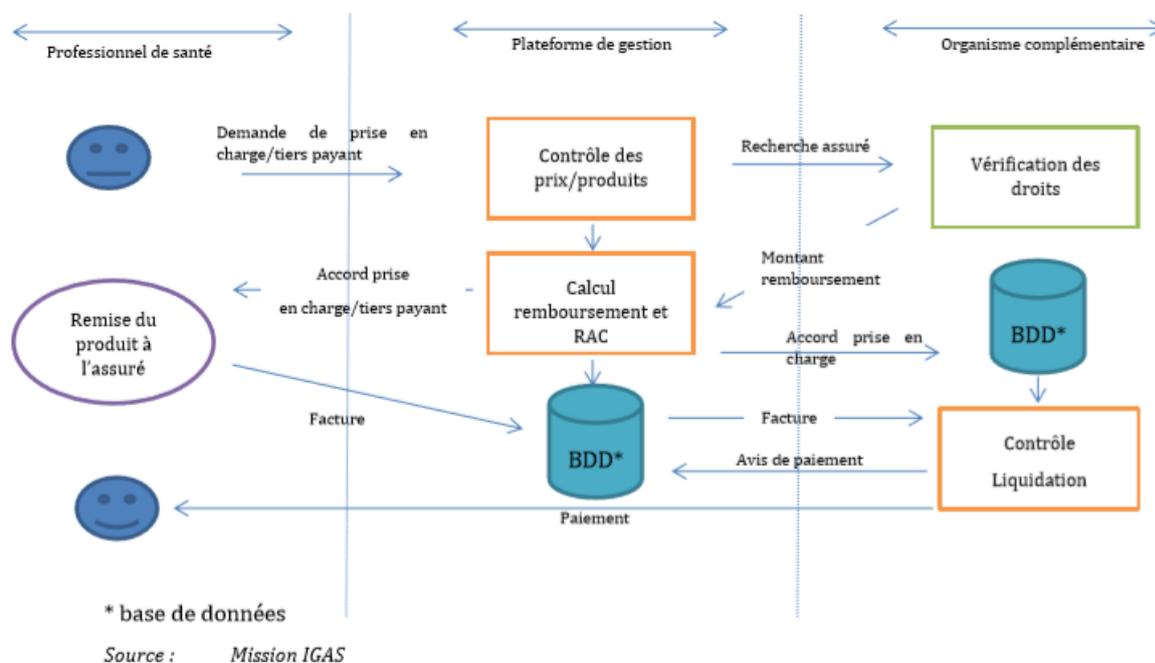


Figure 12 : Prise en charge dématérialisée

2.2.1.1.1.3 Un poids variable selon les secteurs.

Malgré l'analyse effectuée ci-dessus, il est important de préciser que les réseaux de soins gérés par les plateformes assurantielles ont un impact très variable selon les secteurs, et parmi les trois secteurs qu'on peut qualifier d'« historiques », le secteur dentaire est le moins impacté par ces plateformes.

L'optique est le secteur le plus touché. Il a été constaté qu'en moyenne, chaque point de vente optique appartenait à 3 réseaux en moyenne.

En termes de volumes d'activité, le chiffre d'affaires est également en hausse (1.9 Mds € en 2016 contre 1.7Mds € en 2015 alors que le marché de l'optique était stable). (62) Il semble aujourd'hui difficile pour les opticiens, de se passer de l'interaction avec les réseaux.

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.

Dans le secteur dentaire, les réseaux gérés par les plateformes sont, selon le rapport de l'IGAS, peu développés. Lorsqu'on met de côté le réseau CNSD/MFP, on constate que les réseaux rassemblent une minorité de la profession. En effet le protocole CNSD/MFP regroupe plus de 24 000 signataires, soit près de 60% de la profession. (63)

Le réseau rassemblant le plus de chirurgiens-dentistes est Carteblanche, avec 5 750 sur 40 410 au moment de l'enquête, soit environ 14%.

	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

Tableau 7 : réseaux dentaires (omnipraticiens) gérés par les plateformes

De la même manière que pour les opticiens, l'IGAS ne peut savoir le nombre exact de praticiens adhérant à au moins un réseau, toutefois, d'après les estimations, cette adhésion semble relativement concentrée, à savoir qu'un praticien adhère souvent à plusieurs réseaux.

Concernant les parts de marché, les réseaux représentent « une proportion marginale des soins : de l'ordre de quelques dizaines de milliers de prises en charge par an ». Le taux de recours aux réseaux, d'après les plateformes, ne dépasserait pas les 25%.

2.2.1.1.1.4 La gestion du risque

Toujours d'après l'IGAS,

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

Ils jouent ainsi un rôle prépondérant dans :

- L'encadrement des tarifs
- La lutte contre la fraude
- Le contrôle de la qualité des produits et des pratiques

2.2.1.1.1.5 Bénéficiaires des organismes liés à un 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.

Tableau 8 : Répartition en 2014 des bénéficiaires par type d'organisme, de contrat et de réseau.

- 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.

2.2.1.1.1.6 Les contrats

L'analyse de l'impact des réseaux de soins nécessite une comparaison du niveau de prestations au sein et en dehors des réseaux. Dans le rapport de l'IGAS de septembre 2017, une analyse de la répartition des usagers par type de contrat a été effectuée.

	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

Tableau 9 : Répartition des usagers recourant aux soins par type de contrat

2.2.1.1.1.7 Domaines d'activité

Les réseaux de soins agissent actuellement dans trois domaines principaux :

- L'optique
- L'audioprothèse
- La chirurgie-dentaire.

Ceci n'est pas le fait du hasard. En effet, ces trois domaines sont les plus touchés par un « reste à charge » élevé.

D'autres domaines sont étudiés comme la chirurgie réfractaire, l'orthopédie, la pharmacie, mais ils restent largement minoritaires pour le moment.

2.2.1.1.2 Réseau professionnel

2.2.1.1.2.1 Historique

On peut qualifier le protocole MGEN/CNSD comme le premier réseau de soins conventionné. Il s'agit à ce jour du seul réseau mis en place par la profession.

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.

Figure 13 : Extrait du rapport de l'IGAS de septembre 2017

La Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale (MGEN) et la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires (CNSD) ont élaboré ensemble un protocole permettant l'amélioration de l'accès aux traitements prothétiques fixes, orthodontiques et créant une prise en charge de consultation de prévention bucco-dentaire.

C'est en 1999 que la Mutualité Fonction Publique a permis aux adhérents des mutuelles de fonctionnaires membres de la MFP de bénéficier d'un protocole proche de l'accord MGEN-CNSD.

Un accord national signé le 16 décembre 2004 entre la CNSD et la Mutualité Fonction Publique (MFP) unifie les protocoles d'accords signés, d'une part, entre la CNSD et la MGEN et d'autre part entre la CNSD et la MFP. Il est entré en vigueur le 1er janvier 2005.

Il a été, depuis 2004, complété par deux avenants : le premier avenant (examen de prévention) en 2006 et le deuxième avenant (valeurs des points pour les traitements prothétiques et ODF) (64) en 2007.

2.2.1.1.2.2 Contenu de l'accord

DENTAIRE	SÉCURITÉ SOCIALE	MGEN RÉFÉRENCE	SÉCURITÉ SOCIALE + MGEN
Consultations et soins conservateurs ou chirurgicaux (remboursables par la Sécurité sociale et selon la classification commune des actes médicaux)	70%	30%	100%
Inlay Onlay	70%	80%	150%
PROTHÈSES DENTAIRES	SÉCURITÉ SOCIALE	MGEN HORS PROTOCOLE	MGEN DANS LE PROTOCOLE
Prothèses dentaires			
Couronne céramo-métallique ou céramo-céramique en fonction du type de dent : molaires ou incisives, canines, prémolaires (ICP)	70%	122€	397,95€ (ICP) 195,15€ (molaire)
Couronne métallique en fonction du type de dent : molaires ou incisives, canines, prémolaires (ICP)	70%	122€	381,05€ (ICP) 330,35€ (ICP sans couronne transitoire) 195,15€ (molaire)
Appareil amovible définitif résine (dento-porté ou sur implant)	70%	199€ de 9 à 13 dents et 229€ pour 14 dents	
Appareil amovible définitif métal (dento-porté ou sur implant)	70%	206€ de 1 à 7 dents puis 290€ de 8 à 14 dents et 336€ pour 14 dents	
Prothèse amovible transitoire	70%	92€ de 1 à 7 dents et 183€ de 8 à 14 dents	
Bridge de base (2 piliers + 1 inter)	70%	360€	954,35€ (métal) ou 1 000€ (céramique)
	Non pris en charge		
Pilier de bridge supplémentaire	70%	122€	110€
	Non pris en charge		
Intermédiaire de bridge supplémentaire	70%	107€	110€
	Non pris en charge		
Couronne transitoire limitée aux incisives, canines et prémolaires (ICP)	Non pris en charge	31 €/élément	50,70€ par couronne isolée
Bridge de base transitoire (2 piliers + 1 inter) limité aux incisives, canines et prémolaires (ICP)	Non pris en charge	93€ (soit 31€ x 3)	
Pilier et intermédiaire de bridge transitoire limité aux incisives, canines et prémolaires (ICP)	Non pris en charge	31 €/élément	
Inlay core	70%	80%	100€
Inlay core à clavette	70%	80%	116€
Implantologie			
Couronne définitive sur implant	70%	122€ (limité à 2 couronnes sur 2 ans puis 80% BRSS)	
Implant	Non pris en charge	518€ (2 implants sur 2 ans)	
Orthodontie			
Examens préalables	70%	80%	
Traitement actif (par semestre)	100%	200€	350€
	Non pris en charge		338€
Traitement de contention 1 ^{ère} année	100%	80,63€	109,15€
	Non pris en charge	145,13€	219,70€
Traitement de contention 2 ^{ème} année	70%	86€	
	Non pris en charge	96,75€	
Parodontie			
Attelle de contention	70%	183€	
	Non pris en charge		

Tableau 10 : niveaux de remboursement du protocole MGEN

Comme pour les plateformes de gestion, le protocole s'articule essentiellement autour d'un plafonnement des actes entraînant un fort reste à charge, et responsables d'un renoncement aux soins.

2.2.1.1.2.3 Critiques du protocole et actions en justice

De nombreuses critiques viennent entâcher ce protocole depuis sa création, que cela soit au sein même de la CNSD ou via les autres syndicats.

Les principaux reproches qui lui sont faits sont les suivants :

- La création du premier réseau de soins aurait accordé toute légitimité à l'apparition des plateformes de gestion et favorisé l'introduction de la loi Le Roux
- Le plafonnement et le remboursement différencié, bien que meilleurs que ceux des réseaux assurantiels (65), vont à l'encontre de la liberté de choix du patient et viendraient interférer dans l'entente directe entre le patient et le praticien.
- La différence de remboursement selon l'appartenance ou non au réseau serait responsable d'une concurrence déloyale entre confrères

De nombreuses fois, la CNSD a été incitée à dénoncer ce protocole, à faire machine arrière, mais cela n'a jamais été fait.

Ce sujet divise énormément au sein de la profession.

Un contentieux a opposé la MGEN à un des ses adhérents, au motif qu'il n'a pas respecté l'article 112-1 alinéas 3 du Code de la Mutualité qui dispose : « Les mutuelles et leurs unions ne peuvent instaurer de différence dans le niveau des prestations qu'elles servent, qu'en fonction des cotisations payées ou de la situation de famille des intéressés ».

Ce patient, qui s'était adressé à un praticien non signataire du protocole MFP-CNSD, a porté plainte pour n'avoir pas pu bénéficier, à cotisation égale, de prestations identiques à celles pratiquées par un chirurgien-dentiste adhérent au protocole.

La Cour de cassation, par un arrêt en date du 18 mars 2010 (pourvoi n° T 09-10241) a condamné la MGEN pour discrimination financière. (66)

La MGEN a d'ailleurs à nouveau été condamnée en 2011 pour les mêmes raisons. (67)

Depuis, la loi Le Roux a étendu le remboursement différencié ainsi que la mise en place de réseaux de soins, et a donc permis d'autoriser ce genre de pratiques.

Le protocole MFP-CNSD a vu son nombre d'adhérents diminuer depuis une dizaine d'années, passant de 25000 à environ 23000 (68), sans doute à cause de ses quelques déboires judiciaires et des critiques effectuées au sein de la profession.

Toutefois il reste actuellement le réseau de soins regroupant le plus grand nombre de praticiens adhérents.

On peut ainsi retrouver quelques similarités entre le protocole MFP-CNSD et les réseaux de soins. Il est évident que ce protocole est loin d'être parfait, que les critiques à son encontre se justifient dans le sens où il va à l'encontre des principes défendus ardemment par la profession, comme le respect du code de déontologie, l'interdiction de concurrence déloyale ou encore le libre choix du praticien.

2.2.1.1.3 Les centres mutualistes

Le « conventionnement dentaire mutualiste » est géré par le Réseau national des centres de santé mutualistes (RNCSM) 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...

Figure 14 : Réseau national des centres de santé mutualistes (RNCSM)

2.2.1.1.3.1 Définition

A l'origine, le mutualisme est une des valeurs fondamentales à l'origine de notre système de santé. Il désigne un modèle socioéconomique fondé sur la mutualité, action de prévoyance collective par laquelle des personnes se regroupent pour s'assurer mutuellement contre des risques sociaux. Les centres mutualistes semblent se baser sur un modèle centré sur le patient, mais ce modèle semble est actuellement remis en cause si l'on observe la difficulté qu'éprouvent ces centres à tenir économiquement.

