

**UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE DE LILLE 2  
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE**

Année de soutenance : 2016

N°:

THESE POUR LE  
**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement le 16 DECEMBRE 2016

Par Sarah BARMIO

Né(e) le 23 MAI 1991 à Lille – France

**L'EVOLUTION DU SYSTEME DE SANTE FRANCAIS :  
analyse et perspectives des réseaux de soins**

**JURY**

Président :	Madame le Professeur DELCOURT- DEBRUYNE Elisabeth
Assesseurs :	<u>Monsieur le Docteur François DESCAMP</u> Monsieur le Docteur Jérôme VANDOMME Madame le Docteur Aurélie MARECHAL
Membre(s) invité(s) :	Madame le Docteur Marie BISERTE Monsieur le Docteur GRAVINA Nicolas

**ACADEMIE DE LILLE**  
**UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE LILLE 2**

-\*-\*-\*-\*-\*-\*-\*-\*-\*

**FACULTE de chirurgie dentaire**  
**PLACE DE VERDUN**  
**59000 LILLE**

-\*-\*-\*-\*-\*-\*-\*-\*-\*

Président de l'Université	:	Pr X. VANDENDRIESSCHE
Directeur Général des Services	:	P-M. ROBERT
Doyen	:	Pr E. DEVEAUX
Vice-Doyens	:	Dr E. BOCQUET, Dr L. NAWROCKI, et Dr G.PENEL
Responsable des Services	:	S. NEDELEC
Responsable de la Scolarité	:	L. LECOCQ

\*\*\*\*\*

**PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.**

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES :**

P. BEHIN	Prothèses
T. COLARD	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
<b>E. DELCOURT-DEBRUYNE</b>	Professeur Emérite Parodontologie
E. DEVEAUX	Odontologie Conservatrice - Endodontie <b>Doyen de la Faculté</b>
<b>G. PENEL</b>	Responsable de la Sous-Section des <b>Sciences Biologiques</b>
M.M. ROUSSET	Odontologie Pédiatrique

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

<b>T. BECAVIN</b>	Responsable de la Sous-Section d' <b>Odontologie Conservatrice – Endodontie</b>
A. BLAIZOT	Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.
<b>F. BOSCHIN</b>	Responsable de la Sous-Section de <b>Parodontologie</b>
<b>E. BOCQUET</b>	Responsable de la Sous-Section d' <b>Orthopédie Dento-Faciale</b>
<b>C. CATTEAU</b>	Responsable de la Sous-Section de <b>Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.</b>
A. CLAISSE	Odontologie Conservatrice - Endodontie
M. DANGLETERRE	Sciences Biologiques
A. de BROUCKER	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
T. DELCAMBRE	Prothèses
<b>C. DELFOSSE</b>	Responsable de la Sous-Section d' <b>Odontologie Pédiatrique</b>
F. DESCAMP	Prothèses
A. GAMBIEZ	Odontologie Conservatrice - Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
P. HILDEBERT	Odontologie Conservatrice - Endodontie
<b>J.M. LANGLOIS</b>	Responsable de la Sous-Section de <b>Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation</b>
C. LEFEVRE	Prothèses
J.L. LEGER	Orthopédie Dento-Faciale
M. LINEZ	Odontologie Conservatrice - Endodontie
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin - CHRU Lille
C. OLEJNIK	Sciences Biologiques
P. ROCHER	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
<b>M. SAVIGNAT</b>	Responsable de la Sous-Section des <b>Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie</b>
T. TRENTESAUX	Odontologie Pédiatrique
<b>J. VANDOMME</b>	Responsable de la Sous-Section de <b>Prothèses</b>

### ***Réglementation de présentation du mémoire de Thèse***

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille 2 a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation, ni improbation ne leur est donnée.

