

# La santé en réseaux

## *Qualité des soins, entreprise à mission et contrats dérogatoires*

### Synthèse

Willy Jager\*,  
spécialiste des  
politiques de santé

\* pseudonyme

---

14 mai 2018

Dans notre pays, chaque patient peut choisir librement son professionnel de santé. Sans accès à une information de qualité, cette liberté risque cependant de se retourner contre son titulaire, d'être facteur de surcoûts, voire de risques. Comment allier autonomie des parties prenantes, qualité des soins, accès à l'information et maîtrise de la dépense ?

Les « réseaux de soins » développés par les assureurs privés tentent de répondre à cette question en mettant des patients en relation avec des professionnels répertoriés. Ces réseaux de professionnels agréés ont vocation à proposer de meilleurs rapports qualité-prix aux assurés, à l'instar d'une centrale de référencement ou d'un courtier. L'adhésion des professionnels, établissements ou services à ces réseaux s'effectue sur la base de critères objectifs, transparents et non discriminatoires.

En dépit des fortes résistances qu'ils rencontrent en particulier chez les opticiens, les audioprothésistes ou les chirurgiens-dentistes, cette note plaide pour une plus large reconnaissance des vertus et bénéfices des réseaux de soins. Elle propose également différentes pistes de réflexion pour permettre leur développement dans une plus grande sérénité. Enfin, au moment où les pouvoirs publics pourraient être tentés de les contourner dans le cadre de la réforme en faveur d'un « reste à charge zéro », elle recommande au contraire de s'appuyer sur leur expérience.

## SOMMAIRE

1. Réseaux de soins : de quoi parle-t-on ?.....	4
2. Une opposition persistante entre professionnels de santé et assureurs santé privés .....	9
3. L’opportunité des réseaux de soins pour le système de santé.....	13
3.1. La question toujours prégnante de l’accès aux soins .....	14
3.2. L’orientation vers la bonne prise en charge toujours recherchée .....	18
3.3. L’amélioration du système de santé toujours à promouvoir.....	25
4. Restaurer la confiance dans les réseaux de soins .....	32
4.1. Se doter des moyens nécessaires à l’évaluation de la qualité.....	32
4.2. Rendre la gouvernance plus transparente et responsable .....	34
4.3. Ouvrir des possibilités de contractualisation dérogatoires .....	36
Conclusion .....	39

Les politiques de santé visent l'égalité d'accès à une prise en charge de qualité<sup>1</sup>, répondant aux besoins des patients. Pour y parvenir, elles captent d'importantes ressources publiques et privées. Afin de ne pas verser dans une forme excessive de contrainte (socialisation), cette égalité doit en permanence être articulée avec un souci de liberté, auquel les Français restent particulièrement attachés. Parmi ces libertés, celle de choisir son professionnel de santé est ancrée dans les usages et consacrée par les textes. Mais encore faut-il que cette liberté de choix soit éclairée. En effet, une information imparfaite conduit à une situation ambiguë dans l'exercice de leur choix par les patients, entraînant inégalités d'accès aux soins quand ce n'est pas « perte de chance ». Sans accompagnement, la liberté de choix peut donc se retourner contre son titulaire, être facteur de risque pour le patient et de surcoût pour le système de santé. Comment allier maîtrise de la dépense, accès à l'information, qualité des soins, efficacité du système et autonomie des parties prenantes ?

Une réponse pour les assureurs santé privés a été de développer un système de mise en contact des patients avec des professionnels répertoriés. Connue sous le nom de « réseaux de soins », ce système se développe depuis plusieurs décennies. Mais il rencontre de fortes résistances : la simple évocation des réseaux de soins génère souvent débats et contentieux, en particulier chez les opticiens, les audioprothésistes et les chirurgiens-dentistes. Certaines déclarations<sup>2</sup> ou tribunes<sup>3</sup>, portées parfois jusque dans les prétoires, en donnent un bon aperçu. Pourtant, l'Autorité de la concurrence<sup>4</sup> et les juges, notamment la cour d'appel de

---

<sup>1</sup> L'OMS définit la qualité en santé comme un acte qui assure « le meilleur résultat en termes de santé conformément à l'état de la science, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour la plus grande satisfaction en termes de procédures ».

<sup>2</sup> Par exemple, le Rassemblement des opticiens de France (ROF) a inscrit parmi ses principes fondateurs la suppression des « remboursements différenciés » qui empêcheraient l'assuré de choisir librement son professionnel de santé (<https://goo.gl/9UcMgn>). De même, la Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD) reproche régulièrement aux réseaux de « détourner » les patients grâce à des systèmes d'analyse de devis, qui permettent aux assurés, lorsqu'ils consultent un praticien qui ne serait pas partenaire du réseau concerné, de vérifier si le prix qui leur est proposé est conforme aux pratiques tarifaires (réelles ou estimées) pour un soin identique, sur la même zone géographique (<https://goo.gl/JoStjc>). Enfin, le Syndicat national des audioprothésistes (UNSAF) a récemment pris appui sur les actions correctives recommandées par un récent rapport d'inspection (<https://goo.gl/w5LozV>) pour appeler à « la suspension de tout nouveau conventionnement par les réseaux de soins » (<https://goo.gl/AEYz7q>).

<sup>3</sup> <https://www.lesechos.fr/idees-debats/cercle/cercle-174630-les-dangers-des-reseaux-des-soins-2121036.php>

<sup>4</sup> On peut citer en exemple la [décision de l'Autorité de la concurrence n°16-D-23 du 24 octobre 2016](#). Plus largement, sur l'analyse de la jurisprudence de l'Autorité de la concurrence sur les réseaux de soins, voir l'annexe 4 (p. 131) du rapport suivant : <https://goo.gl/nmB4Q8>

Au contraire, l'Autorité de la concurrence considère même que « le développement du conventionnement est susceptible d'engendrer un fonctionnement plus concurrentiel du marché, y compris vis-à-vis des professionnels non conventionnés par les opérateurs complémentaires d'assurance maladie (OCAM), dans la mesure où ces derniers seront incités à offrir soit des services supplémentaires (telles que des conditions de paiement différé), soit une qualité

Paris<sup>5</sup>, ont récemment eu l'occasion de s'exprimer à ce sujet : les faits reprochés aux réseaux de soins ne correspondent ni à des pratiques anticoncurrentielles, ni à des pratiques illégales<sup>6</sup>. Mais les doutes et les protestations demeurent. Pourquoi ce système se développe-t-il ? Peut-il contribuer à améliorer notre système de santé ? À quelles conditions son développement pourrait-il se révéler bénéfique ?

## 1. RÉSEAUX DE SOINS : DE QUOI PARLE-T-ON ?

Initiés avec le tiers payant il y a une trentaine d'années, les partenariats entre assureurs santé privés et professionnels de santé se sont progressivement étendus – par le nombre de personnes protégées – et diversifiés, s'agissant des professions et des prestations qui y sont intégrées. Plusieurs raisons justifient cette évolution.

- La plus grande sensibilité des patients à la hausse des cotisations et des primes d'assurance santé, en raison de leur poids croissant dans le budget des ménages<sup>7</sup> et en tenant compte du fait qu'elles ont déjà augmenté sur la dernière décennie deux fois plus rapidement que l'inflation générale (+ 2,6 % par an en moyenne de 2005 à 2015, contre + 1,3 % pour l'inflation).

---

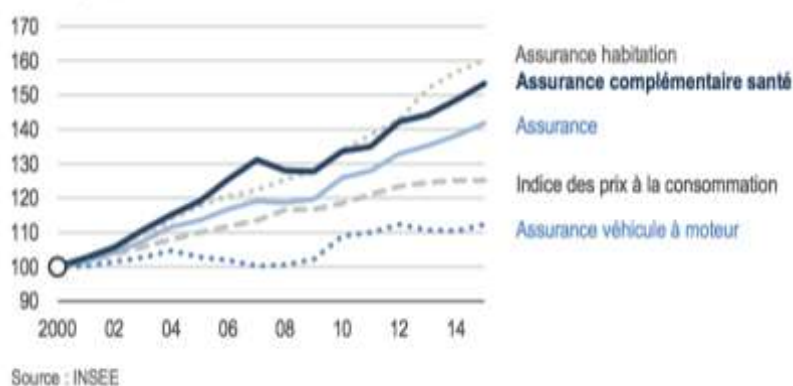
de services supérieure ou encore des tarifs attractifs, afin d'attirer une part des assurés pouvant par ailleurs bénéficier de conditions intéressantes dans le réseau de soins de leur OCAM ».

<sup>5</sup> CAA Paris, 1<sup>er</sup> février 2018 : <https://goo.gl/EgVftb>

<sup>6</sup> L'unique décision ayant sanctionné les pratiques de réseaux date du 18 mars 2010 (Cass. Civ. 2<sup>e</sup>, 09-10.241), lorsque la Cour de cassation a remis en cause le principe même du conventionnement mutualiste. Un principe mutualiste veut en effet que les différences dans le niveau de prestations ne soit possible qu'en fonction des cotisations payées ou de la situation de famille des adhérents. Partant de cette écriture du Code de la Mutualité, les juges ont donc naturellement interdit à la MGEN de pratiquer des modulations dans le niveau des prestations qu'elle servait, selon que l'adhérent consultait, ou non, un praticien conventionné par cette mutuelle ; pratique en revanche que rien n'interdisait s'agissant des autres types d'assureurs, les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance. C'est pour mettre un terme à ce déséquilibre que plusieurs projets de texte, issus de la droite comme de la gauche, ont été déposés, jusqu'à donner lieu à la loi du 27 janvier 2014, dite « Le Roux », qui régit les réseaux de soins aujourd'hui. Ce cadre légal n'a jamais été remis en cause depuis.

<sup>7</sup> M. Lelièvre et N. Rémila, « Dépenses pré-engagées : quel poids dans le budget des ménages ? », *Les Dossiers de la Drees*, n° 25, Drees, mars 2018.

**Graphique 1 : Inflation des prix dans l'assurance et dans l'économie**  
Indices de prix, base 100 = 2000. Dernière année = 2015

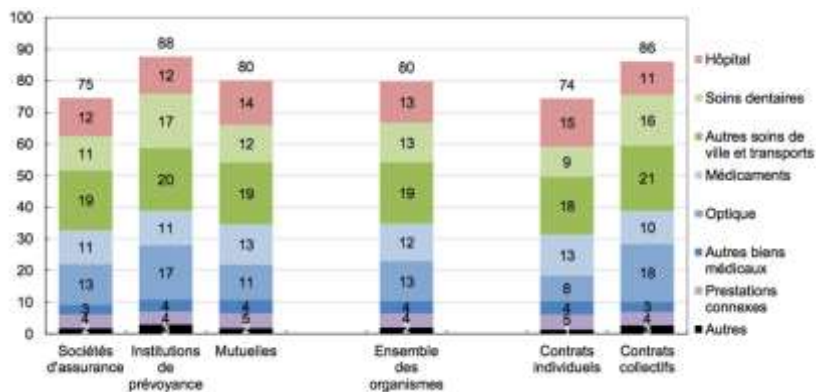


- Les risques de perte de chance, à savoir de ne pas bénéficier de la bonne prise en charge et du bon accompagnement, au bon moment, quel que soit son lieu d'habitation. Autrement dit, dans un certain nombre de cas, les assurés sont susceptibles de perdre leur chance de guérir, de voir leur état de santé s'améliorer, d'éviter une intervention ou un traitement à l'origine d'un accident ou d'une complication, du simple fait de leur difficulté à s'orienter dans le système de santé. Ces risques méritent d'être anticipés, atténués voire supprimés, *via* une meilleure orientation et un réel accompagnement des patients dans le système de santé.
- L'inflation des dépenses prises en charge par les assureurs santé privés (de 15 Mds€ à 26 Mds€ sur la période 2000-2015), dans un contexte où l'écart de prix observé pour un même acte, produit ou équipement ne traduit pas nécessairement un écart équivalent de qualité entre les prestations ou biens « achetés ».
- La responsabilisation croissante de ces mêmes assureurs, à travers ce que l'on appelle la « gestion du risque<sup>8</sup> », jusque dans des domaines non reconnus, et donc non pris en charge par la Sécurité sociale (chambre particulière, médecines complémentaires, etc.). Responsabilisation d'autant plus forte qu'elle prend appui sur l'importance de plusieurs postes de soins dans les prestations versées par les assureurs santé, voire, dans certains cas, leur forte augmentation en valeur relative

<sup>8</sup> La gestion du risque désigne l'effort commun des financeurs et des professionnels pour améliorer la pertinence, la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins. Il s'agit d'optimiser le rapport qualité-prix des dépenses engagées, au lieu de diminuer les prises en charge, donc d'obtenir un juste soin au juste coût.

et absolue. Importance qui a notamment pu résulter d'un « gonflement » des garanties d'assurance en raison des aides publiques attribuées aux contrats négociés par les partenaires sociaux et souscrits par les entreprises.