2.2.1.1.3.2 Historique

Créé en novembre 2009, le RNCSM, ou Réseau National des Centres de Santé Mutualistes regroupe aujourd'hui plus de 500 centres répartis sur tout le territoire.

460 d'entre eux sont des centres dentaires, 60 des centres de santé médicaux, polyvalents ou infirmiers.

Ces centres se distinguent sous les enseignes suivantes : « Espace Dentaire Mutualiste » « Espace Médical Mutualiste » et « Espace Infirmier Mutualiste ».

La Mutualité Française, qui regroupe de nombreux organismes complémentaires, a souhaité regrouper toutes ses structures de soins et d'accompagnement dans les réseaux suivants : « les Opticiens Mutualistes » « Génération Mutualiste » « Groupement Hospitalier de la Mutualité Française » et le « Réseau des pharmacies mutualistes ».

2.2.1.1.3.3 Les contrats

Les chirurgiens-dentistes des centres mutualistes y sont salariés, ce qui constitue un mode d'exercice minoritaire au sein de cette profession, libérale à près de 90%.

Il existe un contrat type proposé par le RNCSM aux chirurgiens-dentistes exerçant en établissement mutualiste. Il s'agit d'un contrat de travail à durée indéterminée, qui peut varier selon trois temps de travail possibles : (69) (Annexe 1)

- Temps plein de droit commun, à savoir 35 heures par semaine
- Cadre en forfaits jours, qui permet une flexibilité pour le salarié en fonction de ses activités hors centre
- Temps partiel de droit commun

Pour les professionnels de santé qui y exercent, l'avantage du salariat leur permet une focalisation sur le patient et les soins, sans qu'ils aient à se préoccuper de toutes les contraintes administratives et de gestion auxquelles doivent faire face leurs confrères exerçant en libéral.

Les conditions pour exercer en centre mutualiste semblent assez similaires de celles d'un exercice libéral classique :

- Être titulaire d'un diplôme de docteur en chirurgie-dentaire ou de docteur en médecine spécialisée en odontostomatologie.
- Être inscrit au tableau de l'Ordre des chirurgiens-dentistes ou des médecins
- Transmettre le contrat de travail au Conseil départemental de l'Ordre
- Disposer d'une carte de professionnel de santé dans le cadre des échanges SESAM-Vitale
- Être couvert par une assurance responsabilité civile

2.2.1.1.3.4 Modèle économique

Dans le même esprit que les réseaux de soins conventionnés, les centres mutualistes, en lien avec les organismes complémentaires, font en sorte de procurer aux patients des tarifs conventionnés sans « dépassement d'honoraires » et pratiquent le tiers-payant selon les accords conclus avec les mutuelles.

Les praticiens y sont rémunérés de différentes manières, et l'incitation à « faire du chiffre » y est bien moins présente que dans les centres à bas coût.

Il est difficile d'indiquer un modèle global car l'activité de ces centres peut varier selon la direction, les organismes complémentaires avec lesquels ils sont associés ainsi que les modalités tarifaires des contrats ... et ces nombreux paramètres impliquent une rentabilité variable d'un centre à l'autre.

Le rapport de l'IGAS sur les centres de santé indique qu'un certain nombre de ces établissements est en difficulté financière, et ceci malgré les subventions perçues par ces derniers.

Ce rapport pointe également une fragilité structurelle du modèle économique des centres, leur mode de financement étant fondé sur un fonctionnement libéral, qui repose principalement sur la base d'un paiement à l'acte par l'Assurance Maladie selon les mêmes tarifs que ceux applicables aux professionnels de santé libéraux alors que les frais de fonctionnement sont proportionnellement plus élevés, et donc qui est inadapté à une structure d'exercice regroupé.

Le rapport cite 4 imperfections dont souffre le modèle économique des centres de santé :

- La cohérence non assurée entre les dépenses et les recettes (rémunération des professionnels à la charge du centre, absence de rémunération en plus du prix de l'acte)
- La gestion du tiers payant qui est très coûteuse (entre 6 et 11% des recettes d'activité)
- Des missions d'actions sociales et de santé publique (prévention, éducation thérapeutique, prise en charge des plus démunis) mal définies, qui ne bénéficient d'aucun financement spécifique
- Une fonction de coordination, qui est peu mobilisée à travers les volets optionnels en raison de règles de mise en place complexes. Seuls, 28% des centres dentaires et 56% des centres médicaux ou polyvalents se sont engagés dans le volet optionnel selon l'enquête de la CNAMTS fin 2012. Pour les centres de santé médicaux et polyvalents, et les centres dentaires, les montants versés représentent 5,5 % de l'enveloppe théorique prévue sur 2012. Pour les centres infirmiers, il est précisé que 66 % de l'enveloppe a été versé.

	Montant versé en 2012 en millions d'euros	Part du montant théorique	Calcul de l'enveloppe théorique
Volet optionnel dentaire	3,3	5,5 %	60 millions d'€
Volet optionnel médical	6,8	5,6 %	120 millions d'€
Volet optionnel infirmier	4,7	66 %	7 millions d'€
TOTAL	14,8		187 millions d'€

Tableau 11 : Financements publics perçus par les centres mutualistes

L'IGAS a par ailleurs publié des recommandations afin de relever la situation économique de ces centres (70)

Le Réseau National des Centres de santé Mutualistes s'est positionné favorablement sur ce rapport comme l'atteste son communiqué de presse (71)

2.2.1.1.3.5 Lien avec les réseaux de soins conventionnés

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*

Figure 15 : Lien entre les réseaux de soins et les réseaux mutualistes

Les centres mutualistes apparaissent ainsi comme des acteurs de second plan, tant les réseaux de soins les ont rapidement surpassés en termes de communication ainsi que de régulateurs à part entière.

Ils pâtissent d'un modèle mutualiste dépassé par la mouvance assurantielle, et se retrouvent aujourd'hui pour la plupart dépendant des réseaux de soins.

2.2.1.1.3.6 Centres de santé et publicité

La publicité commerciale est admise pour les centres de santé employant des chirurgiens-dentistes.

Pour prendre deux exemples récents la Cour d'Appel de Colmar du 20 janvier 2016 ainsi que la Cour d'Appel de Paris du 18 février 2016 ont rendu leur décision quant aux plaintes déposées par la CNSD à l'encontre de deux centres de santé.

La Cour a rejeté la demande d'application du code de déontologie aux centres de santé, dans le sens où celui-ci n'est pas opposable à une association (ou une mutuelle) qui emploie un chirurgien-dentiste.

Alors que les chirurgiens-dentistes libéraux sont systématiquement condamnés par les juridictions disciplinaires pour la moindre action pouvant être assimilée à une

publicité.

BC1- **Beaucaire** Midi Libre midi@br.fr SAMEDI 1 FÉVRIER 2014 11

Le nouveau pôle de santé inauguré zone des Milliaires

Mutualité Une offre en soins dentaires, optique et surdité.

La Mutualité française du Gard a inauguré, jeudi soir, son pôle santé multi-activités implanté sur la zone des Milliaires. Celui-ci est composé d'un magasin d'optique de 190 m², qui, outre les services habituels, propose aussi l'accompagnement des personnes déficientes visuelles. Sur le même site a également été aménagé un centre mutualiste d'audition, opérationnel au deuxième semestre de cette année, ainsi qu'un cabinet dentaire ouvert depuis le 8 janvier. Organisme à but non lucratif, reconnu d'utilité publique, la Mutualité française du Gard « s'efforce de répondre aux besoins non encore satisfaits, à l'heure où l'accès aux soins de santé est une préoccupation dans toutes les villes et particulièrement à Beaucaire. Nos structures sont ouvertes à tous, sans aucune discrimination. Nous sommes en outre partenaires de la caisse primaire d'assurance-maladie du Gard pour intervenir en matière de prévention et nous travaillons avec le centre communal d'action sociale de Beaucaire (CCAS) pour assurer le suivi personnalisé des personnes en difficulté sociale et financière », a notamment rappelé Jean-Paul Panzani, président du réseau national de centres de santé mutualistes.

Favoriser l'installation des jeunes médecins

En matière d'optique, le centre des Milliaires est le deuxième ouvert dans la ville, après celui de la rue Nationale, qui reste opérationnel; le centre consacré à l'audition constituera le 7^e de ce type dans le Gard lorsqu'il sera en service. L'ensemble des trois structures étant accessible à tous les publics, qu'ils soient ou non affiliés à une mutuelle, et pratique le tiers payant.

An chapitre de la politique tarifaire, « Nous ne sommes pas forcément les moins chers, mais nous sommes certifiés Qualiôtel et nous nous efforçons de combiner maîtrise des prix, offre de grande qualité et service rendu au public », souligne Anne-Laure Comte, directeur du développement, qui met notamment l'accent sur des équipements à la pointe de l'innovation technologique. « On ne peut pas accepter que la santé devienne un business, plutôt le

maire. Ce centre est exemplaire, il ne s'inscrit dans le réseau de la Maison du partage (centre socioculturel) mais nous n'avons pas fini. Avec la communauté de communes, nous mettrons rapidement des moyens pour aider des jeunes médecins à s'installer: sur les quatorze praticiens que compte Beaucaire, quatre vont cesser leur activité. Nous ne voulons pas devenir un désert médical. » À noter que l'ouverture du pôle a permis la création de 10 emplois, 15 sont prévus à terme.

MARIA DUTRON
m.dutron@mfkild.com



Tous les partenaires ont participé à la traditionnelle coupe du ruban inaugural.

Un deuxième cabinet dentaire annoncé

Le centre de santé dentaire de 130 m² installé sur le même site des Milliaires accueille un chirurgien-dentiste et une assistante. « Comme tous nos centres dentaires mutualistes, il bénéficie d'un plateau technique performant, avec radio panoramique et fauteuil de dernière génération. Les procédures d'accueil, de sécurité et de stérilisation y sont très rigoureuses », insiste Virginie Leroux, directrice du pôle santé mutualiste du Gard, qui souhaite aussi mettre l'accent sur « des soins et prothèses aux prix les plus justes » et la volonté d'accueillir tous les publics, notamment les plus fragiles. Pour l'instant, il fonctionne sur un temps partiel du praticien et de son assistante et n'est ouvert que les mercredis et les jeudis. À terme, l'installation d'un deuxième chirurgien-dentiste et d'une assistante, est programmée dans un délai qui sera fonction de la demande du public. Cette seconde équipe, interviendrait les vendredis et les samedis.

► Contact: 15, avenue Terni-d'Agreuz, Tél. 04.66.20.85.10



Virginie Leroux, directrice du pôle santé mutualiste du Gard.

Figure 16 : Exemple de publicité faite dans un journal local

Si les salariés de ces centres se doivent de respecter le code de déontologie au même titre que tous les chirurgiens-dentistes, ce n'est pas le cas de leurs employeurs. En revanche, en dehors de l'argument du code de déontologie, la Haute Juridiction a reconnu que le recours à la publicité favorisait de manière déloyale, les confrères libéraux ne pouvant bénéficier d'un quelconque procédé publicitaire. Les centres de santé doivent limiter leur communication à l'information légalement autorisée.

La subtilité revient alors à déterminer comment distinguer l'information objective de la

publicité. Si le Code de la Santé Publique semble clair sur la question (art. L.6323-1) : « L'identification du lieu de soins à l'extérieur des centres de santé et l'information du public sur les activités et les actions de santé publique ou sociales mises en œuvre, sur les modalités et les conditions d'accès aux soins, ainsi que le statut du gestionnaire sont assurées par les centres de santé. », la condamnation pratique de ces dérives semblent plus difficile à appliquer, étant donné leur généralisation.

Se pose ici la question de l'encadrement des centres de santé par la loi. Au vu des conséquences qu'a eues le scandale Dentexia, il semble plus que nécessaire d'éviter à nouveau ce genre de dérive par un encadrement juridique renforcé.

2.2.1.1.3.7 Détournement de patientèle

Les centres de santé, étroitement en lien avec les organismes complémentaires, opèrent également un détournement de patientèle maquillé. En effet, les patients reçoivent des documents de leurs mutuelles leur indiquant la localisation des centres les plus proches, n'oubliant pas d'indiquer qu'ils pratiquent le tiers-payant et des tarifs qui leur permettront de bénéficier de tous les soins dont ils ont besoin.

3 Impact actuel des réseaux de soins et conséquences prévisibles sur l'exercice futur des chirurgiens-dentistes

Dans le cadre de la loi Le Roux, l'article 3 prévoit la remise d'un rapport permettant d'évaluer l'impact des réseaux de soins :

“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 lettre de mission du rapport de l'IGAS sur les réseaux de soins, sorti en septembre 2017, montre l'importance que revêt cette tâche qui consiste à analyser pour la première fois le fonctionnement et l'impact de ces réseaux de soins. (Annexe 2)

Nous nous baserons essentiellement sur ce rapport pour faire état de l'impact des réseaux de soins conventionnés.

3.1 Evolution de la prise en charge financière des soins

Suite à l'application de la loi Le Roux, le remboursement différencié s'est étendu à tous les organismes complémentaires, incluant les mutuelles.

Les plateformes de gestion et les organismes complémentaires étant des structures privées, non soumises à des limitations concernant leurs modalités de remboursements des prothèses dentaires, il est aujourd'hui difficile d'anticiper l'évolution des tarifs négociés entre réseaux de soins et organismes complémentaires, et donc auprès des professionnels de santé d'une part, et du remboursement des patients d'autre part. N'oublions pas que la négociation des tarifs auprès des professionnels de santé et des organismes complémentaires est un des objectifs principaux de ces réseaux.