*Je dédie cette thèse à...*

**Madame le Professeur Elisabeth Delcourt-Debruyne**

**Professeur Émérite des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD**

*Sous-Section Parodontologie*

Docteur en Chirurgie dentaire

Docteur de 3ème Cycle en Sciences Odontologiques

Maîtrise libre en Biologie Humaine

Docteur d'Etat en Odontologie

Habilitée à Diriger des Recherches

Membre Titulaire de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

*Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse,*

*veuillez recevoir mes sincères remerciements.*

*En plusieurs occasions, nous avons eu l'occasion de travailler ensemble,*

*notamment lors de Conseils ou d'événements culturels.*

*En cela, soyez assurée de ma reconnaissance,*

*et veuillez trouver ici le témoignage et de mon profond respect*

**Monsieur le Docteur François DESCAMP**

**Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier des CSERD**

*Sous-Section Prothèses*

Docteur en Chirurgie Dentaire

Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales

Maîtrise universitaire de Pédagogie des Sciences de la Santé

D.E.S.S Education et Santé

D.E.A Sciences de l'Education

D.U de CFAO Clinique

Lauréat de l'Académie Nationale Chirurgie Dentaire

Médaille de Bronze de la Défense Nationale (Agrafe «service de santé»)

Médaille d'Outre-Mer (Agrafe «Tchad»)

Titre de reconnaissance de la Nation

Croix du Combattant

*La boucle est bouclée.*

*Vous avez su m'insuffler la passion  
avant même mon arrivée à la faculté.*

*A votre rigueur, votre humour, votre rage, vos engagements passés,  
veuillez recevoir ma sincère reconnaissance  
pour m'avoir toujours poussée plus loin.*

*Je vous remercie pour tout, et que l'aventure continue.*

*Soyez également assuré de mon profond respect.*

**Monsieur le Docteur Jérôme VANDOMME**

**Maître de Conférence des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD**

*Sous-section Prothèses*

Responsable de la sous-section Prothèses

Docteur en Chirurgie Dentaire

Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales

Master 2 Biologie Santé

Docteur en Biologie Cellulaire

*Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie du jury.*

*J'ai toujours apprécié votre pédagogie, surtout en clinique.*

*Vous avez toujours été pragmatique, clair, efficace, rigoureux,  
et avez une force manuelle surhumaine qui défie les lois du babyfoot.*

*J'espère vous rendre la pareille à travers ce travail,*

*veuillez y trouver l'expression de ma gratitude*

*et de mon plus profond respect.*

**Madame le Docteur Marie BISERTE**

**Chargé d'Enseignement**

*Sous-Section Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé et Odontologie Légale*

Docteur en Chirurgie Dentaire

*Dès notre rencontre, j'ai su que nos projets  
ne se résumeraient pas à un simple débat de couloir.  
Je vous remercie pour votre disponibilité, votre patience, votre écoute,  
votre accueil, votre investissement, votre aide... la liste est bien longue.  
J'ai eu un immense plaisir à travailler sur ce sujet avec vous,  
et j'espère sincèrement que notre collaboration est à la hauteur de vos espérances.  
Puisse cette thèse être utile à la profession,  
soyez assurée qu'elle est le témoin de mon plus profond respect,  
et de ma reconnaissance à bien des égards.*

**Madame le Docteur Aurélie MARECHAL**

**Chargé d'enseignement**

*Sous-section Odontologie Conservatrice et Endodontie*

Docteur en Chirurgie Dentaire

C.E.S Odontologie Conservatrice

*Pour avoir accepté de siéger dans le jury de cette thèse.*

*Je vous remercie pour votre accueil dans cette faculté,  
votre accompagnement jusqu'au bout, peu importe les situations.*

*Un grand merci également pour toutes vos implications  
au sein de la faculté, et dont je me suis inspirée également.*

*Veuillez trouver dans ce travail l'expression  
de ma reconnaissance et mon profond respect.*

**Monsieur le Docteur Nicolas GRAVINA**

Docteur en médecine

Spécialiste en Chirurgie Orthopédique

*Pour toutes ces heures de débats interprofessionnels,  
et d'avoir accepté de siéger dans ce jury de thèse,  
je vous remercie d'avoir bien voulu confronter nos professions  
face au contexte et aux enjeux actuels.  
Dans l'espoir, recevez mon profond respect.*