**Graphique 2 : Prestations par postes de soins (en % des cotisations)<sup>9</sup>**



**Graphique 3 : Part des organismes complémentaires dans quelques postes de la CSBM, 2010 à 2016**



Dans ce contexte, les assureurs privés ont commencé par organiser des appels d'offres ou des appels à candidatures pour mettre en place des réseaux de professionnels agréés afin de proposer de meilleurs rapports qualité-prix à leurs assurés, à l'instar d'une centrale de référencement ou d'un courtier. L'adhésion des professionnels, établissements ou services à ces réseaux doit s'effectuer sur la base de critères objectifs, transparents et non discriminatoires.

<sup>9</sup> Drees, « La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé », mars 2017.

Ces réseaux ont, pour la plupart, été mis en place dans le cadre de partenariats entre plusieurs assureurs, gérés par une plateforme<sup>10</sup>. Ils ont été formalisés au moyen de conventions conclues, d'une part, entre la plateforme et les assureurs partenaires, ces derniers déléguant la gestion du réseau à la plateforme, d'autre part, entre la plateforme et chacun des professionnels sélectionnés. L'accès auxdits réseaux est ensuite commercialisé auprès du consommateur final, c'est-à-dire de l'assuré, au travers de son contrat d'assurance santé. Sur ce point, la législation a suivi la pratique, l'encadrement des réseaux de soins datant seulement de 2014, soit bien des années après les premières initiatives recensées en la matière.

Les engagements contractualisés prennent des formes diverses : la plupart concernent les professionnels de santé ayant choisi de s'inscrire dans le réseau<sup>11</sup>. En contrepartie, les plateformes s'engagent à orienter les assurés vers les professionnels sélectionnés, pour certains *via* une modulation des remboursements offerts par leur contrat d'assurance. Dans ce dernier cas, si tous les assurés ont droit à remboursement, la prise en charge sera majorée, ou non, selon que l'assuré choisira de s'adresser à un professionnel partenaire ou non.

À l'égard des réseaux de soins, l'Autorité de la concurrence écrivait en 2009 que « les gestionnaires de réseaux se comportent, dans le cadre de leurs relations avec les professionnels de santé, en grande partie comme des acheteurs de biens ou de service de santé. Ils agissent ainsi, dans une certaine mesure, comme des clients par subrogation des assurés<sup>12</sup> ». Poursuivant : « Un gestionnaire de réseaux, lorsqu'il sélectionne des professionnels de santé, est plus assimilable à un distributeur qui sélectionne des fournisseurs qu'à un fournisseur qui sélectionne des distributeurs. »

Tous les dispositifs regroupés sous l'appellation générique de « réseaux de soins » reposant sur des logiques conventionnelles, individuelles et directes, les professionnels de santé n'ont

---

<sup>10</sup> Dans le débat public, c'est d'ailleurs ces plateformes qui se trouvent souvent qualifiées de « réseaux de soins ». Les six principales plateformes de gestion sont : Santéclair, Kalivia, Itelis, Sévéane, CarteBlanche et Istya.

<sup>11</sup> On peut citer pêle-mêle : respect des bonnes pratiques de la profession, de référentiels construits sur l'état de l'art ou des recommandations institutionnelles (ex. : Haute Autorité de santé), qualité des services rendus et du matériel vendu, suivi d'une formation professionnelle, mise en œuvre du tiers payant, local d'exercice et son aménagement, gratuité de certaines prestations, suivi du bénéficiaire et traçabilité des équipements, respect de catalogues de produits référencés, accueil et bilans personnalisés, installations spécifiques, innovations technologiques, gamme de produits élargie, modération tarifaire, labellisation et certification des structures, etc.

<sup>12</sup> Aut. Conc., 9 sept. 2009, n° 09-A-46.

aucune obligation d'y adhérer. Ils n'ont pas non plus l'interdiction d'en sortir une fois le partenariat conclu. Plus largement, l'adhésion ne peut comporter de clause d'exclusivité : les professionnels sont donc en mesure d'adhérer à plusieurs réseaux à la fois. De plus, le code de la Sécurité sociale prévoit que ces conventions ne peuvent comprendre aucune stipulation portant atteinte au droit fondamental de chaque patient au libre choix du professionnel, de l'établissement ou du service de santé et aux principes d'égalité et de proximité dans l'accès aux soins<sup>13</sup>.

Le bénéfice d'un réseau est par ailleurs interdit dans un certain nombre de cas. Ainsi, le droit de constituer des réseaux de médecins selon leur qualité et leur prix est entièrement proscrit depuis 2014. De même, la possibilité d'intervenir sur la prise en charge d'actes et de prestations qui font d'ores et déjà l'objet d'une tarification et d'un remboursement par la Sécurité sociale est très fortement encadrée. Si certains réseaux ont négocié des forfaits de prise en charge, en matière de chirurgie orthopédique notamment (installation de prothèses de hanche ou de genou, par exemple), les assureurs santé privés interviennent généralement sur les seuls actes, produits, équipements et prestations non reconnus, donc non pris en charge par la Sécurité sociale, ainsi que sur ceux laissant des « restes à charge » à l'assuré.

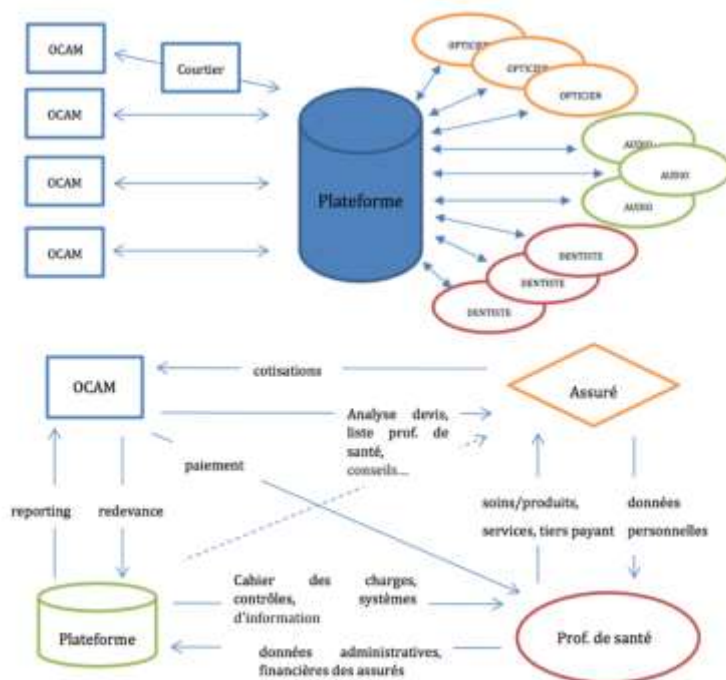
Des conventionnements spécifiques peuvent également être organisés avec des établissements de santé ou des services de santé. On peut citer, en exemples de réseaux hospitaliers, deux initiatives mutualistes : le « règlement fédéral hospitalisation » (RFH) et le « conventionnement hospitalier mutualiste » (CHM), qui sélectionnent des établissements de santé sur des critères qualitatifs et tarifaires et donnent accès à des tarifs préférentiels pour les chambres particulières. De façon beaucoup moins marquée, certains réseaux interviennent sur l'automédication, les médecines complémentaires (ostéopathie notamment), etc.

---

<sup>13</sup> CSS, art. L. 863-8.



Schéma 1 : Organisation schématique d'une plateforme de gestion



Source : Mission, d'après Asteres

Ces principes étant rappelés, il n'en demeure pas moins que les réseaux de soins font l'objet de fortes résistances de la part de certains professionnels.

## 2. UNE OPPOSITION PERSISTANTE ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET ASSUREURS SANTÉ PRIVÉS

Les inquiétudes persistent d'abord parce que les réseaux de soins sont vus, par certains, comme susceptibles de borner trois libertés auxquelles les professionnels de santé sont particulièrement attachés :

- la liberté de choix du professionnel pour le patient ;
- la liberté du professionnel de proposer et de prescrire un acte, une prestation, un produit ou un équipement à son patient ;
- la liberté de fixer les tarifs des prises en charge en question, déclinaison concrète de l'entente directe entre le patient et le professionnel en matière d'honoraires et de tarifs.

Or, plus les réseaux voient leur population d'assurés éligibles grandir, plus la défiance tend à se cristalliser autour d'une éventuelle « mainmise » sur les secteurs concernés. Ainsi, près de 50 millions de personnes y ont aujourd'hui accès, contre seulement 30 millions en 2010. Cette croissance exponentielle devrait se poursuivre, près de 10 millions de personnes étant couvertes par une assurance santé privée sans néanmoins bénéficier d'un réseau de soins<sup>14</sup>.

Cette défiance se fait d'autant plus profonde lorsque les réseaux interviennent sur des secteurs où les principaux financeurs sont les assureurs santé privés et les ménages, et non la Sécurité sociale. Par exemple, dans le cas de l'optique, des prothèses dentaires et auditives, la prise en charge publique n'est respectivement que de 4 %, 20 % et 14 % des dépenses totales. C'est d'ailleurs ce qui explique le taux de pénétration de plusieurs réseaux dans ces trois secteurs, certains ayant déjà conclu des partenariats avec plus de la moitié de l'offre existante.

C'est le cas en optique, qui compte approximativement 12 000 points de vente. Dans ce secteur, la défiance peut, à certains égards, être aiguïlée par l'existence, spécifique à ce secteur, de réseaux à numerus clausus, dits « fermés » (voir encadré ci-après), et des pratiques de référencement des fournisseurs et des produits<sup>15</sup>.

**Tableau 1 : Réseaux optiques gérés par les six plateformes**

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

Source : Enquête IGAS auprès des plateformes

<sup>14</sup> M. Perronin et A. Louvel, « La complémentaire santé en 2014 : 5 % de non-couverts et 12 % parmi les 20 % les plus pauvres », *Questions d'économie de la santé*, Irdes, n° 229, janvier 2018.

<sup>15</sup> Pour citer l'Autorité de la concurrence : « Le référencement pour la plateforme de gestion a plusieurs avantages. Il facilite tout d'abord les négociations tarifaires avec les professionnels : pour pouvoir négocier un rapport qualité/prix intéressant pour les bénéficiaires de leurs réseaux, les gestionnaires de ces réseaux doivent pouvoir déterminer des tarifs maxima applicables à des produits ou ensembles de produits précisément identifiés. S'agissant des verres ophtalmiques, ceci suppose pour les gestionnaires d'opérer une « qualification », c'est-à-dire d'identifier les verres en fonction de leurs différentes composantes (le matériau, l'indice, la géométrie, les traitements, la teinte, etc.). Par la suite, le référencement des produits facilite la saisie informatique par les opticiens des devis et des demandes de prise en charge. Au vu de la charge administrative substantielle (liée notamment aux volumes d'informations à traiter) que peut représenter le référencement d'un fournisseur et du souhait légitime que peuvent avoir les gestionnaires de réseau d'encadrer les choix des produits proposés dans le cadre de leur réseau afin de favoriser la vente de produits de qualité à des prix compétitifs, il apparaît également légitime pour ces derniers d'opérer une sélection des fournisseurs qu'ils souhaitent ou non référencer ».

