

# Soins. Tension sur les réseaux

**La loi autorisant les mutuelles à créer des réseaux de soins a relancé la controverse. Meilleur accès aux services de santé pour les uns, dérive à l'américaine pour les autres.**

*L'optique, le dentaire et l'audition, très mal remboursés par l'assurance-maladie, sont les trois principaux secteurs concernés par les réseaux de soins. Mais les opposants craignent une extension du système à d'autres activités.*

Photos Claude Pigment/ François Destoc



Les réactions n'auront pas tardé. L'adoption récente, en première lecture, de la loi autorisant les mutuelles à créer des réseaux de soins, suscite de nombreuses réactions dans le milieu médical. Les assurances ou instituts de prévoyance avaient déjà cette possibilité mais avec les mutuelles, on change d'échelle. Trente-huit millions de Français en ont une, ce qui constitue une impressionnante force de frappe pour peser à la baisse sur les tarifs de certaines prestations.

**Secteurs mal remboursés**  
Même si certaines mutuelles le faisaient déjà, elles n'avaient pas, jusqu'à présent, de cadre

juridique pour constituer de véritables réseaux de soins dans des domaines où l'assurance-maladie ne couvre que très faiblement certaines prestations.

20 euros remboursés pour une paire de lunettes à 600 euros, cela laisse la quasi-intégralité de la dépense à la charge des patients et des mutuelles. D'où l'offensive de ces dernières pour obtenir cette base légale les autorisant à créer des réseaux avec des professionnels contractualisés dans des secteurs comme l'optique, le dentaire ou l'audition, très mal remboursés par l'assurance-maladie. En contrepartie de baisses de tarifs, les mutuelles orienteront leurs adhérents vers

ces spécialistes conventionnés, comme l'ont déjà fait les assurances et les organismes de prévoyance, en obtenant des réductions tarifaires oscillant entre 20 à 50 %.

## Mieux réguler les tarifs

« Moins de marge, mais plus d'activité pour les professionnels. Moins de reste à charge et donc, meilleur accès aux soins pour les patients », résume le député finistérien Richard Ferrand, ex-directeur des Mutuelles de Bretagne, qui a défendu cette loi devant l'Assemblée.

« En régulant mieux les tarifs, ajoute-t-il, on permettra un accès

à ces soins coûteux à un plus grand nombre et tout le monde sera gagnant, puisque les professionnels gagneront en volume d'activité. »

Il est vrai que dans ces trois domaines, la vérité des prix n'est pas facile à cerner quand certaines chaînes d'optique proposent deux, voire trois paires de lunettes pour le prix d'une ou accordent des réductions de tarifs en fonction de l'âge du patient. Moins 40 % si vous avez 40 ans et ainsi de suite. Ce qui rend totalement opaque le coût de revient réel du produit. En prothèse dentaire ou audition, la transparence ne saute pas beaucoup plus aux yeux.

## Liberté de choix

Les réactions dans le milieu médical n'ont pas tardé. En cette période d'exaspération de la profession, les critiques ont fusé contre les mutuelles, certains médecins leur reprochant haut et fort leurs frais de gestion.

À l'occasion de la récente manifestation de Paris où cette nouvelle loi était dans le collimateur, un groupe de médecins a même annoncé son intention de créer sa propre mutuelle pour contrer une offensive qui tend à une généralisation des systèmes de réseaux.

Va-t-on en arriver, comme dans la téléphonie mobile, à des réseaux de mutuelles, des

réseaux d'assurance, des réseaux de médecins, voire des réseaux low cost ?

Le parallèle n'ira pas jusque-là car la nouvelle loi stipule clairement que chaque patient doit conserver sa liberté de choix et qu'un professionnel ne peut être contraint à un contrat d'exclusivité, deux différences majeures par rapport aux mœurs en cours dans les réseaux de téléphonie.

## « Dérive à l'américaine »

Mais le principal grief des médecins, c'est le risque de voir ces réseaux déborder le cadre actuel du dentaire ou de l'optique pour aller un jour jusqu'au médecin de ville, voire l'hôpital, sous le double effet d'un désengagement progressif de l'assurance-maladie et d'une prise en charge de plus en plus importante par les mutuelles, avec une hausse progressive de leurs tarifs d'adhésion. « Un risque de dérive à l'américaine », pointent certains médecins.

Le docteur Paul Le Goff, ancien professeur du CHU de Brest, ne dit pas autre chose. Il voit se profiler « une privatisation partielle et insidieuse de la Sécurité sociale par un transfert des prestations de l'assurance-maladie vers les complémentaires santé.

Ce transfert, ajoute-t-il, crée déjà des inégalités entre les assurés du fait de l'hétérogénéité des contrats des complémentaires qui sont désormais sur le même plan que les assurances privées pour créer des réseaux de soins. Il faut que les assurés en soient conscients ».

Reste une évidence chiffrée : les réseaux déjà constitués ont nettement fait baisser le montant des factures.