## Table des matières

1. La répartition du coût des soins dentaires en France.....	19
1.1. La santé en France en chiffres.....	19
1.1.1. La dépense courante de santé en 2015.....	19
1.1.2. La consommation de soins et de biens médicaux en France en 2015.....	20
1.2. Les dépenses dentaires et leur financement.....	21
1.2.1. Modalités de dépenses dentaires selon le conventionnement ou non du chirurgien-dentiste et des actes réalisés.....	21
1.2.2. De la dépense de soins dentaires aux prestations sociales.....	25
1.2.2.1. Le tarif de responsabilité ou base de remboursement.....	25
1.2.2.2. Le ticket modérateur.....	26
1.2.2.3. Le reste à charge du patient.....	26
1.2.3. La répartition des dépenses dentaires entre les différents financeurs.....	28
1.3. Analyse : Les organismes complémentaires, premiers financeurs des soins dentaires ?.....	29
2. Les fondements de la Sécurité Sociale.....	30
2.1. Le système BISMARCK.....	30
2.2. Le système BEVERIDGE [17,18,19] .....	31
2.3. Le système américain [22].....	32
2.4. Le système de santé français.....	33
2.4.1. Historique de la sécurité sociale en France.....	34
2.4.2. La Sécurité Sociale et ses institutions.....	36
2.4.2.1. Les branches ou missions de la sécurité sociale.....	36
2.4.2.2. Les régimes de la Sécurité sociale .....	36
2.4.2.3. Les institutions de la sécurité sociale.....	37
2.4.2.4. L'UNCAM.....	38
2.4.3. Le système de santé français, un mélange réussi ?.....	38
2.4.3.1. Entre le système BEVERIDGE et BISMARCK .....	38
2.4.3.2. Le système de santé français, un système exemplaire ?.....	39
2.4.4. Les évolutions récentes.....	40
2.4.4.1. Le parcours de soins coordonnés.....	40
2.4.4.2. La loi HPST (Hopital-Patient-Santé et Territoire).....	40
2.4.4.3. La loi FOURCADE.....	41
2.4.4.4. La loi de modernisation de notre système de santé dite « Loi Touraine ».....	43
2.4.4.5. Le Contrat d'Accès aux Soins (CAS).....	44
3. Les complémentaires santé.....	47
3.1. Les mutuelles.....	49
3.2. Les sociétés d'assurance.....	49
3.3. Les institutions de prévoyance et de retraite complémentaire .....	49
3.4. Autres organismes existants [54].....	50
3.4.1. Délégation du régime obligatoire à certaines structures.....	50
3.4.2. Les mutuelles sans intermédiaires (MSI).....	50
3.4.3. Les bancassureurs.....	50
3.4.4. La Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C).....	51
3.4.5. L'Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS).....	52
3.4.6. L'UNOCAM.....	54
3.5. La régulation du marché des assurances par les directives prudentielles européennes .....	54