## Réseaux « ouverts », réseaux « fermés », de quoi parle-t-on ?

On distingue les réseaux dits « ouverts » de ceux dits « fermés ».

Alors que les premiers accueillent indifféremment tout professionnel de santé demandeur auprès des assureurs santé privés (ou des plateformes agissant pour leur compte) et remplissant les conditions définies conventionnellement, les seconds limitent l'accès au réseau à un nombre limité de professionnels par zone géographique, choisis selon des critères qualitatifs et tarifaires.

L'arbitrage entre les deux types de réseau résulte des considérations suivantes : la modération des coûts consentie par les professionnels conventionnés passe, en contrepartie, par l'espérance de recevoir un nombre significatif d'assurés comme clients grâce au réseau. Par conséquent, restreindre la possibilité de réseaux fermés au seul secteur optique se justifie plus par des raisons d'opportunité, que par la nécessité de favoriser l'accès aux soins.

De fait, un réseau trop restreint et pas assez dense aurait du mal à engendrer un volume suffisant, les assurés n'étant pas disposés à effectuer de longs déplacements ; *a contrario*, un réseau trop large serait peu attractif pour les professionnels de santé, eu égard aux flux nécessairement réduits qu'il serait susceptible de drainer chez chacun.

Une défiance similaire se retrouve dans le secteur de l'audioprothèse, qui regroupe approximativement 4 600 points de vente.

**Tableau 2 : Réseaux audioprothésistes gérés par les six plateformes**

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

Source : Enquête IGAS auprès des plateformes

Pour les chirurgiens-dentistes, à une exception près sur laquelle nous reviendrons, les réseaux rassemblent une minorité de professionnels (14 % pour le plus étendu, sur un total de plus de 40 000 omnipraticiens). Il n'empêche que, dans ce secteur également, la défiance demeure forte.

**Tableau 3 : Réseaux dentaires gérés par les plateformes**

	Carteblanche	Itelis	Kalivia	Santéclair	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

Cette défiance conduit à renvoyer dos à dos les professionnels de santé et les assureurs santé privés, au point que les réseaux de soins se situent actuellement au milieu du gué. Le droit positif n'est pas suffisamment développé pour permettre aux assureurs de passer pleinement du statut de « payeur aveugle » à celui de « régulateur responsable ». Par ailleurs, les arguments en leur faveur n'ont pas l'assise suffisante pour favoriser leur expansion dans un climat serein. Preuve en est le fait que les institutions publiques elles-mêmes s'opposent régulièrement sur l'intérêt des réseaux. Tandis que la Cour des comptes<sup>16</sup>, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie<sup>17</sup> et les corps d'inspection<sup>18</sup> préconisent d'en favoriser le développement, les mêmes corps d'inspection, à travers l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), ont récemment refusé de trancher la question. Si la dernière mission Igas sur les réseaux de soins a observé un impact positif des réseaux sur le prix des soins et le reste à charge des ménages, elle a en même temps déclaré ne pas être en mesure de faire la part entre les pratiques de qualité et les autres, au sein et en dehors des réseaux<sup>19</sup>.

Dans ces conditions, rien d'étonnant à ce que des affirmations contradictoires, parce qu'insuffisamment objectivées, continuent à germer.

- Du point de vue des assureurs, en s'accordant sur des prestations de qualité à des prix prévisibles et négociés avec les professionnels, les réseaux de soins permettent d'éviter au patient des prix excessifs, voire abusifs. Il en résulte une différence de prix notable – à la baisse – pour les soins ou les produits consommés *via* un réseau. Cela rejaillit sur l'accès aux soins, un écart important de reste à charge en faveur des assurés pouvant être constaté lorsqu'ils recourent aux réseaux. Autrement dit, réduisant l'asymétrie évidente d'information entre les patients « ordinaires » et les professionnels de santé « spécialisés », c'est un outil efficace de la lutte contre le renoncement aux soins. Les chartes de qualité prévoient en outre des informations

---

<sup>16</sup> Pour un exemple, voir Cour des comptes, « L'avenir de l'assurance maladie », novembre 2017.

<sup>17</sup> Hcaam, « La généralisation de la couverture complémentaire en santé », juillet 2013.

<sup>18</sup> IGAS et IGF, « Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017 », Rapport IGF n° 2012-M-007-03 et IGAS n° RM2012-83P, juin 2012.

<sup>19</sup> N. Durand et J. Emmanuelli, « Les réseaux de soins », Rapport IGAS n° 2016-107R, juin 2017.

précises relatives à l'origine exacte des produits vendus ou utilisés, et leur processus de fabrication<sup>20</sup>.

- Du point de vue des professionnels, les réseaux sont vécus comme opérant une forte restriction de la liberté de choix et de prescription. La contrainte est d'abord financière et économique, les réseaux pouvant représenter une part importante et croissante du chiffre d'affaires. Elle porte aussi – et surtout – sur les pratiques et le choix des produits, où les réseaux peuvent chercher à peser de tout le poids des patients et consommateurs qu'ils représentent. Or, en l'absence de référentiels opposables, il demeure difficile de comparer les pratiques et les produits, à l'intérieur et en dehors des réseaux. Plus largement, l'absence d'indicateur fiable pour évaluer la qualité dans le domaine de la santé rend difficile à ce stade une appréciation incontestable de l'impact des réseaux.

Cette opposition mérite pourtant d'être largement dépassée, tant il nous revient collectivement de traiter les symptômes du système de santé français. Dans ce contexte, il est indispensable d'identifier tous les leviers d'amélioration, les bénéfiques à terme pour les Français étant trop importants pour en négliger certains. À notre niveau, nous pensons que les réseaux de soins font partie de ces leviers pour un meilleur de système de santé demain. À ce titre, ils ne doivent être ni minorés ni empêchés.

### **3. L'OPPORTUNITÉ DES RÉSEAUX DE SOINS POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ**

Bien mobilisés, les réseaux de soins peuvent contribuer à répondre à différents maux identifiés de notre système de santé. Peut-on véritablement s'accorder le luxe de se priver d'un tel levier ? À défaut de solutions alternatives, sans doute est-il plus pertinent pour les pouvoirs publics de capitaliser sur des dispositifs existants qui, pour une large part et une fois libérés, permettraient de pallier les lacunes de certains acteurs, en particulier celles de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam).

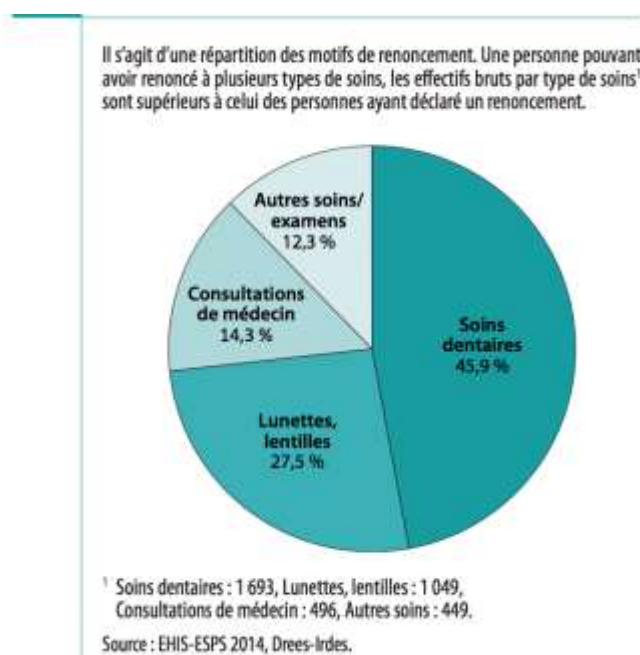
---

<sup>20</sup> Santéclair estimait ainsi il y a quelques années que, parmi les 17 000 couronnes céramiques et bridges réalisés par les dentistes libéraux ou centres de santé partenaires, 4 % sont importées (96 % d'origine française). Ce chiffre est plus bas que celui avancé par la Cour des comptes sur la totalité du marché français, qui se situe autour de 30 %.

### 3.1. LA QUESTION TOUJOURS PRÉGNANTE DE L'ACCÈS AUX SOINS

Selon l'enquête EHIS-ESPS 2014<sup>21</sup>, en France métropolitaine, le renoncement aux soins dentaires pour raisons financières concerne 17 % des bénéficiaires de l'assurance maladie âgés d'au moins 18 ans, 10 % pour les soins d'optique, 5 % pour les consultations de médecins et 4,5 % pour les autres types de soins. Ainsi, en 2014, 25 % des personnes déclarent avoir renoncé à au moins un soin pour des raisons financières.

Graphique 4 : Répartition des motifs de renoncement, par type de soins

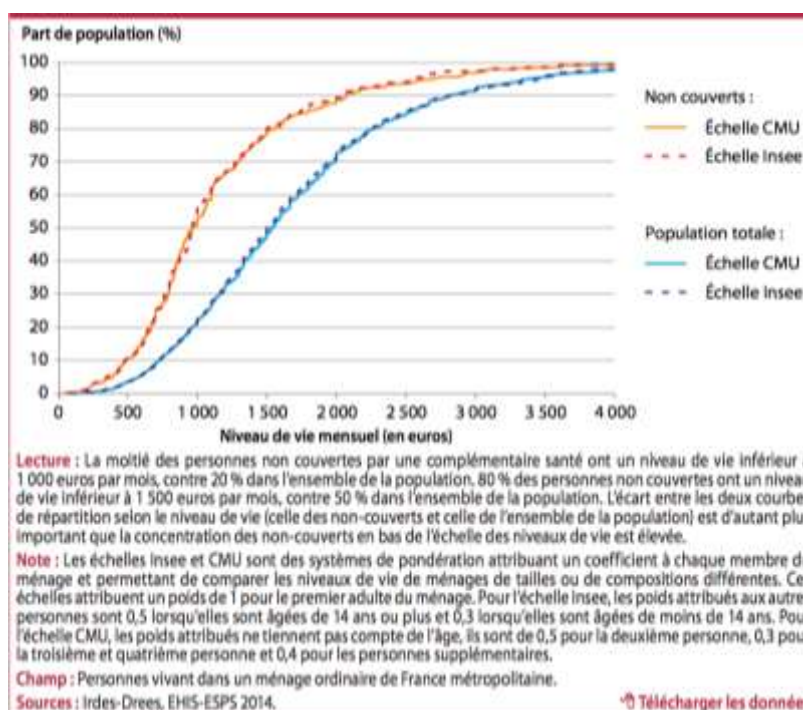


Comme dans les précédentes enquêtes, ce sont les personnes sans assurance santé qui déclarent le plus fréquemment renoncer à des soins pour raisons financières : en 2014, 25 % déclarent avoir renoncé à des soins d'optique contre 9 % pour les bénéficiaires d'une assurance santé privée. Toujours en 2014, les personnes appartenant aux 20 % des ménages les plus pauvres sont 17 % à déclarer un renoncement pour raisons financières à des soins d'optique, plus de trois fois plus que celles appartenant au dernier quintile de revenus, qui sont moins de 5 %. Ces gradients sont particulièrement prononcés pour les soins dentaires et d'optique, moins bien pris en charge par la Sécurité sociale. Or, comme

<sup>21</sup> N. Célant et T. Rochereau, « Enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014 », *Les rapports de l'IRDES*, n° 566, octobre 2017.

chacun sait, l'absence de couverture reste fortement liée aux ressources financières et au milieu social. Malgré l'existence de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), plus de 12 % des personnes du premier quintile de revenu restent non couvertes, contre 5 % de celles du deuxième quintile de revenu, 3 % de celles du troisième, 2 % de celles du quatrième et du cinquième.