3.2 Perspectives de développement des réseaux de soins

Les réseaux de soins n'ont cessé d'évoluer depuis leur apparition.

Le dernier rapport de l'IGAS indique par ailleurs que deux d'entre eux ont cessé d'exister entre le début et la fin de la mise en place du rapport, ce qui indique qu'ils ont probablement été écrasés par la concurrence féroce menée au sein de ce marché prometteur.

Ceci nous indique une tendance qu'on peut rapporter à toutes les structures ayant besoin de volume pour exister. Cette tendance, dans le cadre d'une concurrence entre les acteurs du marché, ici le marché de la complémentaire santé, consiste en une augmentation progressive des acteurs les plus performants et regroupant le plus grand nombre de patients, qui impliquera *de facto* la disparition des plus faibles pour faire émerger, *in fine*, ceux qui auront réussi à accumuler le plus d'adhérents et à s'imposer dans ce domaine.

La mission d'évaluation des réseaux de soins ne se prononce pas précisément quant aux perspectives de développement des réseaux, cela n'est pas son rôle et elle manque probablement encore de recul et de données pour s'adonner à un tel exercice.

Toutefois, des facteurs favorables et défavorables aux développement des réseaux ont été pointés, à droit constant, et il semble important de les intégrer à ce travail.

3.2.1 Facteurs favorables

Dans un esprit de concurrence et de marché, les plateformes assurantielles ayant une audience, du fait de leur budget dans le monde publicitaire (publicité en tout genre permise par des moyens énormes alloués à la communication) risquent fort, sans limitation législative de ces moyens, de continuer à accumuler toujours plus d'adhérents en écrasant toute concurrence.

Apparus au début des années 90, les réseaux de soins ne cessent de croître en termes de bénéficiaires ainsi que de nombre d'adhérents. Leur croissance a connu une forte expansion à partir des années 2000.

Un contexte politique en continuité avec la loi Le Roux, mise en application sous le gouvernement Hollande, ne serait qu'un indicateur favorable à leur expansion.

Les facteurs ayant contribué à l'essor des réseaux de soins, comme le reste à charge élevé ou la faible régulation par les autorités sanitaires ne semblent pas en régression en l'état actuel de la législation.

De plus, le savoir-faire développé par les plateformes de gestion, en particulier les systèmes très développés de collecte et de gestion des informations risquent fort de contribuer à leur essor si rien ne les limite.

3.2.2 Facteurs défavorables

L'expansion des plateformes de gestion n'est toutefois pas assurée. Car si elles constituent la structure qui regroupe le plus d'adhérents (environ 45 millions à ce jour), indirectement en association avec les centres de santé mutualistes qui interagissent également avec la plupart des organismes complémentaires, le réseau de soins regroupant le plus grand nombre de chirurgiens-dentistes est bien le réseau MFP mis en place par la profession. Bien que largement remis en cause, ce réseau regroupe à ce jour plus de la moitié de la profession. L'interaction, voire la collaboration entre un réseau professionnel et les organismes complémentaires peut également être envisagée sans avoir à passer par les réseaux de soins, malgré le fait que ceux-ci se considèrent désormais comme des intermédiaires indispensables.

De plus, toujours à droit constant, le champ de développement des réseaux de soins est extrêmement limité par la loi Le Roux, c'est d'ailleurs un des reproches que lui font la plupart des organismes complémentaires ayant répondu à l'enquête de l'IGAS. Le secteur hospitalier et les honoraires médicaux comptent parmi les plus gros postes de dépenses des organismes complémentaires, malgré tout, les réseaux ont très peu investi ces champs, ce qui leur laisse une faible marge de manœuvre.

Sur le plan politique, une première tentative de suppression des réseaux de soins a été effectuée. Il s'agit de la proposition de loi de Daniel Fasquelle, visant à « garantir le droit du citoyen à la liberté de choix des professionnels de soins et la qualité des prestations de santé ». Par opposition à la loi Le Roux, il s'agit ici de mettre en avant la liberté de choix des citoyens, ainsi que de défendre leur égalité de traitement par un moyen *a priori* assez simple : la suppression du remboursement différencié, jugé tout

simplement inégalitaire et contraire aux principes fondateurs de notre système de santé : l'égalité et la solidarité. En supprimant cette variable, l'objectif est ainsi de mettre fin aux réseaux de soins puisque c'est par ce moyen que ces derniers justifient leur présence sur le marché.

Cette proposition de loi a été appuyée par les arguments de l'économiste Frédéric Bizard, qui s'oppose au principe même des réseaux de soins, mais n'a pas obtenu une majorité de votes favorables. (72)

3.2.3 Attitude des patients et des professionnels de santé

Les réseaux de soins conventionnés fonctionnent sur un modèle qui donne peu de visibilité et de transparence quant à leur gestion et à leur organisation.

D'un côté, les patients qui envoient un devis à leur organisme complémentaire, qui les transmet directement aux réseaux de soins sans leur demander leur avis, reçoivent généralement une réponse par courrier, leur indiquant leur niveau de remboursement. Au sein de ces courriers, il est parfois demandé au professionnel de santé de justifier des actes qu'il compte réaliser afin de procéder au remboursement, il est même parfois conseillé au patient d'aller voir un dentiste adhérent au réseau de soins concerné sous prétexte qu'il bénéficiera d'un meilleur remboursement.

Ceci impacte forcément le patient dans sa démarche auprès du praticien qu'il consulte. Plusieurs choix se posent alors. Il peut décider de rester chez son praticien même si celui-ci n'est pas conventionné avec le réseau de soins, risquant alors de ne pas bénéficier du remboursement escompté, et d'aller chez un praticien avec lequel la relation de confiance ne sera pas la même, ou consulter des praticiens conventionnés. Quoiqu'il advienne, le patient est soumis à une incitation n'ayant qu'un seul et unique motif : aller vers le moins cher. Il n'est ni question de la qualité des soins, et encore moins de la confiance qu'il accorde au praticien qu'il est habitué à consulter.

De l'autre côté, les professionnels de santé peuvent se retrouver désemparés face aux courriers remettant en cause leur légitimité de soignant, face à des patients eux-mêmes dans l'incompréhension vis-à-vis de ce genre de méthode, c'est pourquoi il est

fondamental qu'ils soient en capacité d'anticiper, et de réagir le moment venu, afin d'apporter une réponse aux interrogations de leurs patients. Par le biais des syndicats par exemple, des moyens de communication peuvent être consacrés à l'information des confrères.

C'est donc une pression qui est exercée de part et d'autre à laquelle doivent faire face les patients et les praticiens.

L'attitude de chacun dépend de nombreux paramètres, et on observe de plus en plus ce genre de situation dans les cabinets dentaires.

Comme l'indique le rapport de l'IGAS en conclusion :

« 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. »

3.3 Impact des réseaux de soins sur l'environnement de soins

3.3.1 La qualité en santé, une notion complexe à appréhender

La notion de qualité des soins est soumise à plusieurs variables.

Elle est parfois évaluée en fonction du ressenti des patients, comme le montre une étude de la DREES datant de 2014, où il est indiqué que plus de 80% des patients estiment bénéficier de soins de qualité chez leur chirurgien-dentiste. (73)

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 grande satisfaction en termes de procédures ».

Il convient donc, pour la qualité des soins, de distinguer :

- L'acte en lui-même, son opportunité, et sa conformité effective avec la prescription 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

Dans son dernier rapport, l'IGAS indique que la qualité des soins est un point fondamental dans la critique des réseaux de soins par ses détracteurs. Plusieurs points sont ici à souligner.

Il faut bien comprendre que les réseaux de soins cherchent à obtenir des produits et actes de santé à moindre prix, tout en garantissant un niveau de qualité au moins identique à ce qui se fait hors de leur réseau. Leur modèle est basé sur ce principe, simple, qui consiste à attirer le consommateur par des prix attractifs, tout en le rassurant sur la qualité des services fournis.

Ainsi, il leur est reproché, par ces pressions exercées afin d'obtenir les prix les plus bas, d'entraîner une baisse de la qualité des prestations.

Les réseaux de soins indiquent que les praticiens affiliés à leur réseau fournissent des soins de qualité, souvent par le biais d'une « charte qualité ». Ces chartes présentent une variabilité selon les réseaux. (Annexe) Etant donné la complexité de l'évaluation de la qualité des soins, notamment en chirurgie-dentaire, on peut se permettre d'en douter. On remarque par ailleurs que le terme « expert » apparaît souvent afin de donner l'impression d'avoir affaire à des individus sérieux, pragmatiques, avec une démarche scientifique, veillant minutieusement à la qualité des soins, comme dans un article du réseau SantéClair par exemple. (74)

C'est un débat complexe qui mérite d'être soulevé. Il est certain qu'une structure telle qu'un réseau de soins ne peut assurer de la qualité sur des critères scientifiquement valides, car ils se basent en général uniquement sur des radiographies pour en juger, ce qui n'est évidemment pas concevable. De plus, ils n'ont aucun mandat leur permettant de vérifier directement auprès du professionnel de santé la qualité des soins qu'il fournit, bien qu'ils interagissent avec eux.

3.3.2 Les tarifs

On pourrait qualifier les écarts de tarifs comme substantiels dans le secteur dentaire, contrairement au secteur optique où l'on observe des écarts pouvant aller jusqu'à 38% pour des verres *a priori* identiques.

D'après l'enquête réalisée auprès des organismes complémentaires, l'écart moyen constaté serait de l'ordre de -5% pour les prothèses céramo-métalliques par rapport aux dépenses faites hors-réseaux. Ce résultat reste à pondérer du fait du faible nombre de répondants à cette enquête.

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

Tableau 12 : prix dans le secteur dentaire, dans le réseau et hors réseau

Dans le secteur dentaire, rappelons que les écarts de prix sont soumis à plusieurs variables :

- Selon les réseaux
- Selon les actes, les écarts les plus notoires concernant généralement les prothèses fixes
- Selon les villes, Paris faisant figure d'exception sur les différences d'honoraires des actes à honoraires libres, justifiant en quelque sorte l'intérêt des réseaux dans des zones à tarifs plus élevés que la moyenne.

		Réseau 1		Réseau 2		Réseau 3		Réseau 4		Réseau 5		SNIRAM
		tarif moyen	ecart /Sniram	tarif plafond	ecart /Sniram	tarif moyen	ecart /Sniram	tarif plafond	ecart /Sniram	tarif moyen	ecart /Sniram	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

Tableau 13 : prix moyens et prix plafonds pour trois actes dentaires, dans les réseaux et hors réseaux (2016)

3.3.3 L'accès aux soins

L'évaluation l'impact sur l'accès aux soins dans le secteur dentaire est pour l'essentiel déterminé par trois paramètres : le reste à charge, la proximité géographique et l'accès psychologique.

Une fois de plus, le secteur dentaire reste bien moins touché qu'en optique ainsi qu'en audioprothèse, l'impact des réseaux de soins reste donc à pondérer sur ce point.

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 14 : Prix dans le secteur dentaire, dans le réseau et hors réseau (2016)

Ces chiffres sont à analyser avec prudence, car l'enquête réalisée auprès des organismes complémentaires n'a pas pu prendre en compte de nombreux éléments.

Les écarts de tarifs peuvent ainsi varier selon :

- Les réseaux
- Les actes
- Les villes (avec une différence souvent importante à Paris, ce qui peut confirmer l'idée selon laquelle le réseau peut être intéressant selon les zones où les tarifs sont « excessivement » élevés.

		Réseau 1		Réseau 2		Réseau 3		Réseau 4		Réseau 5		SNIRAM
		tarif moyen	ecart /Sniram	tarif plafond	ecart /Sniram	tarif moyen	ecart /Sniram	tarif plafond	ecart /Sniram	tarif moyen	ecart /Sniram	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

Tableau 15 : Prix moyens et prix plafonds pour trois actes dentaires, dans les réseaux et hors réseaux (2016)

Sur le plan géographique, rien n'est certain concernant l'impact des réseaux de soins, une analyse approfondie du sujet mériterait d'être menée.

Enfin, 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, 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.

Le point d'impact principal des réseaux de soins reste donc pour l'essentiel le reste à charge patient.

3.3.4 Les dépenses et l'offre de soins

Les réseaux de soins, gérés par les plateformes de gestion, sont devenus de véritables régulateurs de l'offre de soins, et plus globalement, du parcours de santé.

Référencement et tarification des produits et des soins, orientation des patients vers des professionnels de santé sélectionnés de manière plus ou moins arbitraire, contrôle de qualité des produits et des pratiques sont autant d'actes pour ces structures sont devenues très performantes.

Dans le secteur dentaire, l'activité des réseaux est principalement liée aux actes prothétiques sur lesquels une pression pour des tarifs plus bas est exercée. Toutefois,

cet impact est aujourd'hui somme toute relatif, mais à surveiller à l'avenir car la privation des professionnels hors réseau d'un des actes les plus rémunérateurs pourrait entraîner des conséquences sur le long terme.

Les réseaux de soins interviennent également dans la délivrance de produits médicaux au sein des 3 secteurs principaux d'activité (lunettes, audioprothèses, implants, couronnes), produits pouvant être associés à la réalisation d'actes de soins présentant un enjeu sanitaire.

Malgré toutes ces données, on constate que les réseaux échappent à un contrôle des autorités sanitaires. Ceci s'explique par le fait que les secteurs visés par ces réseaux sont eux-mêmes délaissés par la puissance publique, avec comme corollaire peu de contrôles et de normes d'application.

Cela amène à une réflexion sur la notion globale de qualité qui doit être, pour le coup, scrupuleusement analysée tant au sein des réseaux qu'en dehors.