3.6. La situation financières des organismes complémentaires et son contexte.....	56
3.7. Le déclin de la solidarité des mutuelles.....	60
3.8. La loi relative à la sécurisation de l'emploi de 2013.....	62
3.9. La loi LE ROUX .....	64
4. La constitution des réseaux de soins, objectif prioritaire des organismes complémentaires.....	69
4.1. Historique, constitution, présentation et mode d'organisation des réseaux.....	69
4.1.1. Historique.....	69
4.1.2. Organisation des réseaux de soins.....	70
4.2. Les plateformes en France et les conventions dans le domaine des soins dentaires .....	72
4.2.1. Les 8 principaux réseaux de soins conventionnés.....	72
4.2.2. Les contrats de réseaux .....	73
4.2.2.1. Côté patient.....	73
4.2.2.2. Côté Praticien .....	75
4.2.2.2.1. La convention de partenariat entre le chirurgien-dentiste et l'organisme complémentaire.....	75
4.2.2.2.2. Les chartes de bonnes pratiques et qualité.....	75
4.2.2.2.3. Le cahier des charges ou charte qualité.....	75
4.2.2.2.4. La réalité des contrôles.....	76
4.3. Analyse des réseaux de soins conventionnés.....	79
4.3.1. Point de vue déontologique et éthique [127].....	79
4.3.1.1. Liberté du patient .....	79
4.3.1.2. Confraternité.....	80
4.3.1.3. L'indépendance.....	80
4.3.1.4. Publicité.....	80
4.3.1.5. Tact et mesure.....	82
4.3.1.6. Paiement direct des honoraires .....	83
4.3.1.7. Le secret médical .....	83
4.3.2. Les procédures judiciaires.....	84
4.3.2.1. Les procédures de la CNSD contre Santéclair.....	85
4.3.2.2. Les procédures de l'UD, anciennement UJCD, contre Santéclair.....	85
4.3.2.3. Les procédures de la FSDL.....	86
4.3.2.4. Les procédures entre l'Ordre des chirurgiens-dentistes et Santéclair.....	87
4.3.3. Point de vue économique.....	87
4.3.3.1. Un modèle importé des Etats-Unis présentant plusieurs limites.....	87
4.3.3.2. Des établissements de santé mutualistes en difficultés financières.....	89
4.3.4. Qu'en pensent les représentants politiques ?.....	89
5. Discussion et conclusions.....	93
Références bibliographiques.....	97
Table des illustrations.....	114
Index des tableaux.....	115
Annexes.....	116
Annexe 1 : le système de santé français.....	116
Annexe 2 : exemple d'un contrat chez un bancassureur (Crédit Mutuel – CIC).....	117
Annexe 3 : avant et après la fusion de la TSA et de la TSCA au 1er janvier 2016 [162] .....	122
Annexe 4 : les règles prudentielles [75].....	123
Annexe 5 : charte de bonnes pratiques UNOCAM-CD.....	124
Annexe 6 : la présentation du contrat Kalivia et la Charte Qualité complète.....	129

Annexe 7 : Contrat et tarification Santéclair.....	142
Annexe 8 : le démarchage d'un patient adhérent à la complémentaire Allianz.....	148
Annexe 9 : le démarchage commercial de Santéclair.....	149
Annexe 10 : les dérives du CAS.....	163

## Introduction

Le Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946<sup>1</sup> garantit « à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence ».

A sa création, le système de santé français puise ses inspirations dans une volonté de mutualisation du risque, de solidarité, d'égalité, de fraternité, et de liberté, tout en veillant à la stabilité du système lui-même<sup>2</sup>.

Le système de sécurité social en France est le fruit d'un passé tumultueux, dont les souvenirs historiques façonnent encore son architecture.

Par ailleurs, le métier de chirurgien-dentiste connaît parallèlement une évolution impressionnante, et est aujourd'hui profession médicale reconnue en terme de santé globale, avec un plateau technique et des pratiques médico-chirurgicales de pointe. De fait, le coût des soins dentaires a naturellement suivi l'inflation du coût de ces innovations.

Dans une perpétuelle nécessité d'amélioration, le modèle français s'est complexifié, un millefeuille de couvertures par profession, par branche, par catégorie de salariés, par type de risque, auxquelles s'ajoutent les mutuelles et les caisses syndicales et patronales.

Le système de l'Assurance maladie obligatoire présentant certaines lacunes, des systèmes complémentaires se sont mis en place, dans l'objectif de parfaire, mais aussi aujourd'hui d'encadrer les dépenses de santé restant à la charge des français. Ils prennent une part de plus en plus importante dans l'organisation de la santé en France.

L'image des chirurgiens-dentistes, véhiculée par les médias, est loin de nous être favorable. Le magazine 60 millions de consommateur ose même le titre : « les dentistes plombent le budget des ménages », dans un article du 25 novembre 2013 [1].