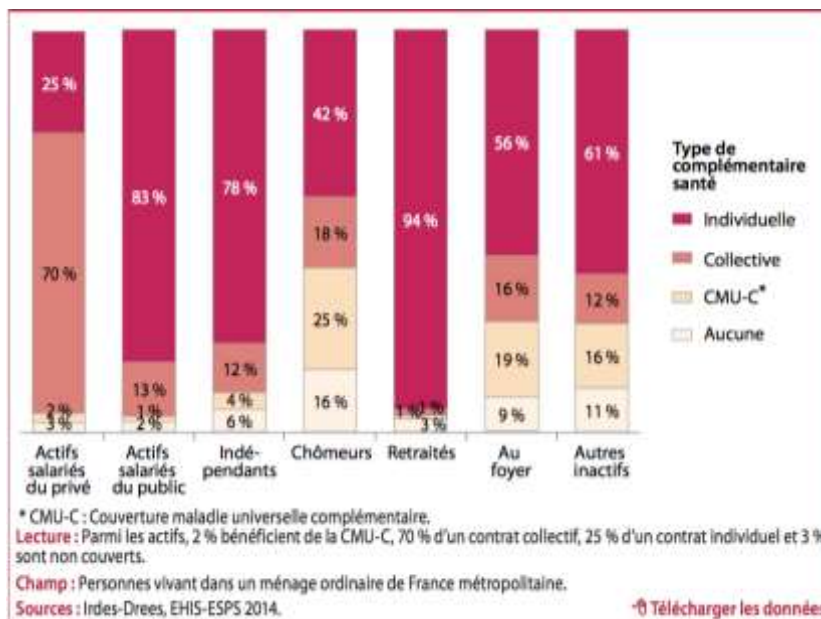
**Graphique 5 : Répartition des personnes non couvertes par une complémentaire santé selon leur niveau de vie**



Par ailleurs, en 2014, près de 16 % des chômeurs sont sans couverture complémentaire et 25 % sont bénéficiaires de la CMU-C.



Graphique 6 : Couverture complémentaire santé selon le statut d'emploi



De même, parmi les personnes qui déclarent un état de santé « mauvais ou très mauvais », près de 9 % ne sont pas couvertes par une complémentaire santé, contre 4 % de celles déclarant un état de santé « très bon, bon ou moyen ». Et 7 % des personnes fortement limitées dans leurs activités quotidiennes sont non couvertes, contre 3 % de celles étant modérément limitées et 4 % de celles qui ne le sont pas. Une nouvelle raison d'observer un effet négatif de l'absence de couverture sur l'accès aux soins et la santé.

Or, ce lien entre état de santé et non-couverture doit être entendu largement, étant donné que le bénéfice d'un réseau de soins entraîne un effet similaire à une hausse du niveau des garanties souscrites en termes d'accès aux soins. En effet, comme l'a récemment constaté une mission Igas<sup>22</sup>, il existe des écarts de prix indéniables, selon que l'on bénéficie ou non d'un réseau. Cette différence est particulièrement sensible en optique : environ - 20 % pour les verres adultes, - 10 % pour les montures et jusqu'à - 37 % sur certaines références de verres... Dans le secteur des aides auditives, la différence de prix entre le réseau et le hors réseau reste significative, autour de - 10 %. Dans le secteur dentaire, les écarts de prix semblent *a priori* plus modestes (- 5 %), mais au final très variables selon les réseaux, les actes et les villes.

<sup>22</sup> N. Durand et J. Emmanuelli, « Les réseaux de soins », Rapport IGAS n° 2016-107R, juin 2017.



**Tableau 4 : Prix moyens et prix plafonds pour trois actes dentaires, dans les réseaux et hors réseaux (2016)**

		Réseau 1		Réseau 2		Réseau 3		Réseau 4		Réseau 5		SNIRAM
		tarif moyen	écart /Sniram	tarif plafond	écart /Sniram	tarif moyen	écart /Sniram	tarif plafond	écart /Sniram	tarif moyen	écart /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 €	-32%	535 €	3%	517 €
Bridge 3 éléments	Paris	1 565 €	-18%	1 815 €	-5%	1 599 €	-16%	1 620 €	-19%	1 718 €	-10%	1 905 €
	Rennes	1 335 €	-13%	1 710 €	11%			1 365 €	-11%	1 502 €	-2%	1 512 €
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

Pour la mission de l'Igas, les réseaux ont également un effet globalement favorable du point de vue de l'accès aux soins, en observant un écart important de reste à charge en faveur des assurés qui recourent aux réseaux, notamment en optique (- 50 %) et en audio (- 18 %). Cet écart est dû, pour l'essentiel, aux différences de prix, mais aussi à l'amélioration du remboursement complémentaire.

Ces moyennes corroborent les chiffres publiés par différents réseaux, dont un sur lequel la qualité des données transmises permet plus particulièrement de se pencher.

Données 2015		Réseau	Hors réseau
<b>Deux verres simples</b>	RAC* 0	84 %	32 %
	Prix > 200 €	5 %	16 %
	Prix moyen	129 €	139 €
	RAC moyen	7 €	79 €
<b>Deux verres complexes</b>	RAC 0	44 %	11 %
	Prix < 200 €	7 %	14 %
	Prix > 500 €	8 %	28 %
	Prix moyen	374 €	418 €
	RAC moyen	61 €	252 €
<b>Dentaire (céramo-métallique)</b>	RAC < 150 €	26 %	21 %
	RAC > 300 €	15 %	31 %
	Prix > 600 €	4 %	26 %
	Prix moyen	490 €	538 €
	RAC moyen	220 €	278 €
<b>Deux audioprothèses</b>	RAC < 1 000 €	23 %	6 %
	RAC > 2 000 €	10 %	56 %
	RAC > 3 000 €	0 %	47 %
	Prix moyen	2 273 €	2 927 €
	RAC moyen	1 348 €	2 114 €

\*Reste à charge

Bien entendu, de telles moyennes ne disent rien de la nature, ni de la qualité du produit ou du service achetés. De même qu'ils ne disent rien des acheteurs : ni de leurs besoins, ni de leurs capacités financières, ni de leurs comportements d'achat. Il n'empêche qu'une moindre dépense et un moindre reste à charge, pour un produit ou un service donné, sont en permanence constatés. Autant de raisons de préjuger d'un cercle vertueux entre l'accès à une assurance santé privée, le bénéfice d'un réseau de soins et l'accès aux soins. Autant de raisons également d'estimer que la Sécurité sociale, même adjointe de la CMU-C, peut se révéler insuffisante pour garantir l'accès aux soins. Les bénéficiaires de la CMU-C sont d'ailleurs presque deux fois plus nombreux (16 %) à renoncer à des soins optiques que les bénéficiaires d'une assurance santé privée

### **3.2. L'ORIENTATION VERS LA BONNE PRISE EN CHARGE TOUJOURS RECHERCHÉE**

Comme l'a amplement souligné la sociologie de la santé depuis plusieurs décennies, les patients ne sont pas « souverains » – au sens où la science économique parle de la « souveraineté » du consommateur – face au problème dont ils souffrent. Et ce d'abord parce que nombre de prestations de santé appartiennent au régime des singularités, au sens où l'entend le sociologue et économiste Lucien Karpik (*L'Économie des singularités*, Gallimard, 2007), c'est-à-dire des biens et services dont la qualité est singulière, en ce sens qu'ils ne se laissent pas enfermer dans des propriétés techniques aisément objectivables, mais renvoient à nos goûts, à des exigences particulières, à des attentes personnalisées, etc. Autant de facteurs dont le prix ne peut être le trait différentiel unique et suffisant. Sur ces marchés, à la différence des biens standards, la concurrence par les prix est souvent moins déterminante qu'une concurrence par la qualité et la réputation.

Les professionnels de santé exercent, pour la plupart d'entre eux, sur un marché de ce type. Quand nous recherchons un *bon* médecin ou un *bon* dentiste, nous nous posons une question aussi difficile à trancher que lorsque nous nous demandons ce qu'est un *bon* avocat, un *bon* psychanalyste, ou encore lorsque nous recherchons le *meilleur* cours du soir pour nos enfants. Ainsi, comment s'orienter et *bien* choisir dans les centaines de milliers de références de verres et, pour une même correction visuelle, dans les différences de gamme et de traitement, très largement indécélables et incompréhensibles pour l'utilisateur, alors que les prix vont souvent de 1 à 10 ?

Les relations aux professionnels de santé sont conçues comme des relations de service personnalisées, impliquant des interventions sur mesure. Or, dans de tels cas, l'incertitude sur la qualité est maximale, tout comme l'est la valeur symbolique des biens recherchés. En effet, lorsque l'on s'adresse à un professionnel, la meilleure santé n'est qu'une promesse, dont l'évaluation de la qualité est forcément différée et dont l'imputation restera potentiellement indécidable. Le patient non expert n'est donc jamais certain de se prémunir totalement des risques d'erreurs et de mauvais choix, même en mobilisant un niveau élevé de connaissances ; il ne sait jamais parfaitement quel est le bon choix ni s'il en aura « pour son argent ». En matière de santé plus qu'ailleurs, l'évaluation du service rendu se heurte au fait que les demandeurs ne connaissent pas leurs besoins *ex ante* et ne peuvent évaluer *ex post* la qualité ou le prix des prestations.

Face à l'opacité de ces marchés, nous parvenons souvent tout de même, dans la vie quotidienne, à trouver les *bons* produits et les *bons* services, mais il nous faut pour cela une boîte à outils : des renseignements, des conseils, des recommandations, des témoignages, du bouche-à-oreille... D'où la nécessité d'introduire sur ces marchés des « dispositifs de jugement » qui servent d'aide à la décision, c'est-à-dire des intermédiaires qui procèdent à des évaluations censées procurer aux consommateurs une connaissance suffisante pour qu'ils puissent faire des choix éclairés. À défaut, on laisserait les individus confrontés à l'opacité de l'offre, aux risques d'opportunisme, liés aux asymétries d'information, et à l'incertitude sur la qualité des biens et services qu'ils souhaitent acquérir.

Lucien Karpik identifie cinq grandes catégories de dispositifs de jugement : les appellations (labels, certifications...), les cicérones (critiques, experts, guides), les classements (prix, palmarès...), les confluences (compétences d'accueil et d'informations sur les lieux de vente), les réseaux (relations interpersonnelles par lesquelles expériences et connaissances circulent).

Bien sûr, les Français sont, dans leur très grande majorité, satisfaits de la qualité des soins offerts par leurs médecins.

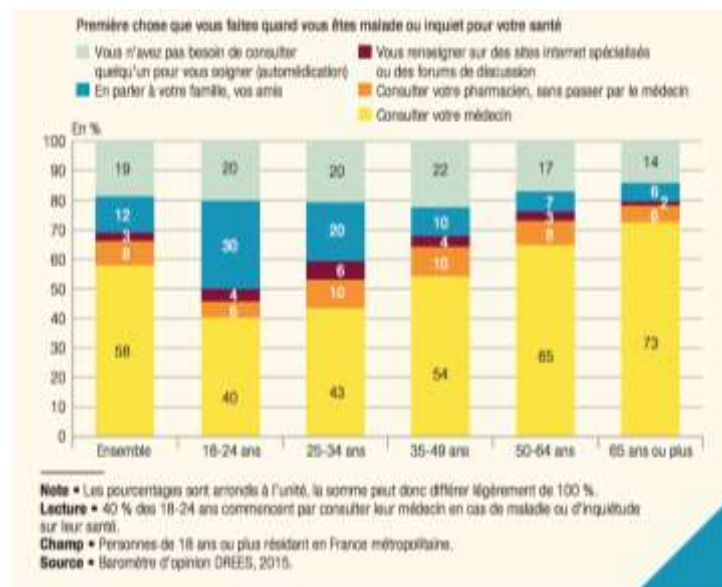
Graphique 7 : Opinion des Français sur la qualité des soins offerts par leur médecin



Mais de quoi résulte l'accès au médecin rencontré ? D'un précédent colloque singulier avec un professionnel de santé ? De réseaux familiaux, de connaissances, proches et moins proches ? De recommandations trouvées en ligne ou sur des forums de discussion ? De la chance ?