3.3.4.1 Encadrement des pratiques

La fixation de prix plafonds n'est pas seulement un moyen d'impacter les prix. Ils représentent également un moyen d'éviter au patient/client d'éviter des tarifs excessifs, voire abusifs, notamment en audioprothèse et en optique.

Pour le secteur dentaire, les écarts de prix restent plus modestes bien que le réseau soit une garantie au patient de bénéficier d'un tarif « correct », de la moyenne de la zone considérée, distinguant bien l'Ile-de-France et la Province.

Les réseaux de soins constituent également un moyen de lutte contre la fraude, essentiellement dans le secteur optique.

3.4 Impact des réseaux de soins sur le professionnel de santé

3.4.1 Cadre d'exercice du professionnel de santé

Les réseaux jouent principalement du fait que la plupart des responsabilités incombe aux professionnels de santé, en termes de prescription, réalisation des actes, ou

encore de recueil et de transmission des informations.

Ceci entraîne un déséquilibre dans la relation contractuelle qui lie ces deux parties.

3.4.1.1 Engagements du professionnel de santé

Les professionnels de santé font face à de nombreux engagements, face aux patients, ainsi qu'aux réseaux. Le cahier des charges imposé par ces derniers est parfois très contraignant et peut entraîner une restriction de leur autonomie, même si le secteur dentaire semble moins touché que les secteurs d'optique et d'audioprothèse sur ce point.

Les maigres contreparties des réseaux consistent en une aide technique en cas de difficulté (plateforme téléphonique) ainsi que la communication du nom des professionnels partenaires aux assurés dans l'idée de leur assurer un apport de clients.

Les chirurgiens-dentistes exercent toutefois dans un univers « *a priori* moins concurrentiel » et semblent moins percevoir la nécessité des réseaux. Certains professionnels signent dans plusieurs réseaux, n'y voyant pas une contrainte ou une menace spécifique, quand d'autres les ignorent, ne jugeant pas de l'utilité qu'ils pourraient y trouver. Lorsque les réseaux n'apportent pas de patients aux chirurgiens-dentistes, ils facilitent parfois la prise en charge de leurs patients, ce qui, lorsqu'un professionnel de santé n'éprouve pas le besoin d'accroître sa clientèle peut sembler un argument suffisant pour y adhérer.

3.4.1.2 Le Code de Santé la publique

3.4.1.2.1 Ethique et déontologie

Le code de déontologie auquel est soumise la profession, intégré dans le code de la santé publique dit ceci :

Article R4127-210

Les principes ci-après énoncés, traditionnels dans la pratique de l'art dentaire, s'imposent à tout chirurgien-dentiste, sauf dans les cas où leur observation serait incompatible avec une prescription législative ou réglementaire, ou serait de nature à compromettre le fonctionnement rationnel et le développement normal des services ou institutions de médecine sociale.

Ces principes sont :

Libre choix du chirurgien-dentiste par le patient ;

Liberté des prescriptions du chirurgien-dentiste ;

Entente directe entre patient et chirurgien-dentiste en matière d'honoraires ;

Paiement direct des honoraires par le patient au chirurgien-dentiste.

Lorsqu'il est dérogé à l'un de ces principes pour l'un des motifs mentionnés à l'alinéa premier du présent article, le praticien intéressé doit tenir à la disposition du conseil départemental et éventuellement du Conseil national de l'ordre tous documents de nature à établir que le service ou l'institution auprès duquel le praticien exerce entre dans l'une des catégories définies audit alinéa premier et qu'il n'est pas fait échec aux dispositions de [l'article L. 4113-5](#).

Figure 17 : Article R4127-210 de code de déontologie des chirurgiens-dentistes

Ces principes fondamentaux, auxquels sont soumis tous les chirurgiens-dentistes rentrent en contradiction avec le mode de fonctionnement des plateformes de gestion.

Libre choix du chirurgien-dentiste : le principe même du remboursement différencié n'implique certes pas l'interdiction au patient de consulter le praticien qu'il souhaite, cependant cette liberté est atteinte par une modification du remboursement entraînant un choix basé sur des raisons économiques et non de confiance. C'est pourtant sur ce principe qui justifie grandement l'existence des plateformes de gestion.

Liberté des prescriptions du chirurgien-dentiste : lorsqu'un praticien signe une convention impliquant des tarifs spécifiques ainsi qu'une impossibilité de réaliser certains soins qu'il juge de qualité pour ses patients, sa liberté de prescription en est directement impactée.

Entente directe entre patient et chirurgien-dentiste en matière d'honoraires : une fois de plus, la signature d'une convention limitant les tarifs de produits de santé implique donc qu'un intermédiaire intervienne dans le dialogue patient praticien, le lien n'est donc plus direct mais dépendant du respect d'un contrat établi.

Paiement direct des honoraires par le patient au chirurgien-dentiste : cette notion n'est presque plus d'actualité étant donné la volonté gouvernementale d'appliquer le tiers-payant généralisable.

De plus, le code de déontologie dont nous venons de voir que la portée peut être amoindrie par les réseaux de soins, ne s'applique pas directement à ces derniers.

Le conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes avait incité les praticiens entre 2002 et 2007 à ne pas adhérer ou résilier leur adhésion au réseau SantéClair, jugeant ses pratiques contraires au code de déontologie.

L'Autorité de la concurrence a lourdement sanctionné celui-ci, considérant cette démarche comme un appel au boycott. (75)

Comme le rappelle la mission de l'IGAS « *Dans sa charte relative à la publicité et à l'information dans les médias, 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 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 ordinaires lorsqu'elles disposent des conventions. »*

La déontologie n'est donc pas un domaine opposable aux plateformes de gestion, qui n'y sont aucunement soumises.

3.4.1.2.2 La publicité

L'article R4127-224 du Code de la Santé Publique (CSP) interdit le compérage avec toute personne même étrangère au monde médical.

L'article R4127-215 du CSP interdit tous procédés directs ou indirects de publicité.

N'étant pas appliqués aux réseaux de soins, ceux-ci peuvent se permettre une communication sans limite.

Par ailleurs, une géolocalisation des praticiens partenaires des plateformes de gestion ne demande parfois qu'une simple recherche, recherche pouvant être facilitée par transmission directe des informations par les plateformes de gestion.

3.4.1.3 Liberté

Les plateformes de gestion ont à cœur de rappeler que le patient reste libre de choisir de son praticien. Dépendants d'un reste à charge pouvant varier selon que le praticien

appartient ou non au réseau, les patients pâtissent d'un choix dépendant uniquement de raisons économiques causées par la pratique du remboursement différencié ainsi que du tiers-payant.

Le fait est que les plateformes n'empêchent effectivement pas les patients de consulter le praticien de leur choix, leur démarche étant davantage incitative que coercitive. (76)

3.4.1.3.1 Tact et mesure :

L'Article R4127-240 énonce que :

« Le chirurgien-dentiste doit toujours déterminer le montant de ses honoraires avec tact et mesure. Les éléments d'appréciation sont, indépendamment de l'importance et de la difficulté des soins, la situation matérielle du patient, la notoriété du praticien et les circonstances particulières. Le chirurgien-dentiste est libre de donner gratuitement ses soins. Mais il lui est interdit d'abaisser ses honoraires dans un but de détournement de la clientèle. »

Le tact et mesure rentre en contradiction avec les méthodes employées par les réseaux de soins, tant ceux-ci incitent par le remboursement différencié à un détournement de clientèle.

3.4.1.3.2 Confraternité

L'article R4127-262 énonce que :

« Le détournement ou la tentative de détournement de clientèle est interdit ».

Les plateformes analysent des devis pour des soins impliquant une entente directe et ne s'intéressent strictement pas aux soins opposables, souvent nécessairement réalisés en amont. Aussi le patient se voit proposer de recourir à un praticien autre que son chirurgien-dentiste de proximité, rédacteur d'un premier devis soumis à leur analyse pour la réalisation de ces soins souvent plus rémunérateurs.

3.4.1.4 Indépendance

L'article R4127-209 énonce :

« Le chirurgien-dentiste ne peut aliéner son indépendance professionnelle de quelque façon et sous quelque forme que ce soit »

L'article 4127-238 énonce :

« Le praticien est libre de ses prescriptions et ses actes, du moment qu'ils les estiment appropriés et nécessaire à la qualité et l'efficacité des soins. Il vient appuyer le fait que les organismes d'assurance complémentaire, leur gestionnaire de réseau, ou même l'Assurance Maladie Obligatoire n'ont pas le droit d'entraver cette liberté.

L'article R4127-246 énonce :

« L'existence d'un tiers garant tel qu'assurance publique ou privée, assistance, ne doit pas conduire le chirurgien-dentiste à déroger aux prescriptions de l'article R. 4127-238. »

L'article R4127-248 énonce :

« Les chirurgiens-dentistes sont tenus de communiquer au Conseil national de l'ordre par l'intermédiaire du conseil départemental les contrats intervenus entre eux et une administration publique ou une collectivité administrative. Les observations que le conseil national aurait à formuler sont adressées par lui au ministre dont dépend l'administration intéressée »

L'indépendance professionnelle est mise à mal dans le sens où le praticien pourrait dépendre du réseau pour continuer à travailler, c'est-à-dire dépendre de la patientèle – clientèle - que le réseau a promis de lui envoyer.

3.4.1.4.1 Secret médical :

L'Article R4127-206 énonce :

« Le secret professionnel s'impose à tout chirurgien-dentiste, sauf dérogations prévues par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du

chirurgien-dentiste dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. »

L'Article R4127-208 énonce :

« En vue de respecter le secret professionnel, tout chirurgien-dentiste doit veiller à la protection contre toute indiscretion des fiches cliniques, des documents et des supports informatiques qu'il peut détenir ou utiliser concernant des patients.

Lorsqu'il utilise ses observations médicales pour des publications scientifiques, il doit faire en sorte que l'identification des patients soit impossible.

De plus, l'article L 1110-4 du Code de la Santé Publique prévoit la levée exceptionnelle du secret médical :

- Lorsque la continuité des soins ou la détermination de la meilleure prise en charge l'impose,
- Lorsque le malade est suivi par une équipe médicale,
- En cas de contrôle d'activité avec les praticiens-conseils.

Les seules raisons de levée du secret médical sont donc lors d'une prise en charge interprofessionnelle, dans le diagnostic, la thérapie, et le suivi du patient et lors d'un contrôle d'activité diligenté par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Il est donc interdit de communiquer des éléments du dossier médical à des plateformes de santé, fussent-elles traitées par un médecin, un chirurgien-dentiste, ou autre professionnel de santé pour « contrôler » *a posteriori* les soins effectués. Seul le patient aurait le droit de communiquer ses informations médicales à un tiers.

3.4.1.5 Risques de dérives

Les engagements des professionnels de santé étant parfois contraignants, en termes d'engagement qualité et de volume, notamment dans le secteur de l'optique, certains voient un risque de dérive toucher le secteur dentaire avec les « centres dentaires ».

Quelques citations du rapport de l'IGAS montrent un risque potentiel de dérives.

[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 infra⁷⁶).

Figure 18 : Extrait du rapport de l'IGAS (septembre 2017)

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 lucratif⁷⁷, avec une recherche potentielle de maximisation du chiffre d'affaires.

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

Figure 19 : Les centres dentaires association loi 1901

Les réserves émises par la mission indiquent une association entre certains organismes complémentaires et des centres Dentexia. Pour rappel, cette entreprise lancée en 2012, à l'origine du « scandale des sans-dents », a reçu la plainte de plus de 2000 victimes et dont certains centres ont été placés en liquidation judiciaire.

Ces dérives vont bien entendu au-delà du sujet des réseaux de soins. Simplement, il serait de bon ton que les réseaux de soins mettant en avant la qualité de leur réseau dentaires soient vigilants sur la sélection des praticiens, et notamment des structures des soins dans lesquelles ils exercent, surtout lorsqu'on voit les conséquences terribles qu'a pu avoir le scandale Dentexia.

3.5 Discussion

La sortie en septembre 2017 du rapport de l'IGAS sur les réseaux de soins permet une meilleure visibilité sur leurs domaines d'action ainsi que sur leur organisation. L'absence de données concernant leur organisation précise ainsi que leur impact, malgré le récent rapport de l'IGAS, empêche une visibilité complète concernant leur impact réel sur le système de santé bucco-dentaire, c'est pourquoi il faut veiller à poursuivre ce travail initial car il est essentiel de réaliser un suivi de ces réseaux de soins pour mieux anticiper leurs conséquences.

Dans ses conclusions, le rapport indique que le suivi des réseaux de soins doit être maintenu et renforcé

« 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. En revanche, des mesures sont nécessaires pour améliorer la connaissance des réseaux de soins et leur impact sur le système de santé. »

3.5.1 Incidences possibles à l'avenir

Après l'explication du fonctionnement et de l'organisation des réseaux de soins, on peut émettre certaines hypothèses quant à leur potentielle évolution dans le cadre de la santé bucco-dentaire des français.

Comme nous avons pu le constater, les réseaux de soins n'existent pas sans volume, et plus le nombre de patients, et donc de cotisations qu'ils regroupent est élevé, plus leur possibilité d'agir directement sur les professionnels de santé est importante.

Lors de la rédaction du rapport de l'IGAS les concernant, deux d'entre eux (sur les huit existant) ont disparu de la circulation, permettant ainsi aux réseaux toujours en place de bénéficier de la possibilité de « récupérer » leurs adhérents.