Face à ces difficultés de remboursement des actes médicaux dues à l'augmentation des coûts de fonctionnement de la pratique odontologique, les acteurs du système de santé doivent agir. Ce qui nous amènera à traiter dans un premier temps le coût et la répartition des financements des soins dentaires.

C'est de concert que les politiques publiques et les praticiens de santé doivent résoudre les difficultés auxquels ils font face, cela sans jamais perdre de vue la qualité et la sécurité des actes : Les fondements de la sécurité sociale.

---

1 : inclut dans le bloc de constitutionnalité de la Constitution du 5 octobre 1958 instituant la Vème République

2 : tel qu'il a été codifié à l'article 1111-1 du Code de la santé publique : « Les droits reconnus aux usagers s'accompagnent des responsabilités de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose. »

L'émergence des complémentaires santé sera abordée dans un troisième temps afin d'établir leur émergence, et leur raison d'être au sein du système de sécurité sociale en France.

Suite aux évolutions législatives, une possibilité est reconnue aux complémentaires santé tendant au regroupement de professionnels de santé : les réseaux de soins. Cette quatrième partie sera l'objet d'une analyse de détaillée de ce modèle et de ses dérivés.

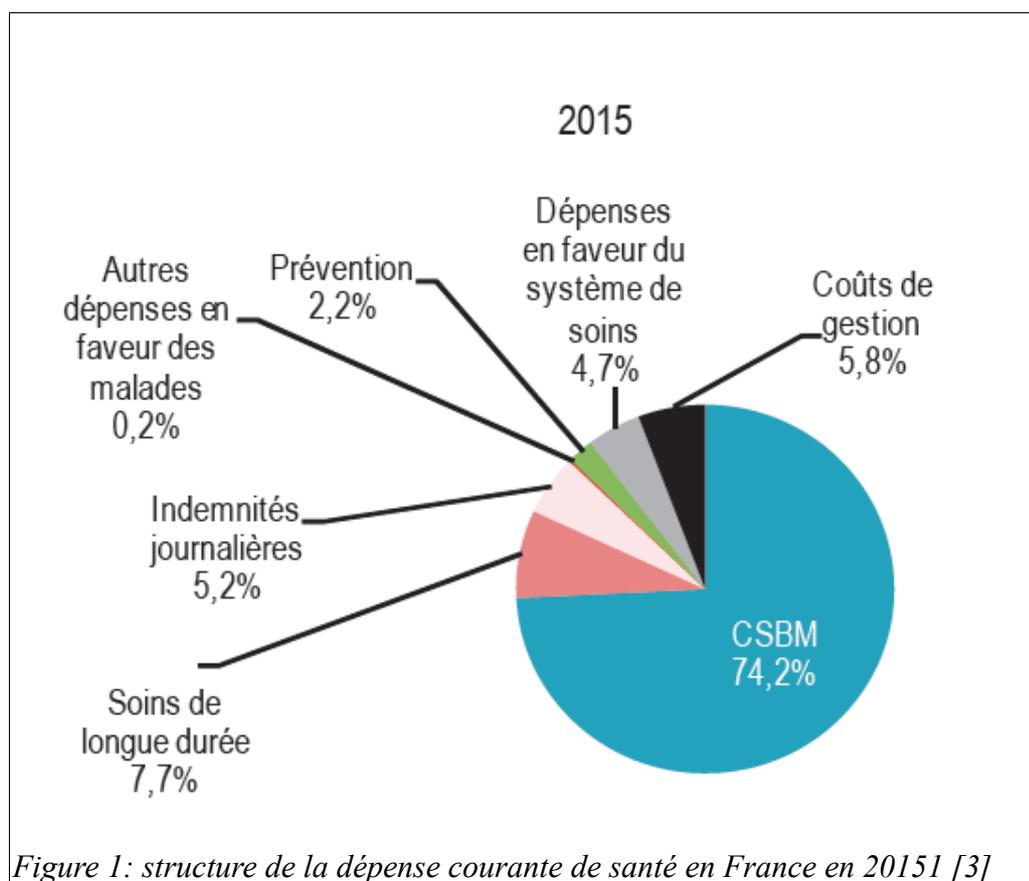
Pour terminer, l'organisation des réseaux de soins en France feront l'objet d'une discussion.