Sur ces différentes interrogations, il est à noter que seuls deux tiers des Français consultent leur médecin ou leur pharmacien, en première intention, lorsqu'ils sont malades ou inquiets pour leur santé, les autres s'organisant déjà autrement.

**Graphique 8 : Le rapport à la médecine de proximité en cas de problème de santé, selon l'âge**



Les ouvriers ont moins souvent recours à leurs médecins que les cadres : 22 % d'entre eux indiquent ne pas être allés chez un généraliste ces dernières années pour eux-mêmes, contre seulement 11 % des cadres<sup>23</sup>. L'écart est d'autant plus significatif que ces derniers sont en moyenne en meilleure santé et il se creuse encore à propos des médecins spécialistes : 52 % des ouvriers déclarent ne pas en avoir consulté ces dernières années, contre 32 % des cadres. Or des écarts subsistent à niveau d'accessibilité et état de santé donnés, notamment entre les employés et chômeurs d'un côté, et les autres catégories sociales de l'autre ; ou entre les personnes ayant un faible niveau de vie et les autres. De même, les personnes déclarant un état de santé moyen ou mauvais sont nettement plus insatisfaites de la qualité des soins, à accessibilité et niveau socioéconomique donnés.

En d'autres termes, il est essentiel d'améliorer l'information. La production et la publication d'indicateurs (comme ceux qui ont trait aux soins inutiles ou à faible valeur thérapeutique, à la sur-prescription d'antibiotiques ou aux sorties d'hôpital retardées) sont indispensables pour sensibiliser un plus large public à l'ampleur de ce problème. Il est également indispensable de changer les habitudes – qu'il s'agisse de renforcer l'adhésion à des recommandations de bonne pratique clinique, d'accroître la sécurité des soins ou de convaincre les patients de ne pas se précipiter aux urgences ou de ne pas demander des antibiotiques dès les premiers

<sup>23</sup> L. Castell et C. Dennevault, « Qualité et accès aux soins : que pensent les Français de leurs médecins ? », *Études et résultats* 2017, n° 1035.

signes de rhume. Les incitations jouent aussi un rôle essentiel. Les décideurs doivent instaurer un environnement qui récompense la pertinence des services dispensés plutôt que leur quantité – il s’agit par exemple de passer à des systèmes de paiement qui encouragent des soins utiles aux patients, à tous les niveaux. Par ailleurs, il convient d’agir directement pour amorcer des changements organisationnels et favoriser la coordination entre les prestataires, en vue de réduire les dépenses inefficaces.

À chaque fois, les réseaux de soins pourraient intervenir, en répondant à une triple demande sociale :

- l’accessibilité financière (baisse du reste à charge et tiers payant) et l’optimisation du rapport qualité/prix des biens et services, en orientant les patients vers les meilleurs professionnels ;
- le choix de produits (analyse de devis et de demandes de prise en charge) en temps réel grâce à l’industrialisation des procédures et les systèmes d’information des plateformes ;
- le besoin de sécurité et d’orientation dans un système de santé jugé trop complexe et incertain, où les pratiques commerciales abusives ou frauduleuses demeurent.

On pourrait objecter que, dans le cas qui nous occupe, l’assurance maladie joue déjà ce rôle : elle ne rembourse pas les soins prodigués par des « charlatans » et garantit un niveau élevé de professionnalisme. Toutefois, elle ne permet pas de discriminer plus finement la qualité au sein de la masse et de savoir si tel professionnel, dont les tarifs sont plus élevés, est effectivement meilleur que tel autre, dont les tarifs sont plus bas.

En effet, la Cnam conventionne plus de 99 % des professionnels de santé libéraux, sans égard à la qualité des pratiques, et le recours au déconventionnement reste rarissime. Or, actuellement, le patient ne peut s’appuyer que sur les données biaisées des classements fournis par la presse ou se référer à celles trop pauvres du site Scope-santé géré par la Haute Autorité de santé (HAS) pour s’informer et s’orienter.

Les généralistes français utilisent d’ailleurs peu les données disponibles pour orienter les patients. Le contraste avec les informations dont dispose le patient anglais (ou le *GP, general practitioner*, médecin généraliste) qui consulte le site My NHS ou le patient américain qui se réfère à Hospital compare suffit à illustrer le retard français en la matière. Par exemple, au Royaume-Uni, My NHS va jusqu’à comparer la qualité des *general practitioners* selon des

critères tels que les taux de passage aux urgences de leur patientèle. Même si les effets sur le choix des patients de la publication de données sur la qualité restent limités, des études au Royaume-Uni et aux États-Unis montrent qu'elle est susceptible d'améliorer la qualité des soins en orientant les patients vers les meilleurs services<sup>24</sup>. Ce qui suppose que les indicateurs de qualité portent des informations pertinentes pour le profane et soient diffusés sous une forme lisible.

Pour ne prendre que les secteurs où les réseaux interviennent déjà majoritairement, les professions d'opticiens et d'audioprothésistes sont régies par un conventionnement avec l'assurance maladie obligatoire qui emporte des engagements très généraux sur la qualité de l'accès et des prestations fournies. Les contrôles semblent d'ailleurs assez rares. Quant aux autorités sanitaires et notamment les ARS (agences régionales de santé), elles sont presque totalement absentes des secteurs de l'aide auditive et de l'optique. De même, la santé bucco-dentaire souffre du désengagement financier de l'assurance maladie obligatoire, de la rareté des ressources d'inspection et du manque de référentiels de bonnes pratiques et d'indicateurs objectifs pour apprécier la qualité et la sécurité des soins. Sans compter que seule une centaine de dentistes-conseil exercent une mission de contrôle pour l'assurance maladie, chiffre à mettre en regard des 40 000 professionnels en exercice.

En élargissant le débat, cette asymétrie d'information peut devenir source d'inefficience pour le système de santé, voire de gaspillage<sup>25</sup> des ressources qui y sont consacrées.

Quatre raisons principales expliquent pourquoi les acteurs peuvent individuellement contribuer à l'inefficience du système de santé.

---

<sup>24</sup> N. Gutacker, L. Siciliani, G. Moscelli, H. Gravelle. « *Do patients choose hospitals that improve their health?* », CHE research paper n° 11 – M. Gaynor, C. Propper, S. Seiler, « *Free to choose? Reform, choice and consideration sets in the English national service* », *American Economic Review* 2016, 106 (11): 3521-3557 – Chandra A., Finkelstein A., Sacarny A., Syverson C., 2016, « *Health Care Exceptionalism? Performance and Allocation in the US Health Care Sector* », *American Economic Review*, 106(8): 2110-44 (sources citées par P.-L. Bras, « Sortir de la T2A par le haut : la mesure de la qualité de soins et des conditions de travail », annexe n° 4, in O. Veran, « L'évolution des modes de financement des établissements de santé », Rapport à la ministre des Affaires sociales et de la Santé, avril 2017, <https://goo.gl/AXBKFs>).

<sup>25</sup> Par gaspillage, on peut entendre : 1) les services et les processus qui sont dangereux ou qui ne produisent pas d'effet bénéfique ; et 2) les coûts qui pourraient être évités par le recours à des solutions meilleur marché produisant des effets bénéfiques identiques voire supérieurs. Il est possible d'en identifier trois grands types : le gaspillage dans les soins cliniques désigne les cas dans lesquels les patients ne reçoivent pas les bons soins pour des raisons qui pourraient être évitées ; le gaspillage opérationnel se produit quand des soins procurant autant d'effets bénéfiques pour le patient pourraient être dispensés en utilisant moins de ressources ; le gaspillage lié à la gouvernance a trait aux ressources qui ne sont pas censées contribuer directement aux soins aux patients. Entrent dans cette dernière catégorie les procédures administratives inutiles, ainsi que la fraude, les abus et la corruption.



- Erreurs et décisions sous-optimales : les patients ne sont pas conscients du problème, par défaut d'information ou habitude.
- Lacunes organisationnelles et défauts de coordination : les patients ne peuvent pas mieux faire, car le système est mal organisé, mal géré ou mal coordonné.
- Incitations financières en décalage avec les objectifs du système de santé : les patients risquent d'y perdre, s'ils évitent le gaspillage<sup>26</sup>.
- Tromperie délibérée : les patients choisissent délibérément de servir leurs propres intérêts, au détriment du système<sup>27</sup>.

L'OCDE considère ainsi que, sur l'ensemble des pays membres, un patient sur dix, en moyenne, subirait un préjudice évitable pendant son traitement tandis que plus de 10 % des dépenses hospitalières seraient consacrées à réparer ces événements indésirables<sup>28</sup>. Et selon ses travaux sur le gaspillage dans les systèmes de santé, beaucoup plus de patients encore recevraient des soins inutiles ou à faible valeur. Dans de nombreux cas, il serait donc possible d'obtenir les mêmes bénéfices médicaux, voire des bénéfices supérieurs, en réduisant les ressources employées. Les inefficiences du système de soins sont manifestement très importantes dans les pays de l'OCDE. Selon une estimation qualifiée de prudente, le gaspillage représenterait plus de 20 % des dépenses totales de santé aux États-Unis, qui pourraient être réaffectées à des fins plus utiles. En France, la ministre des Solidarités et de la Santé a, à plusieurs reprises, estimé à 30 % les dépenses de l'assurance maladie non pertinentes. Ce qui correspondrait au fait que la France consacre à la santé de l'ordre de trois points de PIB de plus que le Royaume-Uni ou la Finlande pour des indicateurs de santé très proches.

Un large espace apparaît donc laissé aux réseaux de soins pour jouer un rôle de tiers de confiance, garant tout à la fois d'une liberté de choix et d'un choix éclairé pour les patients. D'autant qu'il peut être difficile, pour les professionnels de la santé, d'admettre la non-pertinence d'un acte, ou, s'agissant des gestionnaires et même des hommes politiques

---

<sup>26</sup> C'est notamment le cas lorsqu'il est possible d'acheter des intrants à un prix inférieur, lorsque l'on utilise des intrants coûteux, au lieu d'intrants meilleur marché, qui ne procurent aucun effet bénéfique pour le patient, ou simplement parce que l'on jette des intrants sans qu'ils aient servi.

<sup>27</sup> Ce dernier facteur explicatif est en fait une variante de la troisième raison (des incitations mal calibrées), mais il fait plus explicitement référence à la fraude et à la corruption, autrement dit, l'intention de contourner le système.

<sup>28</sup> OCDE, « Lutter contre le gaspillage dans les systèmes de santé », 2017 : <https://goo.gl/Hzhh8s>



responsables des systèmes de santé, l'inefficience de certaines dépenses engagées. Leur développement vaut d'ailleurs sans doute mieux que celui de systèmes de notation sauvage valant « recommandation », du type Mon Médecin.

