

Les réseaux de soins reposent sur des conventions établies entre un ou plusieurs organismes d'assurance maladie complémentaire, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers, et des établissements ou professionnels dispensant des soins. Ces conventions comportent des engagements relatifs au niveau ou à la nature des garanties pour l'organisme assureur et aux prestations et tarifs pour le professionnel de santé. Les réseaux de soins se développent rapidement au milieu des années 2000 grâce à la création des plateformes de gestion. En 2016, la moitié des organismes complémentaires, couvrant 79 % des bénéficiaires, sont liés à un réseau d'opticiens ; un tiers, couvrant 58 % des bénéficiaires, sont associés à un réseau de dentistes. Une part significative des 45 millions d'assurés ayant accès à ces réseaux bénéficient de garanties plus élevées pour leurs soins réalisés dans le réseau.

Les réseaux de soins se développent sur des marchés dont les prix sont peu régulés

Les réseaux de soins se sont développés sur des marchés pratiquant des prix élevés et peu régulés par l'assurance maladie obligatoire (AMO). Il s'agit principalement des secteurs de l'optique (voir fiche 20), des prothèses dentaires et des aides auditives (voir fiche 22). La loi n° 2014-57 du 27 janvier 2014, dite loi Le Roux (article L. 112-1 du Code de la mutualité et article L. 863-8 du Code de la sécurité sociale), encadre l'action des réseaux de soins. Elle étend aux mutuelles la possibilité de moduler les taux de remboursements selon que l'assuré a recours (ou non) au réseau¹. Par ailleurs, l'Autorité de la concurrence a rendu plusieurs décisions depuis 2009 sur les réseaux optiques, dentaires et auditifs, mettant en avant leurs effets vertueux à la fois pour les consommateurs (prix avantageux) et les professionnels de santé (visibilité).

En pratique, les réseaux de soins reposent sur des conventions établies entre des organismes d'assurance maladie complémentaire (AMC) et des

professionnels ou des établissements de santé. Les assureurs négocient des tarifs pour une liste de produits/prestations donnée, avec des garanties de qualité ou de service associées. Les professionnels de santé s'engagent contractuellement à respecter ces conventions en contrepartie d'un apport de clientèle. Les assurés ayant recours à des professionnels de santé dans le réseau peuvent, eux, bénéficier d'un remboursement plus élevé de la part de leur complémentaire et du tiers payant.

Il existe deux types de réseaux. Dans un réseau ouvert, l'organisme complémentaire établit un cahier des charges à respecter. Tous les professionnels de santé voulant intégrer le réseau et acceptant les conditions du cahier des charges sont alors conventionnés. Dans un réseau fermé, l'organisme complémentaire définit un nombre de professionnels dont il veut disposer dans son réseau et établit les conditions sur lesquelles les dossiers des professionnels souhaitant être conventionnés seront évalués. Les critères définis doivent être objectifs et transparents.

¹. Alors que les mutuelles avaient créé des réseaux de soins depuis des années, elles se sont vues interdire par plusieurs décisions judiciaires, confirmées par un arrêt de la cour de cassation de 2010, la différenciation des taux de remboursement selon que l'assuré recourait ou non à un réseau. Aucune interdiction de cette nature n'existait pour les institutions de prévoyance ni pour les sociétés d'assurances. Plusieurs propositions de loi ont été déposées pour autoriser cette différenciation, sans succès jusqu'à l'adoption de la loi « Le Roux » qui encadre l'activité des réseaux de soins (Rapport de l'Inspection générale des Affaires sociales de 2017 sur les réseaux de soins).

Près de huit bénéficiaires de contrats de complémentaire santé sur dix sont liés à un réseau d'opticiens et six sur dix à un réseau de dentistes

Apparus dans les années 1990, les réseaux de soins ont pris leur essor au milieu des années 2000 avec la création de plateformes qui gèrent ces réseaux pour le compte d'organismes complémentaires. En 2016, 45 millions d'assurés avaient accès à ces réseaux, qui comptent chacun plusieurs milliers de professionnels de santé (Durand et Emmanuelli, 2017). Les réseaux d'opticiens sont plus répandus que les réseaux de soins dentaires (*tableau 1*). Ainsi, en 2016, la moitié des organismes complémentaires sont liés à au moins un réseau d'opticiens et un tiers à au moins un réseau de soins dentaires. Cette part a augmenté de 11 points en optique et de 7 points en dentaire par rapport à 2014.

Les sociétés d'assurances et les institutions de prévoyance sont plus souvent liées à des réseaux que les mutuelles, que ce soit pour les opticiens ou les dentistes. Plus des trois quarts des sociétés d'assurances et des institutions de prévoyance sont liées à un réseau d'opticiens (77 % et 78 % respectivement), contre moins de la moitié des mutuelles (43 %) ; deux tiers des sociétés d'assurances (64 %) et la moitié des institutions de prévoyance (50 %) le sont à un réseau de soins dentaires, contre un quart des mutuelles (26 %) (*tableau 1*). Cependant, la différence entre types d'organismes est beaucoup moins marquée si l'on considère la part de bénéficiaires ayant accès à un réseau : 73 % des bénéficiaires de mutuelles sont couverts par un organisme lié à un réseau d'opticiens (contre 77 % pour les institutions de prévoyance et 90 % pour les sociétés d'assurances) et 52 % à un réseau de dentistes (contre 70 % pour les institutions de prévoyance et 58 % pour les sociétés d'assurances). Ainsi, les organismes complémentaires liés à un réseau sont de grande taille. En effet, ceux qui le sont à un réseau de dentistes représentent un tiers des organismes et couvrent 58 % des bénéficiaires, ceux liés à un réseau d'opticiens représentent la moitié des organismes et couvrent 79 % des bénéficiaires (*tableau 2*).