# 1. La répartition du coût des soins dentaires en France

## 1.1. La santé en France en chiffres

### 1.1.1. La dépense courante de santé en 2015

La dépense courante de santé [2] en France est la somme de toutes les dépenses « courantes » engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé . En 2015, elle s'élève à 262 milliards d'euros, soit 12% du PIB<sup>3</sup>.

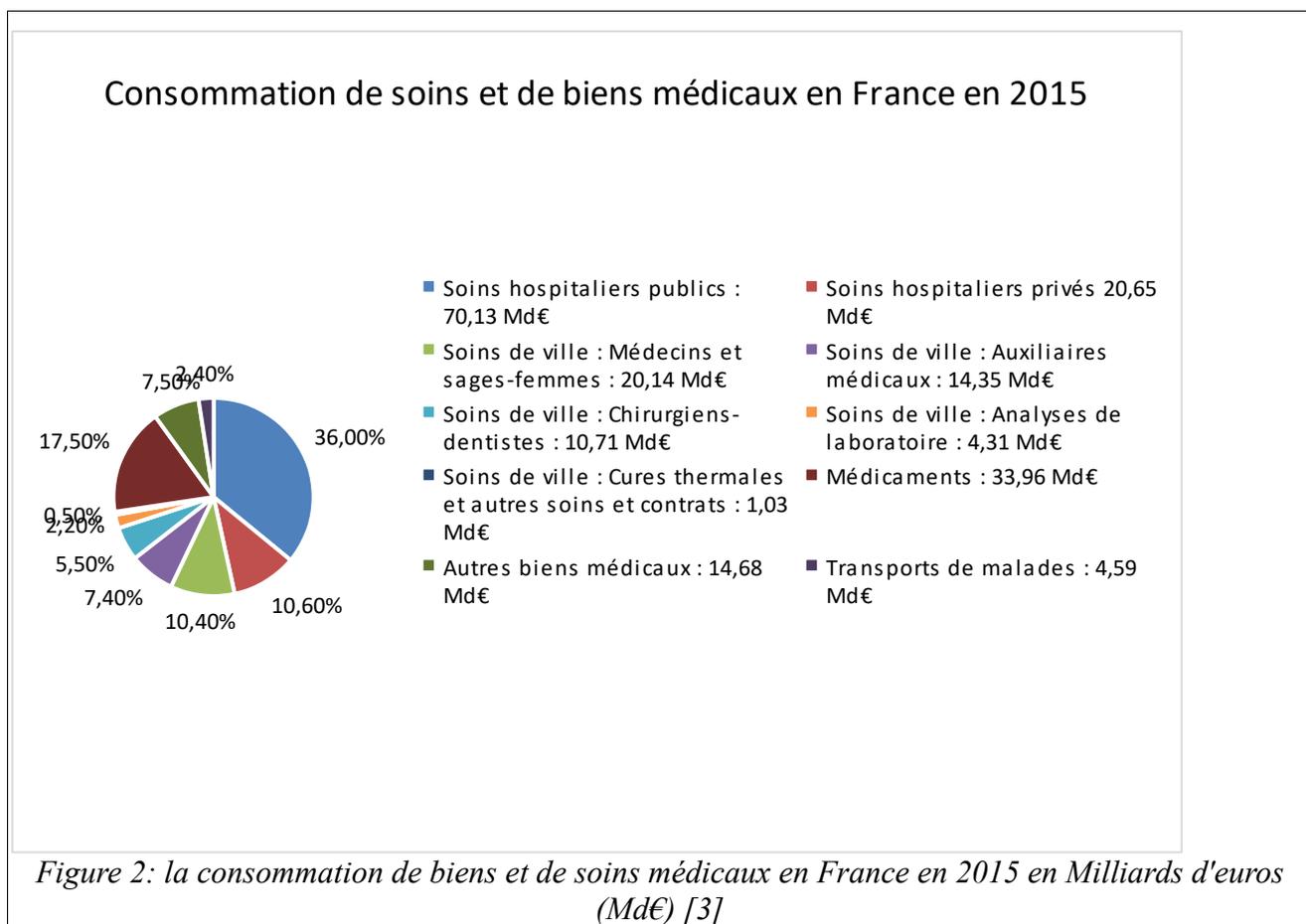


3 : CSBM : Consommation de soins et de biens médicaux

### 1.1.2. La consommation de soins et de biens médicaux en France en 2015

En 2015, la consommation des soins et des biens médicaux liée à la santé bucco-dentaire représente un total de 10,71 milliards d'euros, soit 5,5% de la consommation totale (194,56 milliards d'euros).

Selon l'Institut Montaigne [4], en 2010, un français consomme par an en moyenne 52 boîtes de médicaments (contre 17 en Allemagne).



## **1.2. Les dépenses dentaires et leur financement**

Les dépenses de soins dentaires, comme toutes les dépenses de soins, sont réparties entre plusieurs acteurs [3] :

- la Sécurité Sociale, les aides de l'Etat : l'assurance maladie obligatoire,
- les organismes de complémentaires santé (mutuelles, société d'assurance, organismes de prévoyance...) : l'assurance maladie complémentaire,
- les ménages.

Le financement diffère si le patient se rend chez un chirurgien-dentiste conventionné ou non.

### **1.2.1. Modalités de dépenses dentaires selon le conventionnement ou non du chirurgien-dentiste et des actes réalisés**

Les chirurgiens-dentistes conventionnés, c'est-à-dire adhérents à la convention nationale des chirurgiens-dentistes avec la Sécurité Sociale[5], sont tenus de respecter les tarifs conventionnels et les dispositions prévues dans ce texte. Des majorations liées à la permanence des soins sont autorisées (garde dimanche