On voit bien que les réseaux de soins se comportent comme de grandes entreprises se disputant un marché en pleine expansion : les plus volumineuses perdurent, gagnent en force, tandis que les plus faibles ne font pas le poids et disparaissent ou fusionnent avec les autres.

A terme, on peut imaginer qu'il ne restera que trois ou quatre réseaux assurantiels régnant sur le marché du reste à charge.

3.5.2 Contexte politique actuel : des enjeux pour l'avenir

Rappelons tout d'abord le contexte politique dans lequel se trouve actuellement la profession.

Les négociations conventionnelles permettent d'organiser les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie. Pour résumer, elles permettent de mettre à jour, en accord avec l'évolution des actes, les données ainsi que le contexte d'exercice des professionnels de santé.

Leur importance est capitale, et représentent un enjeu essentiel dans l'évolution de la prise en charge des patients et du mode d'exercice des praticiens.

Elles sont censées être reconduites tous les 5 ans.

Il est important de rappeler que le gouvernement précédent, par le biais de Madame Marisol Touraine, Ministre de la Santé, de la Solidarité et des droits des femmes, avait obtenu la mise en place législative d'un règlement arbitral suite à l'échec d'un accord entre la CNAM-TS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie et des Travailleurs Salariés) et les syndicats dentaires. Cela signifie qu'un arbitre désigné par l'état était supposé établir une nouvelle convention à partir des négociations ayant échoué, et il est évident qu'en aucun cas cela n'allait dans le sens de la profession.

Ce règlement arbitral, jugé dangereux pour la profession, largement remis en cause par les syndicats, dont l'application devait se faire en janvier 2018 a été repoussé à 2019, permettant la mise en place d'une nouvelle négociation conventionnelle dont toute la profession souhaite qu'elle aboutisse.

Le règlement arbitral est une nouveauté dans la législation française. (77,78)

Le gouvernement actuel, celui d'Edouard Philippe, Premier Ministre d'Emmanuel Macron, a indiqué dans sa feuille de route le « reste à charge zéro » comme étant une priorité concernant le domaine dentaire. C'était d'ailleurs une des priorités d'Emmanuel Macron pendant sa campagne présidentielle. (79)

Cette donnée vient s'ajouter à un contexte difficile entre l'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes, comme expliqué ci-dessus.

Lorsqu'on aborde la notion de « reste à charge zéro », on ne s'empêcher de se

demander l'impact que cela peut avoir sur les réseaux de soins.

Plusieurs problématiques vont se poser si ce reste à charge est mis en place.

Tout d'abord, il n'a jamais été précisé que ce dernier, s'il était mis en place, permettrait aux patients de ne plus rien avoir à déboursier en allant chez leur chirurgien-dentiste.

En effet, le reste à charge zéro a pour vocation d'améliorer la prise en charge des patients, notamment au niveau des couronnes dentaires, cela celui-ci ne concernera pas les méthodes récentes peu ou pas remboursées comme les implants ou les soins parodontaux par exemple. Il est intéressant de constater que certains patients ont souhaité « repousser » leurs soins chez leur praticien, espérant qu'ils n'auraient rien à payer une fois ce reste à charge zéro en place ...

3.5.3 Sensibilisation auprès des étudiants français

Dans le cadre de notre poste commun de vice-présidents en charge de l'actualité professionnelle de l'Union Nationale des Etudiants en Chirurgie-Dentaire (UNECD), nous avons réalisé avec mon collègue Pierre Cahen une campagne de sensibilisation des étudiants face aux problématiques professionnelles.

Créé par nos soins sur le mandat 2015-2016, ce poste avait pour objectif d'informer les étudiants de toute la France sur des sujets les concernant directement ou pouvant les concerner dans leur avenir professionnel :

- Démographie française, européenne et CLESI
- Réseaux de soins
- Centres de santé à bas coût
- Loi santé
- Négociations conventionnelles

Il nous a paru fondamental d'aller à la rencontre des professionnels et confrères de demain afin d'échanger avec eux, afin de leur faire prendre conscience de ce qui les attendrait à la sortie de la faculté, à partir des données dont nous disposons.

Au cours du mandat 2015-2016, nous sommes intervenus dans 14 des 16 facultés de chirurgie-dentaire françaises, devant plus de 2500 étudiants sur les 6500 répartis sur le territoire national, soit près de 40%.

Au total, 18 réunions ont été organisées car certaines facultés ont eu un retour très favorable et ont souhaité la mise en place d'une deuxième réunion d'information.

Faculté	Nombre de réunions	Nombre d'étudiants
Bordeaux	1	150
Brest	1	70
Clermont-Ferrand	2	150+70
Lille	0	0
Lyon	1	300
Marseille	1	150
Montpellier	1	100
Nantes	1	250
Nice	1	50
Paris V	0	0
Paris VII	2	170+80
Reims	1	150
Rennes	2	230 + 70
Toulouse	1	100
Strasbourg	2	150 + 100
Total	18	2500

Tableau 16 : Bilan des réunions d'informations sur le mandat 2015-2016

Les réunions d'information étaient organisées en coopération avec les associations locales. Ne pouvant traiter tous les sujets au risque de réaliser des réunions trop longues, nous avons échangé avec chaque association locale afin de traiter les sujets qui étaient, selon elles, les plus à même d'intéresser les étudiants. Les réunions se tenaient généralement le soir, et leur durée était d'environ une heure trente à deux heures. Des membres du corps enseignant, des conseils départementaux/régionaux/national, les doyens, ont été invités aux réunions pour renforcer la crédibilité de celles-ci auprès des étudiants, et afin d'apporter un recul et une réflexion supplémentaire à propos des sujets traités.

Nous avons également invité les syndicats au tout début, mais cela a vite été remis en cause. Les étudiants ayant peur d'avoir une information faussée, nous avons préféré ne plus les inviter.

La problématique des réseaux de soins a été traitée à chaque réunion et a permis à un grand nombre d'étudiants de prendre conscience de l'importance que revêtait la connaissance du mode de fonctionnement de ces réseaux.

Nous avons, suite aux premières réunions, fait passer un questionnaire de satisfaction aux étudiants afin de chercher à évaluer la qualité de nos interventions et de les optimiser pour susciter au maximum l'intérêt porté quant aux sujets traités. (Annexe 3).

La première réunion s'est déroulée à Clermont-Ferrand en septembre 2015.

Sur les 300 étudiants composant toutes les promotions, nous avons comptabilisé :

- Environ 150 participants, soit un taux de participation de 50%
- 42 étudiants ont répondu au questionnaire, soit 28% des étudiants ayant participé à la réunion.
- Les participants étaient répartis de manière assez homogène entre les promotions (plus de 10% pour chaque groupe)

Une autre réunion a eu lieu à Nantes en janvier 2016.

Sur les 400 étudiants composant toutes les promotions, on a dénombré :

- Environ 250 participants, soit un taux de participation d'environ 60%
- 86 étudiants ont répondu au questionnaire, soit 34% des étudiants ayant participé à la réunion.
- Les participants étaient répartis de manière assez homogène entre les promotions également

Les points communs observés entre les deux réunions, concernant les réseaux de soins, ont été les suivants : (en considérant l'échelle d'évaluation de 0 à 5, 0 pour aucune connaissance, 5 pour bonne compréhension du sujet) :

- Le niveau de connaissance avant/après la réunion a drastiquement changé : plus de 85% des étudiants estimaient avoir une connaissance inférieure ou égale à 2 avant la réunion, tandis qu'ils étaient 95% à estimer avoir une connaissance et une compréhension supérieure ou égale à 5
- 100% des étudiants n'ont pas regretté d'être venus assister aux réunions
- 100% des étudiants pensent continuer à s'informer sur ces actualités.
- Les deux réunions ont duré environ deux heures, ce qui a semblé un peu trop long aux étudiants

Les points de divergence entre les deux réunions étaient plus sur la forme que sur le fond.

A Clermont-Ferrand, les étudiants ont estimé que trop de sujets avaient été traités et auraient préféré en approfondir un ou deux que d'en traiter plus. Les échanges ont été très riches et constructifs entre les étudiants et les intervenants.

A Nantes, le nombre de sujets convenait car il a été diminué, mais les étudiants n'ont pas posé beaucoup de questions, l'échange a été un peu moins réciproque qu'à Clermont-Ferrand.

Il aurait bien entendu été préférable de pouvoir comparer plus de résultats, malheureusement tous les questionnaires n'ont pas été transmis après les réunions, ou ont reçu trop peu de réponses pour être traités.

Cela ne nous empêche d'apporter quelques conclusions suite à ces réunions d'information :

- Les étudiants sont en réelle demande d'information. Les sujets concernant leur avenir professionnel, peu ou pas traités au sein des facultés, les préoccupent et captent fortement leur attention
- Le succès rencontré par ces réunions n'aurait été possible sans une bonne communication des associations locales, et a permis d'apporter un contenu aux étudiants, permettant à l'UNECD de montrer son utilité auprès des étudiants ne connaissant pas forcément l'association nationale les représentant
- Le nombre
- Les sujets traités au cours de ce mandat 2015-2016 doivent évoluer en fonction de la situation de la profession, il est important d'actualiser les données pour permettre aux étudiants d'être toujours mieux informés sur l'actualité de la profession

Conclusion :

Les réseaux de soins constituent aujourd'hui un intermédiaire fortement implanté dans les domaines de la chirurgie-dentaire, de l'optique et de l'audioprothèse face une Assurance Maladie dont la diminution de l'implication se fait sentir année après année. Leur présence dans le paysage sanitaire n'est plus à prouver, et leurs détracteurs sont loin de pouvoir remettre en cause leur légitimité, celle-ci étant inscrite dans la Loi Le Roux, portant le remboursement différencié ainsi que les réseaux de soins à tous les organismes complémentaires depuis 2014.

Leur modèle de fonctionnement s'est amélioré pour devenir extrêmement performant dans la gestion et le traitement des données concernant les patients ainsi que les professionnels de santé et ils jouent un rôle de régulateurs actifs dans de nombreux aspects.

Favorisés par un marché concurrentiel très actif, leur rapide évolution au sein du système de santé nécessite une évaluation du fonctionnement de ces structures. D'après le premier rapport de l'IGAS les concernant, leur impact sur le domaine dentaire reste toutefois assez substantiel. Agissant principalement au niveau du reste à charge patient, les réseaux de soins ne semblent pas tant impacter l'exercice des chirurgiens-dentistes pour le moment.

Il est difficile de prédire l'impact futur des plateformes de gestion et des réseaux de soins. Il n'en demeure pas moins essentiel de poursuivre leur suivi, afin de mieux cerner leur modèle de fonctionnement et ses conséquences sur la prise en charge de nos patients ainsi que sur les pratiques professionnelles.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Lemerrier C. Analyse de réseaux et histoire de la famille. [Internet]. Disponible sur : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01321428/file/2005-lemercier-analyse-de-reseaux-et-histoire-de-la-famille.pdf>
2. Lauer S. Aux Etats-Unis, un système de santé coûteux et inégalitaire. [Internet]. Disponible sur : http://www.lemonde.fr/economie/article/2014/01/05/aux-etats-unis-un-systeme-de-sante-couteux-et-inegalitaire_4343194_3234.html#IXf343kvMe1739L6.99
3. Duhamel G. Le système de santé et d'assurance maladie américain : Action avec les médecins concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire. [Internet]. Disponible sur : Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/024000473.pdf>
4. Barnay T. Le système de santé français est-il toujours aussi solidaire ? [Internet] Disponible sur : <http://theconversation.com/le-systeme-de-sante-francais-est-il-toujours-aussi-solidaire-85195>
5. Chambareteaud S. Managed Care et concurrence aux Etats-Unis, évaluation d'un mode de régulation. [Internet]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2002-1-page-11.htm>
6. Thayer W. Michael Shadid and Cooperative Medical Care. [Internet]. Disponible sur : <http://www.sjsu.edu/faculty/watkins/shadid.htm>
7. Rodwin V. Les Health Maintenance Organizations (HMO) aux Etats-Unis : un bilan. [Internet]. Disponible sur : www.persee.fr/doc/pomap_0758-1726_1985_num_3_4_1870
8. Stride Health. [Internet]. <https://support.stridehealth.com/hc/en-us/articles/201675270-What-are-the-differences-between-HMO-PPO-EPO-and-POS-plans->
9. Galvis-Narinos F. Le système de santé des Etats-Unis. [Internet]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2009-4-page-309.htm>

10. Radio France Internationale. Etats-Unis : l'«Obamacare» entre en application. [Internet]. Disponible sur : <http://www.rfi.fr/ameriques/20140101-etats-unis-loi-couverture-sociale-application-obamacare>
11. April International. La réforme de santé obamacare en 10 questions. [Internet]. Disponible sur : <https://fr.april-international.com/global/conseils-informations/la-reforme-de-sante-obamacare-en-10-questions>
12. Ouest-France. Etats-Unis. La réforme de l'Obamacare en quatre points. [Internet]. Disponible sur : <https://www.ouest-france.fr/monde/etats-unis/etats-unis-la-reforme-de-l-obamacare-en-quatre-points-4841075>
13. L'Express. Etats-Unis : le vote sur le « Trumpcare » reporté faut d'accord des républicains. [Internet]. Disponible sur : https://www.lexpress.fr/actualite/monde/amerique-nord/etats-unis-la-nouvelle-du-trumpcare-refroidit-certains-republicains_1922016.html
14. Justlanded. Le système de santé en Espagne. [Internet]. Disponible sur : <https://www.justlanded.fr/francais/Espagne/Guide-Espagne/Sante/Le-systemede-sante-en-Espagne>
15. Martin P. L'assurance privée et la santé en Espagne : pertinence d'une couverture en doublon. [Internet]. Disponible sur : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00816985/document>
16. Prévention médicale. Le système de santé espagnol et la sécurité des soins. [Internet]. Disponible sur : https://www.prevention-medicale.org/Actualites-et-revues-de-presse/Toutes-les-actualites/systeme-sante-espagnol*
17. COLZA D. La situation dentaire aujourd'hui en Espagne. [Internet]. Disponible sur : www.blogdentiste.com/la-situation-dentaire-aujourd'hui-en-espagne/
18. World Health Organization. Personnel de santé, infrastructures sanitaires et médicaments essentiels. [Internet]. Disponible sur : www.who.int/whosis/whostat/FR_WHS09_Table6.pdf
19. Dominguez J. El futuro de la profesion de densitta en Espana : expectativas laborales de los nuevos egresados. [Internet]. Disponible sur : <http://www.consejodentistas.es/pdf/EL%20FUTURO%20DE%20LA%20PROFESION%20DE%20DENTISTA%20EN%20ESPANA.pdf>
20. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Etat des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes. [Internet]. Disponible sur : <http://solidarites->

sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_des_lieux_de_la_demographie_des_chirurgiens_dentistes_decembre_2013.pdf

21. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. [Internet]. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/la-demographie-des-professionnels-de-sante/article/la-demographie-des-professionnels-de-sante#Donnees-issues-du-Repertoire-Partage-des-Professionnels-de-Sante-nbsp>
22. Le Monde. Soins dentaires : la Cours des comptes s'alarme du « désengagement » des pouvoirs publics. [Internet]. http://www.lemonde.fr/societe/article/2016/09/20/soins-dentaires-la-cour-des-comptes-s-alarme_5000571_3224.html
23. Sécurité Sociale. [Internet]. Disponible sur : <http://www.securite-sociale.fr/La-Securite-sociale-ne-concerne-pas-que-l-Assurance-maladie>
24. Vie publique. Systèmes bismarckien et beveridgien : quelles caractéristiques ? [Internet]. Disponible sur : <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/finances-publiques/protection-sociale/definition/systemes-bismarckien-beveridgien-protection-sociale-quelles-caracteristiques.html>
25. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les différents types d'organismes complémentaires. [Internet] Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche5-2.pdf>
26. Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire. [Internet]. Disponible sur : <http://www.unocam.fr/>
27. Dynamique dentaire. L'entrée en vigueur du règlement arbitral est décalée au 1^{er} janvier 2019. [Internet]. Disponible sur : <https://www.dynamiquedentaire.com/lentree-en-vigueur-du-reglement-arbitral-est-decalee-au-1er-janvier-2019/>
28. Legifrance. Article L111-1. [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074067&idArticle=LEGIARTI000006792038>
29. Cmonassurance. Qu'est-ce qu'une société d'assurance ? [Internet]. Disponible sur : <https://www.c-mon-assurance.com/mutuelle/faq/societe-d-assurance/>

30. Legifrance. Code des assurances. [Internet]. Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006073984>
31. Legifrance : Article R321-1. [Internet]. Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073984&idArticle=LEGIARTI000006812450&dateTexte=&categorieLien=cid>
32. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. [Internet] Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche5-2.pdf>
33. Vie Publique. Reste à charge des ménages. [Internet] Disponible sur :
<http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/risque-sante/depenses-sante/quel-est-reste-charge-menages.html>
34. Ministère des solidarités et de la santé. Les réseaux de santé. [Internet] Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-reseaux-de-sante>
35. Legifrance. 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 [Internet]. Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028526285&categorieLien=id>
36. Tripodi J.F. Parlementaires : les réseaux de soins ouverts, un modèle gagnant/gagnant. [Internet]. Disponible sur : <http://jean-francois-tripodi.com/parlementaires-les-reseaux-de-soins-ouverts-un-modele-gagnantgagnant/>
37. Opticien presse. Le Sénat veut supprimer les réseaux fermés pour les opticiens. [Internet]. Disponible sur : <http://www.opticien-presse.fr/2015/09/21/ocam-le-senat-veut-supprimer-les-reseaux-fermes-pour-les-opticiens/>
38. Inspection Générale des Affaires Sociales. Rapport sur les réseaux de soins. [Internet] Disponible sur : <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-107R.pdf>
39. Actil. Le tiers-payant hospitalisation. [Internet] Disponible sur :
<https://www.actil.com/Portail/espaceOffre/offredeservice/EO-TPHospit/TPHospitalisation.jsp>

40. Le quotidien du médecin. Mutuelles : le groupe VYV veut doper ses réseaux de soins. [Internet]. Disponible sur :
https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2018/02/21/mutuelles-le-groupe-vyv-veut-doper-ses-reseaux-de-soins-et-partenariats_855350
41. Créer une entreprise. Groupement d'intérêt économique. [Internet]. Disponible sur : <http://www.creeruneentreprise.fr/juridique/gie.htm>
42. Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques. [Internet]. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>
43. Agence régionale de santé. Les groupements hospitaliers de territoire. [Internet] Disponible sur : <https://www.ars.sante.fr/les-groupements-hospitaliers-de-territoires>
44. Dynamique dentaire. Les centres de santé désormais soumis à un agrément de l'ARS. [Internet] Disponible sur : <https://www.dynamiquedentaire.com/les-centres-de-sante-desormais-soumis-a-un-agrement-de-lars-avant-leur-ouverture/>
45. Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. [Internet] Disponible sur : http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/annee-en-cours/actualites.html?tx_ttnews%5Btt_news%5D=695&cHash=01648a05d7a5242242a92afe45220cc3
46. IGAS L'association dentexia, des centres de santé dentaire en liquidation judiciaire depuis Mars 20165 : impacts sanitaires sur les patients et propositions. Rapport. [Internet] Disponible sur : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2016-075R.pdf
47. Aide Odontologique Internationale. [Internet] Disponible sur : <http://www.aoi-fr.org/>
48. Réseau CHU. La télémédecine. [Internet] Disponible sur : <https://www.reseau-chu.org/article/telemedecine-e-dent-une-consultation-a-distance-pour-une-egalite-de-soin/>
49. Confédération des Syndicats Médicaux Français. [Internet] Disponible sur : http://adherents.csmf.org/index.php?option=com_content&task=view&id=1005&Itemid=572#.WpgCsUxFyUk

50. Assemblée nationale. Assurance maladie. [Internet] Disponible sur :
http://www.assemblee-nationale.fr/12/dossiers/assurance_maladie.asp
51. Cours des comptes. Rapports sur l'avenir de l'assurance maladie. [Internet].
Disponible sur : https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-11/201711129-rapport-avenir-assurance-maladie_0.pdf
52. Le comparateur assurance. Remboursements soins dentaires. [Internet].
Disponible sur : <https://www.lecomparateurassurance.com/13-cas-pratiques/105946-remboursement-soins-dentaires-assurance-maladie-mutuelle>
53. Comparer mon assurance. L'assurance santé, une réponse au désengagement de l'assurance maladie sur des soins peut-être mineurs mais fréquents. [Internet] Disponible sur : <http://www.comparer-mon-assurance.com/assurance-sante/l-assurance-sante-une-prise-en-charge-complementaire-175.html>
54. Desprès C. Significations du renoncement aux soins : une analyse anthropologique. [Internet]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2013-2-p-71.htm>
55. Intsitut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. [Internet].
Disponible sur : www.irdes.fr/Publications/2011/Qes169.pdf
56. Renovation. [Internet]. Disponible sur :
<http://www.renovation.asso.fr/telechargement/reliance/Reliance%2058.pdf>
57. Desprès C. Significations du renoncement aux soins : une analyse anthropologique. [Internet]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2013-2-p-71.htm>
58. Les echos. L'assurance maladie s'organise face au renoncement aux soins. [Internet]. Disponible sur :
https://www.lesechos.fr/29/03/2017/LesEchos/22414-018-ECH_l-assurance-maladie-s-organise-face-au-renoncement-aux-soins.htm
59. Direction de la Recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques. [Internet]. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dss66.pdf>
60. Inspection Générale des Affaires Sociales. Rapport sur les réseaux de soins. [Internet]. Disponible sur : <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-107R.pdf>

61. L'argus de l'assurance. Agents généraux : la concentration des réseaux se poursuit en 2014. [Internet]. Disponible sur : <http://www.argusdelassurance.com/acteurs/agents-generaux-la-concentration-des-reseaux-se-poursuit-en-2014.92689>
62. Acuité. Réseaux de soins : le rapport d'évaluation de l'Igas enfin publié ! [Internet]. Disponible sur : <https://www.acuite.fr/actualite/ocam/120354/reseaux-de-soins-le-rapport-devaluation-de-igas-enfin-publie>
63. Inspection Générale des Affaires Sociales. Rapport sur les réseaux de soins. [Internet]. Disponible sur : www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-107R.pdf
64. Confédération Nationale des Syndicats Dentaires. Protocole MFP-CNSD : les nouveautés 2015. [Internet]. Disponible sur : <http://ancien.cnsd.fr/exercice-a-cabinet/assurance-maladie-complementaire/protocoles>
65. Mutualité de la Fonction Publique. Conventionnement dentaire. [Internet]. Disponible sur : www.mfp-services.fr/content/conventionnement-dentaire
66. Infosoins. Protocole MFP-CNSD. [Internet]. Disponible sur : <http://www.infosoins.fr/AmcMfp1.html>
67. Acuité. Réseaux : la MGEN à nouveau condamnée pour ses remboursements différenciés. [Internet]. Disponible sur : <https://www.acuite.fr/actualite/economie/10038/reseaux-la-mgen-nouveau-condamnee-pour-ses-remboursements-differencies>
68. Fédération des Syndicats Dentaires Libéraux. Contrat d'accès aux soins : C.A.S. [Internet]. Disponible sur : <https://www.fSDL.fr/contrat-dacces-aux-soins-c-a-s/>
69. CMV Médiforce. Exercer en centre dentaire. [Internet]. Disponible sur : www.cmvmediforce.fr/les-dossiers-cmv-mediforce/dossiers-par-professions/chirurgien-dentiste/exercer-en-centre-dentaire/
70. Inspection Générale des Affaires Sociales. Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain. [Internet]. Disponible sur : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-119P-Centres_de_sante.pdf
71. Union nationale de l'aide, des soins et des services à domicile. [Internet]. Disponible sur : www.una.fr/1590-18353-B/publication-du-rapport-igas-sur-les-centres-de-sante-situation-economique-et-place-dans-l-offre-de-soins-de-demain.html

72. Assemblée nationale. [Internet] Disponible sur : www.assemblee-nationale.fr/14/propositions/pion3158.asp
73. Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques. Qualité et accessibilité des soins de santé : qu'en pensent les français. [Internet] Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/qualite-et-accessibilite-des-soins-de-sante-qu-en-pensent-les-francais>
74. Santéclair. Réseaux de soins optiques et dentaires : la qualité sous contrôle. [Internet] Disponible sur : <https://www.santeclair.fr/blog/reseaux-de-soins-la-qualite-sous-controle/>
75. Autorité de la concurrence. Décision n° 09-D-07 du 12 février 2009 relative à une saisine de la société Santéclair à l'encontre de pratiques mises en œuvre sur le marché de l'assurance complémentaire santé. [Internet] Disponible sur : <http://www.autoritedelaconcurrence.fr/pdf/avis/09d07.pdf>
76. Santéclair. Liberté. [Internet]. Disponible sur : <https://www.santeclair.fr/blog/reseaux-de-soins-liberte/>
77. Union Dentaire. Dialogue renoué, Règlement Arbitral reporté, Négociations ouvertes ! [Internet]. Disponible sur : <https://www.union-dentaire.com/reporter/>
78. Editions Cdp. Négociations conventionnelles. [Internet] Disponible sur : <http://www.editionsmdp.fr/actualites/actualites/actualites-professionnelles/180223-negociations-conventionnelles.html>
79. Le Point. Optiques, prothèses : Buzyn bat le rappel du « reste à charge zéro ». [Internet] Disponible sur : http://www.lepoint.fr/politique/optique-protheses-buzyn-bat-le-rappel-du-reste-a-charge-zero-23-01-2018-2188839_20.php

INDEX DES TABLEAUX

Tableau 1 : Les différents types d'organismes complémentaires

Tableau 2 : Organisation du tarif de convention

Tableau 3 : Renoncement aux soins en fonction de la formulation

Tableau 4 : Description synthétique des 6 plateformes (2016)

Tableau 5 : Nombre d'affiliés aux différents réseaux en 2015 (en millions d'assurés)

Tableau 6 : Nombre d'affiliés aux différents réseaux en 2018 (en millions d'assurés)

Tableau 7 : Réseaux dentaires (omnipraticiens) gérés par les plateformes

Tableau 8 : Répartition en 2014 des bénéficiaires par type d'organisme, de contrat et de réseau.