### **3.3. L'AMÉLIORATION DU SYSTÈME DE SANTÉ TOUJOURS À PROMOUVOIR**

Dans le même temps, les défis de notre système de santé demeurent :

- Le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de patients atteints de maladies chroniques ou de poly-pathologies. La part des 75 ans et plus dans la population continuera en effet de croître à l'horizon 2060. Elle atteindra 12 % en 2030 et 16 % de la population en 2060, contre 7,2 % en 2000. La part des personnes en affection de longue durée passerait quant à elle de 15,4 % de la population en 2011 à 19,7 % en 2025.
- Le décloisonnement de l'offre entre ville, hôpital, secteur social et médico-social reste à amorcer. La lente montée en puissance du dossier médical personnel en témoigne. De même, des marges de progrès existent dans le suivi de la prise en charge des soins entre la ville et l'hôpital, comme en atteste la faible proportion de courriers de fin d'hospitalisation envoyés au médecin traitant et répondant aux critères de qualité requis (35 % en 2016).
- Des modèles de financement en silos principalement basés sur l'activité produite et n'incitant pas à la coordination des prises en charge. Cela conduit à de réelles pertes d'efficience : en 2015, 27 % des établissements publics ont des durées de séjour moyennes considérées comme anormalement élevées, notamment dues à la structure de l'offre de soins sur le territoire environnant (manque de structures vers lesquelles orienter) et aux caractéristiques des patients.
- Des dépenses de santé particulièrement élevées avec des marges de progrès importantes. Pour permettre à chacun d'accéder à des soins de qualité, au juste soin, voire à l'innovation médicale, il faut en permanence s'assurer que chaque euro dépensé le soit utilement.
- Un contexte budgétaire contraint avec une évolution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) inférieure à l'évolution de la dépense réelle

qui ne permettrait pas de couvrir les besoins de santé à horizon 2030, avec un niveau de qualité équivalent.

Pour chacun de ces sujets, la gestion du risque joue un rôle important. Pour les financeurs du système de santé, elle revient à essayer de mettre en cohérence leurs fonctions de payeur, de contrôleur et de régulateur. Concrètement, il s'agit, sans réduire la qualité de l'offre, de mener des politiques de réduction des coûts des pathologies par la recherche des modalités de traitement les plus efficaces et les moins onéreuses, puis par leur promotion ou leur encouragement financier auprès des professionnels de santé. En ce qu'elle vise à mieux assurer la pertinence et la qualité des soins, ou à encourager le déploiement de technologies susceptibles d'apporter des gains d'efficacité considérables, il n'est pas souhaitable de confier cette gestion du risque exclusivement à certains types d'acteurs. Surtout lorsque ceux qui disposent des plus grandes marges de manœuvre, en particulier l'assurance maladie, ne parviennent pas à faire la preuve de leur capacité à agir efficacement en la matière.

Les performances de la Cnam dans le domaine de la gestion du risque se dégradent en effet. Ainsi, depuis douze ans, le taux apparent d'atteinte des économies réalisées dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses a été divisé par deux, passant de 130 % à 65 %<sup>29</sup>. Même en valeur absolue, les économies réalisées ont atteint en 2014 comme en 2016 des montants jugés particulièrement bas (460 M€ sur une dépense totale de près de 160 Mds€, soit 0,29 %).

**Tableau 5 : Économies attendues et réalisées par la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie depuis 2005 (en M€)**

en M€	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Économies attendues</b>	556	564	392	534	544	522	471	450	550	600	700	700	700
<b>Économies réalisées</b>	721	581	383	382	524	502	612	593	602	460	598	456	nd
<b>Taux d'atteinte</b>	130%	103%	98%	71%	96%	96%	130%	132%	109%	77%	85%	65%	nd

Source : CNAMTS 2017.

<sup>29</sup> J. Mejane, J.-L. Rey et L.-C. Viosat, « Évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 de la CNAMTS – Gestion du risque », Rapport IGAS n° 2017-007R, septembre 2017.

C'est sans compter que la gestion du risque de la Cnam est affaiblie par l'absence de démarche systématique d'évaluation des effets de ses actions... Pourtant, les marges de progrès sont importantes puisque, pour les médecins, le taux d'atteinte des objectifs de prévention de la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp), au demeurant limités, n'a été que de 42,1 % en 2015, en progression certes de sept points par rapport à 2012.

**Tableau 6 : Taux d'atteinte des objectifs de la ROSP**

<i>Volets</i>	<b>Taux d'atteinte (en %)</b>					
	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>Évolution (en point)</b>
<i>Suivi des maladies chroniques</i>	50,3	56,7	58,9	60,6	60,8	+10,5
<i>Prévention</i>	35,1	40,4	41,0	42,1	41,8	+6,7
<i>Prescription</i>	56,0	64,1	69,9	76,1	79,3	+23,3
<i>Organisation du cabinet</i>	63,3	76,3	80,9	83,3	86,3	+23

Source : CNAMTS.

Le bilan à un an de la nouvelle Rosp n'est pas meilleur : à défaut de l'application d'une clause de sauvegarde négociée dans la convention médicale de 2016, les professionnels concernés auraient perdu plus de 60 % des forfaits versés par la Cnam au titre de la rémunération à la performance<sup>30</sup>... Et cela ne concerne que les objectifs que l'assurance maladie s'est elle-même fixés, ce qui est loin d'être exhaustif !

Ainsi, les programmes relatifs à la prévention, à l'éducation thérapeutique ou à l'accompagnement du patient, à des fins d'optimisation du parcours de soins des malades chroniques, ont encore récemment été jugés très limités au regard des enjeux par la Cour des comptes<sup>31</sup>. De même, les formules successives de rémunérations au forfait dont peuvent bénéficier certains professionnels de santé, en particulier les médecins, sont toujours source de dépenses nouvelles, sans même faire l'objet de contreparties claires, vérifiables et évaluables... La prise en charge d'une grande part des cotisations sociales des professionnels de santé par l'assurance maladie supporte les mêmes critiques.

<sup>30</sup> Cnam, « La rémunération sur objectifs de santé publique en 2018. Bilan à un an du nouveau dispositif », avril 2018.

<sup>31</sup> Cour des comptes, « Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale », septembre 2016.

Plus largement, l'assurance maladie dispose d'une visibilité limitée sur la contribution effective de ses leviers à l'efficience du système de santé, alimentant du même coup un discours critique sur la pertinence de ses actions, alors même qu'elle dispose de méthodes et de moyens lui permettant de mener à bien, au moins partiellement, cette entreprise. Cela se traduit notamment par le fait que les éléments de bilan réunis annuellement à l'attention des ministres sont peu détaillés en matière de gestion du risque et, de toute façon, ne semblent pas faire l'objet d'un suivi, ni d'une analyse contradictoire par l'État.

Tandis qu'il est nécessaire d'aller plus loin pour l'amélioration du système de santé, la contribution des réseaux de soins pourrait se révéler très significative, dans les secteurs où ils interviennent déjà, comme dans de nouveaux autres domaines.

Le cantonnement des réseaux de soins aux seuls secteurs où les assureurs santé privés sont financeurs majoritaires n'apparaît, en effet, ni probant ni réellement pertinent. Un enjeu pour les pouvoirs publics doit notamment être l'efficience de la dépense. C'est le cas pour l'assurance maladie obligatoire, par mesure d'efficacité et de bonne utilisation des deniers publics. Cela devrait aussi être le cas pour l'assurance santé privée. Or, en modulant les marges de manœuvre des réseaux de soins selon la part financée par les assureurs santé privés, les pouvoirs publics ont fait le choix de se couper d'un levier d'efficience sur une large part des soins de ville, ainsi qu'à l'hôpital.

**Tableau 7 : Financement des organismes complémentaires en 2016**

	Mutuelles	Sociétés d'assurances	Institutions de prévoyance	Ensemble	Part prise en charge par les OC (en %)
<b>CSBM</b>	<b>13 591</b>	<b>7 533</b>	<b>5 227</b>	<b>26 351</b>	<b>13,3</b>
<b>Soins hospitaliers</b>	<b>2 612</b>	<b>1 327</b>	<b>762</b>	<b>4 702</b>	<b>5,1</b>
<b>Soins de ville</b>	<b>5 661</b>	<b>3 225</b>	<b>2 379</b>	<b>11 266</b>	<b>21,7</b>
Médecins	1 954	1 260	806	4 019	19,4
Soins dentaires (y compris prothèses)	2 171	1 202	1 106	4 479	41,3
Auxiliaires médicaux	968	445	275	1 688	11,0
Laboratoires d'analyses	589	318	192	1 079	24,3
<b>Médicaments</b>	<b>2 370</b>	<b>1 176</b>	<b>704</b>	<b>4 251</b>	<b>12,5</b>
<b>Autres biens médicaux</b>	<b>2 838</b>	<b>1 754</b>	<b>1 364</b>	<b>5 956</b>	<b>39,3</b>
Optique	2 044	1 403	1 120	4 567	74,0
Prothèses, orthèses, pansements...	795	351	244	1 390	15,5
<b>Transports de malades</b>	<b>109</b>	<b>50</b>	<b>17</b>	<b>177</b>	<b>3,7</b>
<b>Prestations connexes à la santé</b>	<b>866</b>	<b>476</b>	<b>259</b>	<b>1 601</b>	
Frais d'hébergement à l'hôpital ou en cure	688	342	199	1 229	
Prestations à la périphérie des soins de santé	178	134	60	372	

**Note >** Y compris prestations CMU-C versées par les organismes. Frais d'hébergement à l'hôpital ou en cures : suppléments chambres particulières, télévision, frais de long séjour, etc. Prestations à la périphérie des soins de santé : ostéopathie, psychothérapie, etc.

**Source >** DREES, comptes de la santé.

Il faut pourtant garder à l'esprit que, dans le cas de la Cnam comme des assureurs santé privés, les sommes mobilisées ont toujours une même origine : des prélèvements, obligatoires ou facultatifs, sur les ménages et les entreprises. Rien que pour cela, on ne devrait pouvoir se payer le luxe d'une dépense non performante, voire inefficace, *a fortiori* dans un contexte budgétaire contraint.

Bien sûr, on peut toujours s'évertuer à considérer les opérateurs privés d'assurance santé comme une « maladie honteuse » de la Sécurité sociale, qui ne devrait pouvoir se développer que sous délégation de service public. Mais cela n'enlèverait rien au fait qu'entre 2005 et 2016 les prestations des assureurs santé ont augmenté de 39,3 points, passant de 18,9 Mds€ à 26,4 Md€, principalement en raison de choix ou de non-choix publics. Le besoin d'assurance santé est devenu de plus en plus pressant s'agissant des soins courants, en raison des déremboursements successifs, de la multiplication des franchises médicales et participations forfaitaires ainsi que de la liberté tarifaire (dépassements d'honoraires notamment). Entre 2003 et 2011, date à laquelle cette politique de transferts de charges a perdu en intensité, l'ensemble des mesures prises équivalait à une réduction globale de prise en charge par la Sécurité sociale de 2,5 points des dépenses de santé. Les nouvelles participations des ménages sur les consultations, les actes médicaux, les médicaments, les séjours et les actes hospitaliers représentent ainsi plus de 3 Mds€ par an. Les baisses de remboursement des médicaments se montent à près de 1 Md€ par an. Ainsi, les sommes laissées à la charge des ménages par la Sécurité sociale sont prises en charge à hauteur de 61 % par les assureurs santé, quand elles ne l'étaient qu'à 56 % en 1998.

Dispose-t-on aujourd'hui de suffisamment de leviers pour mettre en place des programmes spécifiques de promotion de la santé, de prévention ou d'éducation thérapeutique ? Pour aider à la coordination des professionnels de santé, des établissements de santé ou des services de santé ? Pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ? Pour améliorer l'accès financier aux soins ? Alors même que la transformation du système de santé nécessite de mobiliser des compétences familières avec les contraintes opérationnelles de terrain, le cadre posé par la loi Le Roux de 2014 fait preuve d'une approche réductrice, centralisatrice et peu adaptée aux réalités locales.

Les pouvoirs publics seraient avisés de rouvrir le dossier des réseaux de soins en envisageant une régulation qui allierait liberté d'action et évaluation de la qualité. L'enjeu est, à l'instar d'autres pays, d'imaginer les innovations financières ou organisationnelles de

demain. À cet égard, les réseaux de soins devraient être en mesure d'agir, à tous les niveaux, national, régional, local, pour des initiatives portées par des acteurs publics ou privés.