et jours fériés) ainsi que des dépassements exceptionnels en cas d'exigence particulière du patient (consultation en dehors des heures d'ouverture habituelle du cabinet...). Certains praticiens disposent d'un droit permanent de dépassement, comme prévu par la convention. Les conditions d'éligibilité devaient être rediscutées après la signature de la dernière convention. Ils ne sont que quelques centaines en France.

La convention nationale est un contrat négocié entre les syndicats représentatifs de chirurgiens-dentistes, l'Union Nationale des Caisse d'Assurance Maladie (UNCAM) et l'Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (UNOCAM). Cet accord est signé pour une durée de 5 ans et est reconduit de manière tacite sans dénonciation par un des syndicats signataires à la date anniversaire.

Le contenu de la convention comprend [6] :

- les modalités de délivrance des soins aux assurés,
- le mode de fixation des honoraires et la valeur des codifications,
- les conditions d'exercice de la profession et de qualité des soins,
- les mesures appropriées pour garantir la qualité des soins dans le cadre d'une maîtrise médicalisée des dépenses,
- les engagements de la profession et des caisses,
- la composition et le rôle des instances conventionnelles,

- les mesures prévues et encourues en cas de non-respect des obligations conventionnelles,
- la formation professionnelle continue conventionnelle,
- les dispositions sociales et fiscales,
- les dispositions propres à chaque profession.

Pour les chirurgiens-dentistes conventionnés, il existe trois types d'acte :

- les actes remboursables opposables (sans dépassement autorisé),
- les actes remboursables avec entente directe (honoraires libres avec tact et mesure, [7])
- les actes non remboursables, c'est à dire non pris en charge par l'assurance maladie.