Tableau 9 : Répartition des usagers recourant aux soins par type de contrat

Tableau 10 : Niveaux de remboursement du protocole MGEN

Tableau 11 : Financements publics perçus par les centres mutualistes

Tableau 12 : Prix dans le secteur dentaire, dans le réseau et hors réseau

Tableau 13 : Prix moyens et prix plafonds pour trois actes dentaires, dans les réseaux et hors réseaux (2016)

Tableau 14 : Prix dans le secteur dentaire, dans le réseau et hors réseau (2016)

Tableau 15 : Prix moyens et prix plafonds pour trois actes dentaires, dans les réseaux et hors réseaux (2016)

Tableau 16 : Bilan des réunions d'information sur le mandat 2015-2016

INDEX DES FIGURES :

Figure 1 : Un repas McDo offert si l'enfant fait un contrôle avec un de ses parents

Figure 2 : Dosette de sucre avec bon pour 1 visite et 1 obturation gratuite

Figure 3 : Chirurgiens-dentistes Espagnols partant à l'étranger entre 2002 et 2010

Figure 4 : Exemple d'objectif mensuel

Figure 5 : Exemple de temps de traitement pour poser des implants

Figure 6 : Part du reste à charge des ménages en 2016

Figure 7 : Répartition des facultés de chirurgie-dentaire en France

Figure 8 : Exemples de centres dentaires associatifs

Figure 9 : Renoncement aux soins dentaires en 2017

Figure 10 : Analyses de devis

Figure 11 : Organisation synthétique d'une plateforme de gestion

Figure 12 : Prise en charge dématérialisée

Figure 13 : Extrait du rapport de l'IGAS de septembre 2017

Figure 14 : Réseau national des centres de santé mutualistes

Figure 15 : Lien entre les réseaux de soins et les réseaux mutualistes

Figure 16 : Exemple de publicité faite dans un journal local

Figure 17 : Article R4127-210 de code de déontologie

Figure 18 : Extrait du rapport de l'IGAS (septembre 2017)

Figure 19 : Les centres dentaires association loi 1901

ANNEXES :

ANNEXE 1 : Lettre de mission de l'IGAS

LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Le Directeur de cabinet
CabMT/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 CHAMBIGNON

ANNEXE 2 : Contrat de travail dans le RNSCM

CONTRAT DE TRAVAIL A DUREE INDETERMINEE

Entre les soussignés :

L'organisme mutualiste,

régi par le code de la Mutualité, inscrit au registre national des mutuelles sous le n°, dont le siège social est situé à représenté par le Directeur, M., dûment habilité

d'une part,

et

M.

demeurant

Chirurgien dentiste, n° SS..... Diplômé de l'université de en

Inscrit sous le numéro RPPS.....

d'autre part,

Il a été convenu ce qui suit :

ARTICLE 1 : Engagement

M. est engagé en qualité de Chirurgien-dentiste, sous condition d'obtenir son inscription au tableau de l'ordre du conseil départemental et son numéro RPPS.

M. s'engage à donner des soins à toutes les personnes qui désirent consulter et à consacrer son activité professionnelle au centre de santé dentaire géré par le groupement mutualiste, situé (préciser éventuellement Il pourra être amené à exercer *dans tout autre cabinet dentaire existant de la Mutualité*).

M. pourra toutefois, avec l'autorisation du groupement signataire, donner un enseignement relevant de sa profession ou effectuer des expertises sur la demande d'une autorité administrative ou judiciaire.

L'engagement de M. ne sera confirmé qu'après la visite médicale d'embauche décidant de son aptitude au poste proposé et intégrant les vaccinations obligatoires à jour.

ARTICLE 2 : Durée du travail

Temps plein de droit commun

M. effectuera une durée de travail hebdomadaire de 35 heures, soit 151.67 heures par mois.

Il lui appartient de respecter les modalités d'organisation retenues par la Mutualité, Cette dernière pourra les modifier en fonction des nécessités de service.

L'organisation et la répartition du temps de travail ne constituent pas des éléments contractuels et sont donc susceptibles d'évoluer à l'initiative de la Mutualité

La répartition de l'horaire du Docteur pourra être modifiée dans les cas suivants :

- ▶ absence d'un autre chirurgien-dentiste ;
- ▶ pourvoir à un remplacement ;
- ▶ circonstances exceptionnelles affectant le fonctionnement des centres dentaires de

Cette modification sera faite par lettre recommandée avec AVR ou par lettre remise en main propre contre décharge et sous réserve du respect d'un délai de prévenance de 7 jours (ou 3 jours : Cf accord d'entreprise éventuel).

En tout état de cause, la durée journalière de travail ne pourra dépasser 10 heures.

ARTICLE 3 : Exercice professionnel

M. exercera son art en toute indépendance suivant les prescriptions du code de déontologie et les dispositions légales en vigueur. M. sera libre de choisir, sous son entière responsabilité et dans l'intérêt des patients, tout procédé de diagnostic et tout mode de traitement.

Pour tout ce qui ne relève pas de la pratique de son art, M. sera placé sous l'autorité de la direction ou de toute autre personne déléguée à cet effet.

M. devra scrupuleusement respecter :

- ▶ les dispositions de la nomenclature générale des actes professionnels (ou de la CCAM) et les tarifs fixés par conformément à la réglementation du centre de santé
- ▶ la politique tarifaire de l'organisme mutualiste gestionnaire sur les soins prothétiques et les actes hors nomenclature
- ▶ la pratique du tiers payant sur les parts obligatoires et complémentaires (à adapter selon le mode d'organisation du centre dentaire)
- ▶ les dispositions des conventions liant aux organismes d'assurance maladie,
- ▶ les objectifs définis par en matière de prévention et de dépistage ainsi qu'en matière de maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie en fonction de la réglementation ou des stipulations des conventions conformes à la réglementation conclues en ce domaine.

M. devra s'engager :

- ▶ à élaborer et à transmettre les feuilles de soins électroniques dans le respect des dispositions légales, réglementaires et techniques propres à ces mêmes documents,
- ▶ à intégrer dans son exercice les recommandations de bonnes pratiques élaborées par les instances compétentes (facultatif) et la politique de la Mutualité gestionnaire en matière de qualité.

M. devra constituer et tenir à jour pour chaque patient, un dossier dentaire conforme aux dispositions réglementaires.

M. s'engage à ne pas dispenser ses soins à un nombre de patients incompatible avec la pratique consciencieuse de son art.

M. s'engage enfin à respecter les dispositions du règlement intérieur et des notes de services applicables dans l'organisme.

OU

Cadre en forfait jours

En application de l'accord d'entreprise signé au sein de la Mutualité sur la mise en œuvre d'un forfait annuel défini en jours, M. rentre dans la catégorie des cadres dont la durée de travail ne peut être prédéterminée, du fait de la nature de ses fonctions, de ses responsabilités et du degré d'autonomie dont il dispose dans l'organisation de travail. Il n'est donc pas soumis à l'horaire collectif de travail.

Compte tenu des dispositions actuellement en vigueur, prévues par les textes et dans l'organisme, le nombre annuel de jours de travail est fixé à jours (jour de solidarité compris) pour une année de présence et pour un droit et une prise intégrale de congés dans les conditions fixées par l'accord d'entreprise.

Compte tenu des nécessités d'occupation et de répartition des fauteuils dentaires entre chirurgiens dentistes, il est convenu que la répartition des journées ou demi-journées de travail de M. s'effectuera dans la semaine sur jours, du lundi au samedi inclus.

En conséquence, M. n'est pas soumis aux dispositions légales relatives au contrôle des horaires, mais doit respecter, au minimum les heures d'ouverture normales du centre dentaire et les durées légales de repos journalier (11 heures) et de repos hebdomadaire (35 heures), et ne travaillera pas plus de six jours consécutifs.

Un relevé déclaratif du nombre de jours ou demi-journées d'absence ou de présence sera établi mensuellement et validé par la hiérarchie de M.

M. organisera son temps de travail en veillant à la compatibilité de celui-ci avec les nécessités globales d'organisation et de fonctionnement du service.

En cas de modification de sa situation professionnelle ou pour des raisons personnelles motivées, une possibilité de demande de révision d'aménagement ou de la durée du forfait sera ouverte à M.

OU

Travailleur à temps partiel de droit commun

M. est engagé à temps partiel pour une durée hebdomadaire de heures ou pour un nombre de jours et bénéficiera de tous les droits et avantages reconnus aux salariés à temps plein travaillant dans l'entreprise, résultant du Code du travail, au prorata de son temps de travail.

M. pourra être amené à effectuer des heures complémentaires à la durée ci-dessus, dans la limite du dixième (ou du tiers : Cf. accord d'entreprise éventuel) de la durée contractuelle de travail.

En application des dispositions légales, les heures complémentaires seront payées comme heures de travail normales et ne feront pas l'objet de majoration (si un accord d'entreprise prévoit la possibilité d'effectuer des heures complémentaires dans la limite du tiers, ces heures complémentaires effectuées au-delà du dixième et dans la limite du tiers sont majorées de 10%).

A la date de signature du contrat les horaires de travail sont les suivants (jours et horaires):

ARTICLE 4 : Secret professionnel

M. est tenu au secret professionnel par la loi.

De son côté, la Mutualité veillera à prendre toutes dispositions utiles pour que le secret professionnel soit respecté, en particulier par le personnel contribuant à l'activité.

ARTICLE 5 : Moyens mis à disposition

La Mutualité s'engage à mettre à disposition de M., les locaux, le matériel opératoire, le personnel et, d'une manière générale, tous les moyens nécessaires pour lui permettre d'exercer son art dans les meilleures conditions.

En retour, M. s'engage à utiliser selon les règles de bonnes pratiques professionnelles le matériel et les produits mis à sa disposition par l'employeur et à respecter toutes les procédures mises en place son employeur,

La Mutualité s'engage à étudier et à appliquer, dans la mesure de ses disponibilités financières, toutes les suggestions tendant au renouvellement ou à la modernisation de l'équipement professionnel et à assurer l'entretien normal du matériel.

ARTICLE 6 : Formation continue odontologique / Développement Professionnel Continu

Il appartient à M. de mettre à jour ses connaissances conformément aux règles législatives et réglementaires en vigueur.

Cette formation sera réalisée selon les dispositions applicables en matière de droit du travail.

ARTICLE 7 : Période d'essai

Le présent contrat est conclu pour une durée indéterminée à compter du

Il ne *deviendra définitif* qu'après une période d'essai de quatre mois de travail effectif

Si la période d'essai est rompue à l'initiative de l'employeur, un délai minimal de prévenance sera respecté. Il est fixé à :

- 24 heures si le temps de présence du salarié est inférieur à huit jours
- 48 heures pour un temps de présence compris entre huit jours et un mois
- deux semaines après un mois de présence
- un mois après trois mois de présence.

Si la rupture intervient à l'initiative du salarié, celui-ci devra prévenir l'employeur au moins 24 heures avant son départ s'il est présent depuis moins de huit jours et 48 heures dans les autres cas.

ARTICLE 8 : Rupture du contrat

Chacune des parties pourra rompre à tout moment le contrat de travail sous réserve de respecter les règles fixées à cet effet par la loi.

En cas de démission, le salarié devra respecter un délai de préavis de 3 mois

En cas de licenciement, il sera fait application des dispositions du code du travail

ARTICLE 9 : Rémunération

M. recevra une rémunération mensuelle brute proportionnelle aux actes accomplis par lui et facturés aux patients (préciser sur le mois en cours ou le mois précédent) selon les tarifs pratiqués par la Mutualité dans les conditions suivantes :

♣ Les actes sont considérés comme accomplis lorsqu'ils sont exécutés et que les documents et travaux administratifs correspondants ont été réalisés conformément aux pratiques en vigueur dans l'organisme, notamment après la remise systématique de devis signé par le praticien et le patient pour tout acte prothétique et hors nomenclature,

♣ M. s'engage à ne jamais percevoir de rémunération directe d'un patient sous quelque forme que ce soit.

Cette rémunération est convenue compte tenu de la nature des attributions confiées au praticien.

Indiquer le mode de calcul ou de détermination du montant de la rémunération :

Un salaire minimum garanti peut être prévu par l'employeur et en tout état de cause cette rémunération ne pourra pas être inférieure au SMIC.

M. ne sera soumis à aucune norme de productivité ou de rendement dans le cadre de son exercice professionnel.

Toute clause accordant un avantage supplémentaire lié à un nombre d'actes déterminé est écartée.

ARTICLE 10 : Congés payés

M. bénéficiera de congés payés dont la durée sera déterminée à raison de 2,5 jours ouvrables par mois de travail effectif au cours de la période de référence.

Ces congés donneront lieu à l'établissement préalable d'une demande de congés soumise à l'accord de la Mutualité

L'indemnité de congés payés de M. sera calculée conformément aux dispositions légales en vigueur.

ARTICLE 11 : Prévoyance et retraite

En sa qualité de cadre, M. sera inscrit à la caisse de prévoyance et de retraite des organismes de mutualité et à la caisse interprofessionnelle de prévoyance des cadres.

M. bénéficiera du régime de prévoyance et de retraite de pour la tranche A dont le siège social est situé au et du régime de prévoyance et de retraite de situé pour les tranches B et C.

ARTICLE 12 : Maladie et absences

En cas de maladie, maladie professionnelle ou d'accident du travail il sera fait application de la loi de mensualisation du 19 janvier 1978 modifiée par la loi de modernisation du marché du travail du 25 juin 2008.

En cas de maladie M, s'engage à justifier de son absence auprès de l'employeur par l'envoi d'un arrêt maladie dans les 48 heures.

En cas d'absence, justifiée par la maladie ou toute autre raison de force majeure, ainsi que pendant la période des congés, la Mutualité aura la faculté de pourvoir, s'il y a lieu, au remplacement de M.

ARTICLE 13 : Réglementation applicable au présent contrat

M. est salarié de, il lui sera fait application de la législation du travail française.

ARTICLE 14 : Responsabilité civile

Conformément à l'article L 1142-2 du code de la santé publique, le groupement est obligatoirement assuré pour garantir la responsabilité civile professionnelle dans le cadre de la mission qui est impartie à M.

De son côté, M. pourra s'assurer personnellement pour couvrir sa responsabilité civile au-delà de celle relevant légalement de son employeur.