Il pourrait s'agir de :

- proposer de nouveaux modes de rémunération, en adoptant des paiements forfaitaires ou fondés sur la population, comme certains réseaux ont déjà pu l'initier en matière de chirurgie orthopédique par exemple (prothèse de hanche ou de genou) ;
- mieux prendre en charge les pathologies chroniques, en pariant sur des modèles conciliant qualité de suivi du patient, concordance des pratiques médicales et efficience économique ;
- renforcer l'accessibilité des services de santé, en s'adaptant aux caractéristiques et spécificités des populations traitées (fragilité, perte d'autonomie, etc.) ;
- imaginer de nouvelles organisations, en capitalisant sur l'expérience des *Accountable Care Organizations*<sup>32</sup> (ACO), institués par l'Obamacare, les *Medizinische Versorgungszentren* (MVZ) allemandes<sup>33</sup> ou les modèles prédictifs, pour éviter les recours aux hospitalisations non programmées par exemple (tels les programmes d'hôpital virtuel – *virtual ward* – du NHS) ;
- favoriser l'engagement des patients dans leur prise en charge, ceux-ci étant les premiers pourvoyeurs de soins de santé primaires<sup>34</sup> ;

---

<sup>32</sup> L'ACO est un groupement de prestataires de soins travaillant en mode collaboratif pour fournir des soins coordonnés de qualité. Ces organisations sont responsables à la fois des coûts et de la qualité des soins prodigués aux patients. Pour accroître la responsabilité financière, les modèles ACO prévoient des mécanismes de partage des économies (*shared savings*) en cas de réduction du budget initial et de partage de risque (*shared risk*) en cas de dépassement du budget. Une nouvelle génération des modèles ACO associe également des objectifs de qualité, contribuant aux montants finaux payés aux ACO. Sur ce point, v. plus largement : J. Mousquès et M.-C. Lenormand, « L'expérience américaine des *Accountable Care Organizations* : des enseignements pour la France ? », *Questions d'économie de la santé*, n° 227, avril 2017.

<sup>33</sup> Les MVZ allemandes offrent une médecine de proximité, facilitent l'accès aux soins coordonnés de premier et second recours et permettent aux hôpitaux de développer des activités de spécialité en ambulatoire. Ils proposent également une médecine centrée patient en favorisant la coordination pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle en interne et en externe entre les différents acteurs de soins. Sur ce point, voir plus largement : C. Imbaud *et alii.*, « Le développement de centres de santé pluridisciplinaires de proximité en Allemagne : les *Medizinische Versorgungszentren* », *Santé publique* 2016, n° 28.

<sup>34</sup> On considère usuellement que 80 % des symptômes médicaux sont diagnostiqués et traités sans que le patient sollicite le système de soins et seulement 20 % des pathologies sont référées à des professionnels.

- expérimenter de nouvelles solutions – à cet égard, les 20 M€ du fonds pour l'innovation du système de santé créé par la LFSS 2018 fait bien pâle figure à côté des 10 Mds\$ investis dans les *Center of innovation* américains ou des 200 M£ des *new care models* anglais.

À chaque fois, les réseaux de soins peuvent être l'une des clés de l'amélioration du système de santé, sans jamais être la seule et unique solution possible.

Encore une fois, aucune institution publique ne jouera le rôle de centrale d'achat ou de référencement au bénéfice des patients, ni ne sera suffisante, à elle seule, pour bâtir des programmes de prévention, de promotion de la santé et d'éducation thérapeutique, en ciblant certaines populations. La Cnam ne sera pas non plus sélective vis-à-vis des professionnels, ni n'organisera de politique incitative pour orienter les patients dans le système de santé. La raison en est simple : les pouvoirs publics sont les garants du droit fondamental à la santé, à savoir d'un premier niveau de prise en charge, d'un socle égalitaire de droits, socle qui doit rester accessible à tous. Étendre ce type d'intervention publique au-delà, c'est risquer d'apporter des réponses uniformes à des besoins individuels forcément nombreux et diversifiés. C'est donc risquer de maintenir la distance entre les patients, le *bon* professionnel de santé, le *bon* produit et le *bon* soin, faute pour les pouvoirs publics de se montrer suffisamment performants pour agir, seuls, pour l'accès de chaque individu, selon son profil et ses besoins, à des soins de qualité à tarifs maîtrisés.

Les controverses actuelles autour de la réforme du « reste à charge zéro » – c'est-à-dire du remboursement intégral de certaines dépenses d'optique, de prothèses dentaires et auditives – sont sur ce point éclairantes. Les réseaux de soins tendent à être exclus de cette réforme, alors même qu'ils pourraient être d'utiles relais d'action du fait de l'expérience qu'ils ont accumulée en matière de maîtrise des prix et de contrôle des pratiques des professionnels ou comme tiers de confiance et acteurs de la gestion du risque santé. Plutôt que capitaliser sur leur existence, la puissance publique risque au contraire de les condamner à la portion congrue en faisant le choix de « réseaux » de professionnels de santé structurés par les lois et règlements, alors même qu'elle n'a guère fait la preuve de son efficacité en la matière.

Mais l'affirmer ne suffit pas, loin s'en faut. Afin de rassurer les professionnels de santé et les patients et ainsi d'accroître la confiance dans les réseaux de soins, il est plus que jamais nécessaire de faire évoluer leur cadre de régulation.



## 4. RESTAURER LA CONFIANCE DANS LES RÉSEAUX DE SOINS

Trois types de mesure seraient de nature à renforcer la confiance en faveur des réseaux de soins : se doter des moyens nécessaires à l'évaluation de la qualité ; rendre la gouvernance plus transparente et responsable ; ouvrir des possibilités de contractualisation dérogatoires.

### 4.1. SE DOTER DES MOYENS NÉCESSAIRES À L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ

L'impact des réseaux de soins sur la qualité est sans doute, en l'état, l'élément le plus difficile à objectiver. Plus largement, l'évaluation de la qualité en santé en France reste sujette à caution (manque de référentiels officiels en matière d'indications, de bonnes pratiques, de performance des dispositifs médicaux, de recommandations de sociétés savantes ou d'autorités scientifiques, de standards de qualité). Pourtant, les réseaux n'ont, semble-t-il, jamais fait l'objet de réclamations ou d'alertes, ce qui leur a permis d'échapper à tout contrôle de la part des autorités sanitaires, sur le plan national comme local.

Ce point est pourtant crucial, parce qu'il concentre les critiques des détracteurs des réseaux pour lesquels une trop forte pression sur les prix ne peut qu'entraîner des risques pour la qualité des pratiques et des soins. Tout l'enjeu est donc de savoir si le cadre posé par le réseau auquel les professionnels adhèrent est justifié et proportionné, dans l'intérêt du patient. Pour cela, un dispositif de suivi et d'évaluation est nécessaire. De l'avis même des assureurs santé privés, les restrictions apportées aux pratiques professionnelles imposent de définir les responsabilités respectives. Une avancée sur ce point aurait le mérite d'asseoir les mécanismes conventionnels sur lesquels reposent les réseaux.

Contraindre la liberté des professionnels de santé, voire celle des patients, via certaines incitations économiques, ne peut être considéré comme légitime que si des garanties en termes de qualité sont apportées par les réseaux de soins. Sur ce point, le fait pour un assureur santé privé de porter une information complète auprès de ses assurés ou des adhérents sur l'existence du conventionnement, ses caractéristiques et son impact sur leurs droits ne suffit pas. Il en est de même pour la définition des critères objectifs, transparents et non discriminatoires qui conditionnent l'adhésion du professionnel à la convention, dès lors qu'ils sont de la seule responsabilité du réseau de soins.

Pour évaluer la pertinence des critères choisis par les réseaux et leur application par les professionnels adhérents, il serait utile de créer une *task force* groupant la Haute Autorité de



santé (HAS) et l'Autorité de la concurrence. Comme nous l'avons vu plus haut, si la santé représente un secteur n'échappant pas à la logique de l'efficacité économique, les mécanismes de la concurrence ne peuvent jouer comme sur d'autres marchés ; la santé étant marquée par une forte asymétrie d'information et des risques importants du point de vue de la qualité. Cette *task force* serait un bon moyen d'analyser l'impact sur la qualité et la sécurité des produits et surtout des soins, ainsi que sur l'efficacité des dépenses des assureurs santé privés et, plus globalement, des dépenses de santé.

Afin de préfigurer cette *task force*, le modèle de la Care Quality Commission (CQC) peut servir d'inspiration. Cet organisme public anglais, issu du ministère de la Santé, a été créé en 2009 pour réglementer et contrôler la qualité des soins délivrés par les services sanitaires et sociaux. Après les avoir recensés, la CQC mène des inspections pour s'assurer que les services sanitaires inscrits sont toujours au niveau des standards de qualité qui ont été définis. À l'issue de ces contrôles, des notes sont attribuées aux services évalués. Les rapports d'inspection sont publiés, ainsi qu'un rapport général sur l'état de la qualité des soins en Angleterre.

Plus largement, il conviendrait d'organiser une saine concurrence entre les réseaux de soins et, à travers eux, entre les assureurs santé privés, sur la qualité. L'obligation de recourir annuellement à une évaluation par un tiers indépendant pour obtenir une notation extra-financière des pratiques des réseaux paraît être une piste à explorer. Ces données seraient publiques et une synthèse des indicateurs serait proposée à l'ensemble des assurés. Les critères définis pour élaborer cette notation seraient communs à tous les réseaux pour faciliter la comparabilité des résultats obtenus.

Concrètement, cette notation pourrait s'articuler autour de trois piliers.

- Des indicateurs relatifs à l'expérience et à la satisfaction des patients : les patients sont à même de juger de la manière dont ils ont été écoutés, accompagnés, soutenus, respectés dans leurs droits, associés aux décisions, informés sur leur pathologie, orientés. Il s'agit d'ailleurs plus de retracer l'expérience vécue des patients que de simplement collecter des appréciations de satisfaction.
- Des indicateurs relatifs à l'expérience des soignants, tant en termes de conditions de travail que d'appréciation sur la qualité des soins qu'ils délivrent : chaque année, depuis 2003, le personnel de tous les établissements hospitaliers anglais est appelé

à se prononcer sur ses conditions de travail, sur la qualité du management, sur les possibilités de formation et de développement professionnel, sur sa motivation et satisfaction au travail, sur la gestion des erreurs et incidents, sur la qualité des soins délivrés dans le cadre de la NHS Staff Survey.

- Des indicateurs cliniques de résultat : les mesures de la qualité des soins et leur publication, dès lors que ces mesures mettent en cause la performance des équipes, sont le plus souvent à l'origine de démarches d'amélioration de la qualité. Elles peuvent constituer un révélateur de dysfonctionnements qui n'étaient pas perçus, provoquer une réaction pour maintenir la réputation du professionnel, de l'établissement ou du service concerné, ou éviter une diminution de leurs parts de marché néfaste au plan économique. Ainsi, il apparaît indispensable de pouvoir porter une appréciation pertinente sur la qualité des prises en charge, afin de rendre compte des bénéfices cliniques réels pour les patients.

Il est même possible d'aller encore plus loin en faisant évoluer la gouvernance des plateformes de gestion.

## **4.2. RENDRE LA GOUVERNANCE PLUS TRANSPARENTE ET RESPONSABLE**

À leur manière, les réseaux de soins constituent déjà aujourd'hui une forme d'entrepreneuriat social, à savoir « une initiative privée au service de l'intérêt collectif, une entreprise dont la finalité sociale est supérieure ou égale à la finalité économique<sup>35</sup> ». Et comme beaucoup d'entrepreneurs sociaux, ces réseaux prennent généralement la forme d'organisations à but lucratif.

Ils sont également positionnés sur des réponses à apporter à des besoins sociaux non ou mal couverts par l'État, ici corriger l'asymétrie d'information qui existe entre les professionnels de santé et les patients, et permettre à ces derniers de s'orienter dans le « maquis » du système et des produits de santé, avec le meilleur rapport qualité/prix pour objectif final. Autrement dit, les réseaux de soins se veulent facteur d'amélioration de l'accès aux soins (baisse du reste à charge et tiers payant) et de la qualité des prestations offertes, et facteur d'efficacité de la dépense privée, mais aussi publique de façon indirecte.