Enfin, la part des personnes ayant accès aux réseaux de dentistes et d'opticiens est la même que la couverture soit individuelle ou collective.

Des remboursements plus élevés pour un nombre significatif de contrats

Lorsque le bénéficiaire passe par un réseau de soins, le reste à charge après remboursement de la complémentaire santé est plus faible pour un produit ou une prestation donnée (par exemple une paire de lunettes ou une consultation), pour un nombre significatif de contrats. En effet, certains contrats offrent un meilleur remboursement pour les soins exécutés dans le réseau par rapport à ceux exécutés hors réseau. Ainsi, en 2016, 43 % des bénéficiaires d'un contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire lié à un réseau d'opticiens et 35 % de ceux liés à un réseau de dentistes disposent de garanties différenciées. L'écart entre les garanties maximales est en moyenne de 200 euros pour les prothèses dentaires, de 65 euros en optique simple et de 110 euros en optique complexe². Néanmoins, le fait de passer ou non par un réseau peut conduire l'assuré à modifier son comportement de consommation. Un remboursement plus élevé peut notamment encourager à choisir un produit ou une prestation de meilleure qualité. C'est pourquoi ces différences de garantie ne se traduisent pas nécessairement par une baisse équivalente du reste à charge.

Un effet incertain des tarifs négociés sur les prix

Les bénéficiaires de contrats liés à un réseau de soins ont accès à des tarifs négociés par les organismes complémentaires avec les professionnels de santé du réseau. Les premières études tendent à montrer que les prix sont plus faibles au sein des réseaux. Ainsi, d'après l'Inspection générale des Affaires sociales (Igas), l'écart de prix pour les soins ou les produits consommés *via* un réseau est d'environ 20 % pour des verres adultes, 10 % pour des montures, et jusqu'à 37 % pour certaines références de verres. Dans le secteur des aides auditives, l'écart se situe autour de 10 %. En dentaire, les différences de

2. Les garanties maximales des organismes complémentaires sont calculées à l'aide de biens de référence. Voir fiches 20 et 22 pour le détail du calcul.

prix sont plus incertaines car elles varient fortement selon les réseaux. L'Igas fait état d'une pression tarifaire forte en optique mais modérée dans les secteurs dentaires et auditifs, ce qui est cohérent avec les écarts de prix présentés. Néanmoins, les prix plus faibles pratiqués dans les réseaux pourraient s'expliquer à la fois par leur capacité à peser sur les prix *via* les tarifs négociés, mais aussi par des

effets de sélection, soit parce que les réseaux sélectionnent des professionnels de santé moins chers, soit parce que les professionnels de santé plus compétitifs demandent à y adhérer. Ainsi, les données disponibles n'ont pas permis à ce jour d'établir que l'adhésion à un réseau conduit les dentistes ou les opticiens à baisser leurs prix et donc d'estimer un « effet réseau » sur les prix. ■

Tableau 1 Part des organismes complémentaires liés à un réseau en 2016

		En %
Réseaux de soins	Type d'organismes	Part liée à un réseau de soins
Dentistes	Mutuelles	26
	Institutions de prévoyance	50
	Sociétés d'assurances	64
	Ensemble	34
Opticiens	Mutuelles	43
	Institutions de prévoyance	78
	Sociétés d'assurance	77
	Ensemble	51

Note > Les données sont issues des réponses aux questions : « Votre organisme est-il lié à un réseau d'opticiens ? » et « Votre organisme est-il lié à un réseau de dentistes ? »

Lecture > En 2016, 78 % des institutions de prévoyance étaient liées à un réseau d'opticiens, contre 43 % des mutuelles.

Champ > Organismes complémentaires offrant une couverture santé.

Source > DREES, enquêtes sur les contrats les plus souscrits, 2016.

Tableau 2 Part des bénéficiaires couverts par un organisme lié à un réseau en 2016

		En %	
Type d'organismes	Type de contrats	Réseau de dentistes	Réseau d'opticiens
Mutuelles	Ensemble	52	73
Institutions de prévoyance	Ensemble	70	77
Sociétés d'assurances	Ensemble	58	90
Ensemble	Collectifs	56	78
	Individuels	59	80
	Ensemble	58	79

Note > Les données sont issues des réponses aux questions « Votre organisme est-il lié à un réseau d'opticiens ? » et « Votre organisme est-il lié à un réseau de dentistes ? », sans précision sur les contrats éventuellement non couverts par le réseau. Les taux de couverture présentés ici reposent sur l'hypothèse que tous les contrats sont couverts.

Lecture > En 2016, 80 % des bénéficiaires de contrats individuels sont couverts par un organisme lié à un réseau d'opticiens.

Champ > Organismes complémentaires offrant une couverture santé.

Source > DREES, enquêtes sur les contrats les plus souscrits, 2016.

Pour en savoir plus

> Durand, N., Emmanuelli, J. (2017). Les réseaux de soins. Rapport de l'Inspection générale des Affaires sociales (IGAS) n° 2016-107R.