ARTICLE 15 : Loyauté

Pendant la durée du contrat, M. s'interdit, sous quelque forme que ce soit, d'attirer les patients fréquentant le centre dentaire mutualiste, dans un autre cabinet.

ARTICLE 16 Clause de non concurrence (article facultatif)

Au terme de son contrat quelle qu'en soit la cause M s'engage, pendant une année, à ne pas créer, reprendre ou exercer une activité sous quelque forme que ce soit dans un cabinet dentaire situé dans un rayon de autour du centre de santé dentaire où il aura exercé.

Pendant l'exécution de cette obligation la Mutualité versera à M une contrepartie mensuelle spéciale dont le montant est égal à ème du salaire mensuel moyen des 12 derniers mois ou de la durée de l'emploi si celui-ci est inférieur à 12 mois.

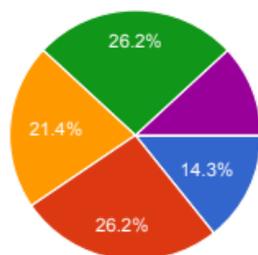
En cas de manquement à cette obligation M s'oblige à payer à la Mutualité, à titre de clause pénale, une somme équivalente à 1/30ème de sa rémunération mensuelle moyenne des 12 derniers mois par jour de travail infractionnel, nonobstant toute action que se réserve d'engager la Mutualité pour faire cesser le trouble ou obtenir réparation de ces préjudices.

Sous la condition de prévenir par Lettre Recommandée avec Accusé de réception, dans le délai de 15 jours suivant la notification, par l'une ou l'autre des parties, de la rupture du contrat de travail la Mutualité pourra dispenser M de l'exécution de la clause de non concurrence. Dans ce cas, l'employeur sera libéré de son engagement de versement de la contrepartie financière.

ANNEXE 3 : Questionnaire de satisfaction

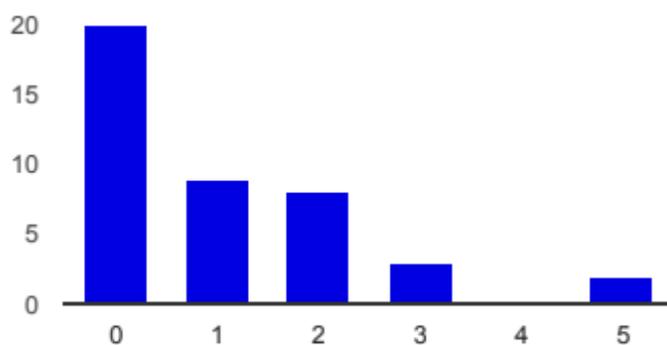
Résumé

Tu es en quelle promo ?



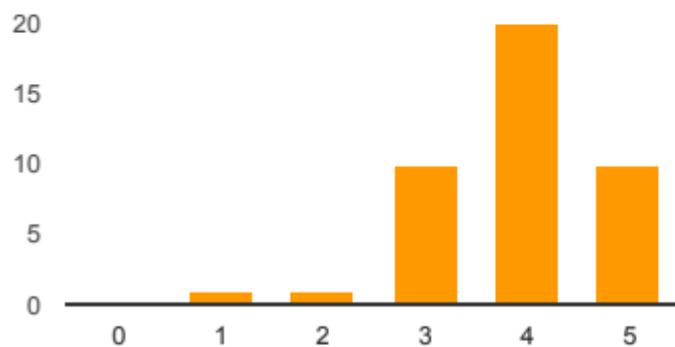
P2	6	14.3 %
D1	11	26.2 %
D2	9	21.4 %
D3	11	26.2 %
T1	5	11.9 %
Thésard	0	0 %
Interne	0	0 %

AVANT l'AG quel était ton niveau de connaissance sur les réseaux ?



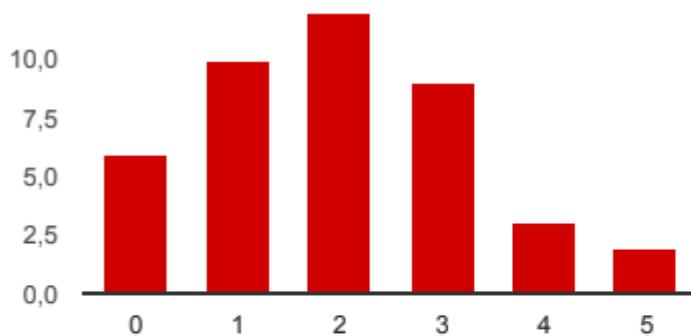
0	20	47.6 %
1	9	21.4 %
2	8	19 %
3	3	7.1 %
4	0	0 %
5	2	4.8 %

APRES l'AG quel était ton niveau de connaissance sur les réseaux ?



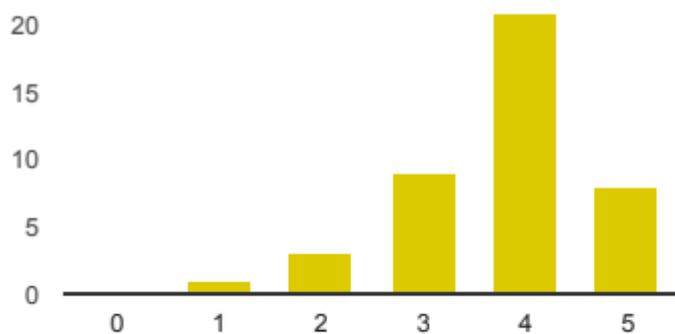
0	0	0 %
1	1	2.4 %
2	1	2.4 %
3	10	23.8 %
4	20	47.6 %
5	10	23.8 %

AVANT l'AG quel était ton niveau de connaissance sur la loi santé ?



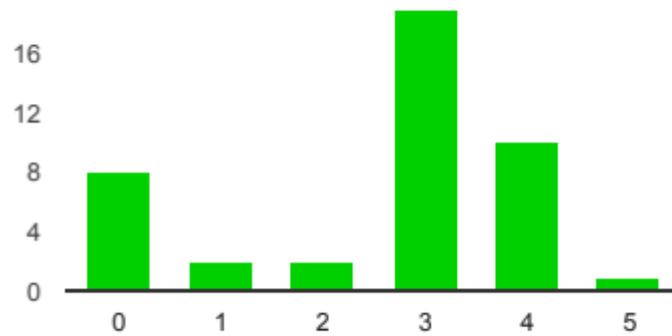
0	6	14.3 %
1	10	23.8 %
2	12	28.6 %
3	9	21.4 %
4	3	7.1 %
5	2	4.8 %

APRES l'AG quel était ton niveau de connaissance sur la loi santé ?



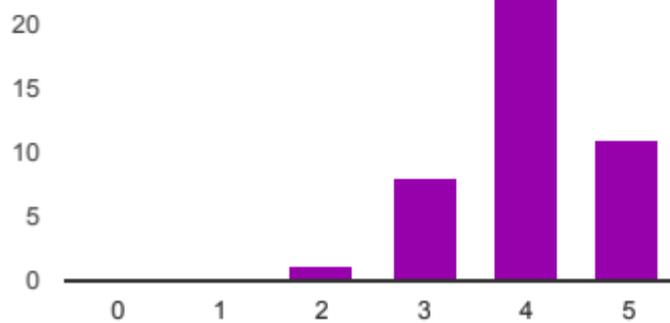
0	0	0 %
1	1	2.4 %
2	3	7.1 %
3	9	21.4 %
4	21	50 %
5	8	19 %

AVANT l'AG quel était ton niveau de connaissance sur le CLESI ?



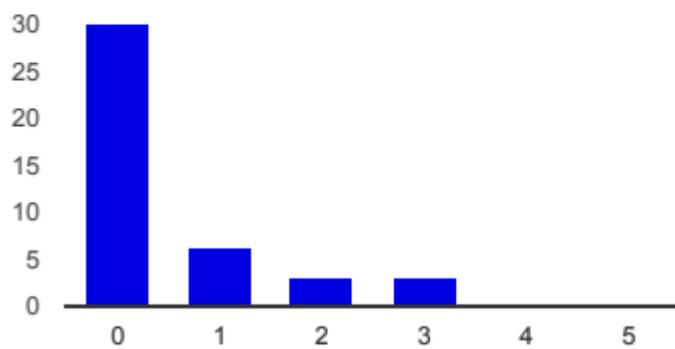
0	8	19 %
1	2	4.8 %
2	2	4.8 %
3	19	45.2 %
4	10	23.8 %
5	1	2.4 %

APRES l'AG quel était ton niveau de connaissance sur le CLESI ?



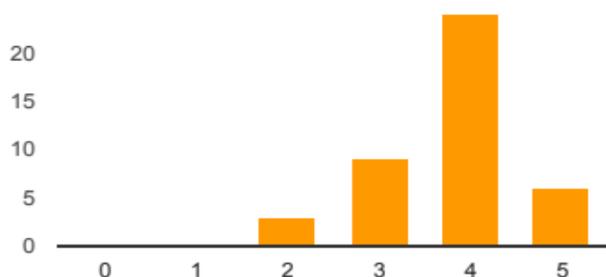
0	0	0 %
1	0	0 %
2	1	2.4 %
3	8	19 %
4	22	52.4 %
5	11	26.2 %

AVANT l'AG quel était ton niveau de connaissance sur la GEDS ?



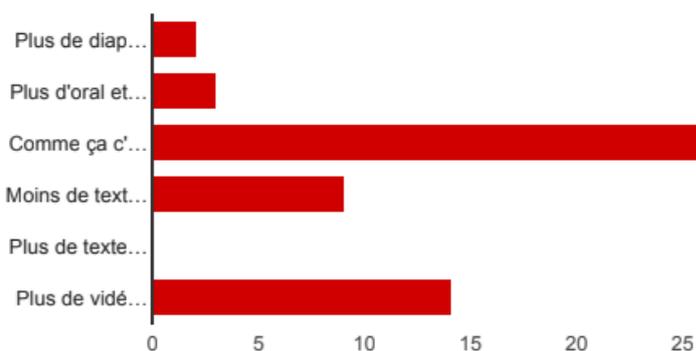
0	30	71.4 %
1	6	14.3 %
2	3	7.1 %
3	3	7.1 %
4	0	0 %
5	0	0 %

APRES l'AG quel était ton niveau de connaissance sur la GEDS ?



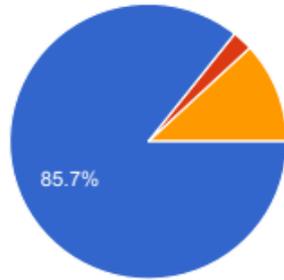
0	0	0 %
1	0	0 %
2	3	7.1 %
3	9	21.4 %
4	24	57.1 %
5	6	14.3 %

Pour le support de présentation comment pourrait-on améliorer ?



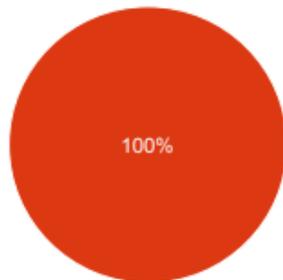
Plus de diaporama	2	4.8 %
Plus d'oral et de débat	3	7.1 %
Comme ça c'était bien	28	66.7 %
Moins de texte sur le diapo	9	21.4 %
Plus de texte sur le diapo	0	0 %
Plus de vidéos et d'images	14	33.3 %
Plus de diaporama	2	4.8 %
Plus d'oral et de débat	3	7.1 %
Comme ça c'était bien	28	66.7 %
Moins de texte sur le diapo	9	21.4 %
Plus de texte sur le diapo	0	0 %
Plus de vidéos et d'images	14	33.3 %

Pour la durée comment pourrait-on améliorer ?



Plus court	36	85.7 %
Plus long	1	2.4 %
Comme ça c'était bien	5	11.9 %
Plus court	36	85.7 %
Plus long	1	2.4 %
Comme ça c'était bien	5	11.9 %

As-tu regretté d'être venu ?



Oui	0	0 %
Non	42	100 %
Oui	0	0 %
Non	42	100 %

Penses-tu désormais que tu vas continuer à t'informer sur ces actualités ?



Oui	42	100 %
Non	0	0 %
Oui	42	100 %
Non	0	0 %

AUTORISATION IMPRIMER

LORRE (Damien). – Réseaux de soins, plateformes assurantielles et politiques sanitaires.
– 125 f. ; 19 fig. ; 16 tabl. ; 79 ref. ; 30cm (Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2018)

RESUME

Les réseaux de soins semblent constituer, sous leurs différentes formes, un intermédiaire omniprésent dans la santé des français. Prenant leur source aux Etats-Unis dans les années 1920, leur implantation au sein des systèmes de santé n'a cessé d'évoluer. L'objectif de ce travail est d'introduire leur mode de fonctionnement et de l'analyser afin d'établir une vision de ce qu'ils représentent aujourd'hui, dans le domaine de la santé bucco-dentaire en France, en les intégrant à un contexte économique-politique sans lequel leur existence n'aurait pas lieu d'être.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Santé Publique

MOTS CLES MESH

- Assurance Maladie/ Insurance Health
- Politique de santé/ Health Policy
- Assurance Maladie Complémentaire/ Major Medical Insurance
- Réforme des soins de santé/ Healthcare reform
- Odontologie en santé publique/ Public health dentistry

JURY

Président : Professeur Yves AMOURIQ

Directeur : Professeur Yves AMOURIQ

Assesseur : Professeur Assem SOUEIDAN

Assesseur : Docteur Fabienne JORDANA

Assesseur : Docteur Alexis GAUDIN

ADRESSE DE L'AUTEUR

7, quai de la Verdure, 44400 Rezé

damienlorre@orange.fr