---

<sup>35</sup> S. Allemand, « L'économie sociale et solidaire à l'heure de l'entrepreneuriat social », *Marché et organisations*, n° 11, 1/2010.

Tous ces éléments tendent à se rapprocher de la « raison d'être » proposée dans le rapport co-écrit par Nicole Notat et Jean-Dominique Senard, « L'entreprise, objet d'intérêt collectif », et qui devrait être inscrite dans le projet de loi Pacte (Plan d'action pour la croissance et la transformation des entreprises). Si les préconisations de ce rapport étaient suivies, l'article 1835 du Code civil serait en effet modifié pour prévoir que les statuts de l'entreprise peuvent définir une raison d'être dont la société entend se doter pour décrire son activité.

La raison d'être constitue l'expression de ce qui est indispensable pour remplir l'objet social. L'objet social mentionné dans les statuts étant devenu un inventaire des activités potentielles, la raison d'être est le sens profond qu'une entreprise donne à son activité et la manière dont elle définit son utilité. Elle s'inscrit en réponse à des besoins fondamentaux et universels comme la protection, la santé, la liberté de mouvement ou même l'imagination. Exprimer sa raison d'être est un acte engageant car celle-ci oriente et éclaire les choix stratégiques tout en aidant à discerner les opportunités et les risques. C'est un moteur pour l'action et une source d'inspiration pour les initiatives. Enfin, la raison d'être est un pari sur la durée : elle crée une cohérence entre les origines de l'entreprise et sa vision de l'avenir.

Pour créer la confiance dans les réseaux, la définition d'une raison d'être pourrait leur être profitable. Mieux encore s'ils acceptent de respecter les critères de l'« entreprise à mission ». Au sens donné dans le rapport Notat-Sénard, la formulation d'une « mission » consiste dans l'objectif d'ordre social, environnemental, scientifique ou culturel qu'une entreprise s'assigne à elle-même, contractuellement. La mission permet en interne de fonder l'engagement des parties dans l'entreprise ainsi que l'habilitation d'un pouvoir de direction au nom de cette mission. En externe, elle donne à la société et aux parties concernées un droit de contrôle sur l'entreprise tout en reliant l'intérêt de l'entreprise à l'intérêt collectif.

L'entreprise à mission respecterait quatre conditions :

- l'inscription dans ses statuts d'une raison d'être dotée d'un impact mesurable positif pour l'entreprise et l'environnement ;
- l'introduction dans sa gouvernance d'un comité d'impact, qui doit disposer de l'indépendance et des moyens appropriés, en particulier de droits de communication et d'audit ;
- la mesure et la reddition publique par les organes de gouvernance du respect de la raison d'être inscrite dans les statuts, évalué par un organisme tiers indépendant ;

- la publication d'une déclaration de performance extra-financière.

Ce serait une étape supplémentaire dans l'intégration de l'impact social au sein des réseaux de soins. Il ne s'agirait plus seulement d'en faire la démonstration, mais de l'incarner pleinement, jusqu'à mobiliser l'ensemble des parties prenantes pour son accomplissement (professionnels de santé, patients et usagers, assureurs santé privés, etc.). Cela pourrait même être l'occasion de donner du sens à la démocratie sanitaire, *via* les réseaux : pour que les représentants usagers puissent peser sur la qualité des soins, encore faudrait-il qu'ils puissent se fonder sur une appréciation de la qualité des soins dispensés sans dépendre totalement pour cela des simples effets de réputation ou des informations délivrées par les professionnels, les établissements ou les services eux-mêmes.

### **4.3. OUVRIR DES POSSIBILITÉS DE CONTRACTUALISATION DÉROGATOIRES**

Vouloir complètement libéraliser les possibilités de contractualisation des réseaux de soins a toutes les chances de rester un vœu pieux en l'état de l'opposition marquée qui s'exprime entre les professionnels de santé et les assureurs santé privés.

C'est pourquoi nous préférons appeler à la mise en œuvre de moyens susceptibles de rétablir la confiance dans les réseaux de soins. Malgré les apparentes contraintes et le manque de pertinence du cadre posé par la loi Le Roux de 2014, son élargissement sera facilité, si les réseaux de soins parviennent à faire la preuve de leur valeur ajoutée dans l'accès de la population à des soins de qualité.

Dans l'attente de telles évaluations publiques, certaines dérogations à la loi Le Roux pourraient néanmoins être accordées aux assureurs santé privés et, à travers eux, aux réseaux de soins.

À l'instar de ce qui peut exister en droit du travail<sup>36</sup>, le cadre posé par la loi Le Roux pourrait par exemple s'appliquer en l'absence d'accord-cadre signé entre un réseau et un ou plusieurs syndicats représentatifs de la profession concernée.

À cet égard, le protocole d'accord unissant la Mutualité fonction publique (MFP) et la Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD) fait figure d'exemple.

---

<sup>36</sup> Sur ce point, on renvoie volontiers à d'éminents auteurs qui ont été à l'inspiration de cette évolution du droit : J. Barthélémy et G. Cette, *Réformer le droit du travail*, Odile Jacob, 2015.

### **Protocole d'accord MFP-CNSD : de quoi parle-t-on ?**

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 un syndicat représentatif de la profession de chirurgien-dentiste, la 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, c'est plus de la moitié de la profession et quatre fois le nombre de chirurgiens-dentistes présents dans le second réseau dentaire le plus étendu. 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.

Ainsi, à l'exception de principes fondamentaux, forcément d'ordre public – parmi lesquels on pourrait compter comme aujourd'hui la liberté de choix du professionnel par le patient, l'égalité et la proximité dans l'accès aux soins –, la loi Le Roux deviendrait supplétive des règles négociées entre un réseau et la profession. Les marges de manœuvre supplémentaires reconnues aux réseaux se substitueraient alors aux prohibitions inscrites dans les lois et règlements. La Confédération syndicale des médecins de France (CSMF), principale organisation syndicale représentative des médecins, s'est déjà montrée favorable à ce type d'approche, en allant à la rencontre de plusieurs opérateurs d'assurance pour ce qui concerne la prise en charge des dépassements d'honoraires.

On pourrait nous rétorquer, à l'instar de la Cour des comptes<sup>37</sup>, que les négociations conventionnelles avec les professionnels de santé n'ont jusqu'ici pas fait leurs preuves, car « dégénérant » systématiquement au minimum par des effets de bord sur les prix, voire l'organisation de la profession. Pourquoi alors vouloir en étendre le principe aux assureurs santé privés ? D'abord parce que, dans l'hypothèse présentée, la loi Le Roux s'appliquerait en l'absence d'accord entre un réseau et la profession. La possibilité d'y déroger pourrait alors constituer une puissante incitation à un dialogue constructif et de qualité entre professionnels de santé et assureurs santé privés. De plus, il s'agirait de responsabiliser les syndicats de professionnels dans la détermination de la norme la plus avantageuse pour leurs mandants, tout en ouvrant de nouvelles possibilités de gestion du risque pour les assureurs santé privés. Enfin, de telles mesures dérogatoires n'ont d'intérêt que si elles sont

---

<sup>37</sup> Cour des comptes, « Les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé », juillet 2014.

exploitées comme autant d'ajustements conjoncturels, dans l'attente d'une objectivation de la qualité des réseaux de soins et de leur valorisation comme entreprise à mission.

Plus largement, la conclusion de chartes de bonnes pratiques, à l'image de celle conclue entre l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (Unocam) et la CNSD<sup>38</sup>, mériterait de se développer, à mesure que la place prise par les assureurs santé privés tend à s'accroître dans le système de santé français, et ce pour que leur développement se fasse toujours en respectant les principes déontologiques de chacune des professions médicales.

Pour aller plus loin, il paraîtrait utile d'expérimenter de véritables « contrats de projet », à savoir l'intervention dérogatoire de réseaux de soins sur des champs d'intervention bien délimités (le projet), une durée déterminée (le temps du projet), la détermination d'indicateurs de suivi et de résultat (les moyens d'évaluer le projet).

Une nouvelle fois, il s'agirait de contourner les interdictions posées par la loi Le Roux sur des enjeux bien circonscrits.

Plusieurs opportunités pourraient se présenter.

- Dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé annoncée par le Premier ministre et la ministre des Solidarités et de la Santé le 13 février 2018<sup>39</sup>, il a été demandé à la Haute autorité de santé (HAS) de proposer dès cette année, des indicateurs de qualité des parcours qui portent sur les dix pathologies les plus fréquentes (par exemple le diabète ou l'insuffisance rénale). Systématisés durant l'année 2019, ces indicateurs serviraient à mesurer la qualité pour les patients et à la diffuser largement. Dès lors que la pertinence des soins concourt à réduire les inconvénients et les risques pour les patients, tout en répondant aux enjeux d'une gestion économe de la santé, ne pourrait-on pas admettre que les assureurs santé privés et, à travers eux, les réseaux de soins, puissent expérimenter des parcours innovants et tenter d'améliorer ces indicateurs ?
- Plus largement, si tout le monde s'accorde sur la nécessité d'alléger le carcan administratif qui entrave l'action et retarde l'innovation, la structuration de nouveaux modèles d'organisation exige une ingénierie de projet importante, dont beaucoup de professionnels

---

<sup>38</sup> Charte de bonnes pratiques entre les chirurgiens-dentistes et les opérateurs complémentaires d'assurance maladie : <https://goo.gl/djipZH>

<sup>39</sup> Pour le dossier de presse, voir <https://goo.gl/J5ydkT>

de santé ne disposent pas. De par leur savoir-faire, les outils techniques qu'ils ont développés et leur notoriété, les réseaux de soins pourraient servir à pallier cette lacune. De même, leur proximité avec les assureurs santé privés ouvre la possibilité d'injecter des fonds supplémentaires pour financer et expérimenter de nouvelles formes de coordination et d'intégration de l'activité des offreurs de soins. Dès lors que l'innovation financière, organisationnelle doit procéder du terrain, ne pourrait-on pas reconnaître aux réseaux un rôle de veille, d'analyse et de fonction support sur l'ensemble des appels à projets en santé, publics comme privés, tant en ville qu'à l'hôpital ? Un tel rôle serait d'autant plus aisé à endosser par les plateformes de gestion qu'elles assument déjà des missions d'intermédiation entre les assureurs santé privés et les professionnels de santé.

## **CONCLUSION**

Pour maintenir la capacité du système de santé à diffuser des soins de qualité à l'ensemble de la population sur tout le territoire, tout en garantissant leur accessibilité et leur soutenabilité, une démarche de fond s'impose.

Les réseaux de soins peuvent tout à fait s'y inscrire. Ils interviennent sur les dépenses d'assurance maladie et sur le fonctionnement de la chaîne de soins. Ils mettent en œuvre une politique de gestion du risque et de régulation du système, rendant ainsi possibles une amélioration de la qualité et des gains d'efficacité.

Cependant, la défiance entretenue avec les professionnels de santé et une partie des décideurs publics empêche aujourd'hui d'envisager leur complète libéralisation. Afin de rassurer les professionnels de santé et les patients et ainsi d'accroître la confiance dans les réseaux de soins, il est nécessaire de faire évoluer leur cadre de régulation. Ce n'est qu'à cette condition que l'on parviendra à capitaliser sur leurs atouts et savoir-faire.

Trois types de mesure seraient de nature à provoquer un choc de confiance en faveur des réseaux de soins : se doter des moyens nécessaires à l'évaluation de la qualité ; rendre la gouvernance plus transparente et responsable ; ouvrir des possibilités de contractualisation dérogatoires.

Les débats sur le reste à charge zéro en matière d'optique, de prothèses dentaires et auditives sont l'occasion de replacer les réseaux de soins au centre d'un jeu où ils ont toute leur place.