Type d'acte	Tarif applicable	Remboursement AMO
Consultations, soins conservateurs et chirurgicaux, radiologie, prévention	Tarifs fixés conventionnellement. Dépassements prohibés sauf exceptions	Oui, à hauteur de 70 % du tarif
Soins prothétiques et orthodontie < 18 ans	Tarif conventionnel SS + Dépassements autorisés <sup>2</sup> fixés librement par le praticien	Oui pour la part conventionnelle, à hauteur de 70 %  Non pour la part correspondant à des dépassements
Actes non remboursables (implants, orthodontie adulte, blanchiment)	Honoraires libres	Non

*Tableau 1: remboursement des soins dentaires selon le type d'acte et le tarif applicable [8]*

Les actes opposables concernent tous les soins conservateurs (soins de caries, détartrages...) et de chirurgie.

Les actes, non opposables, concernés par l'entente directe en chirurgie dentaire sont les soins prothétiques (couronne, bridge...) et orthodontiques.

Pour savoir si un acte est opposable ou non, pris en charge ou non, il suffit de se référer à la Classification Communes des Actes Médicaux [9], excepté pour l'orthodontie toujours en Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP).

Pour les actes opposables, la base de remboursement de l'assurance maladie (ou tarif de responsabilité) est égale aux honoraires conventionnels (excepté pour la consultation C avec une franchise de 1 euro).

Pour les actes à entente directe, l'assurance maladie rembourse le patient sur la base du tarif de responsabilité, négocié et inscrit dans la convention, et non sur les honoraires totaux.

Les chirurgiens-dentistes conventionnés avec droit permanent aux dépassements fixent librement leurs honoraires. L'assurance maladie remboursera sur la base des tarifs conventionnels, et non sur la base des honoraires payés.

Pour les praticiens non conventionnés, il existe deux types d'acte :

- les actes remboursables selon le « tarif d'autorité », en dessous du montant négocié dans la convention,
- les actes non remboursables.

Il convient de préciser les termes « dépassement d'honoraires » et « entente directe ».

Les dépassements d'honoraires sont des compléments financiers réalisés pour des actes opposables, et autorisés uniquement dans le cadre de [5] :

- circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade : « DE »,
- bénéfice du droit permanent à dépassement accordé sous le régime des précédentes et de la présente convention : « DP », sous réserve des dispositions que prévoit cette dernière.

On note un abus de langage entre les professions. En chirurgie dentaire, il ne s'agit pas de « dépassements d'honoraires » des chirurgiens-dentistes sur les soins prothétiques mais d'honoraires libres à entente directe avec le patient. Le chirurgien-dentiste doit obligatoirement informer le patient par un devis détaillé et obtenir son consentement éclairé avant de réaliser les soins. Les honoraires proposés sont fixés par le praticien avec « tact et mesure »[7].

La majorité des chirurgiens-dentistes étant conventionnée (98% des chirurgiens-dentistes inscrits au tableau de l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes), nous ne considérerons que ce cas de figure dans les prochains calculs [10].

## 1.2.2. De la dépense de soins dentaires aux prestations sociales

Chronologiquement, lorsque le patient se présente au cabinet dentaire, le chirurgien-dentiste effectue un soin. Il règle alors la totalité des honoraires. Cette dépense ouvre droit à des prestations en nature (un remboursement total ou partiel).

L'information est transmise par le chirurgien-dentiste à la caisse d'assurance maladie (par voie électronique ou télétransmission), ou par le patient par voie papier via une feuille de soin co-remplie et co-signée par le praticien et le patient. Le patient est remboursé par virement bancaire.

L'assurance maladie obligatoire rembourse 70% du tarif de responsabilité (100% en cas d'affection longue durée et d'accident du travail).

Le ticket modérateur (les 30% restant du tarif de responsabilité), ainsi que tout ou partie du reste à charge sera pris en charge par l'assurance complémentaire.

### 1.2.2.1. Le tarif de responsabilité ou base de remboursement

[5,11]

Cas pratique 1 : l'exemple d'un traitement d'une carie de 3 faces et plus, acte opposable, étape 1/2

*Les honoraires conventionnels s'élèvent à 40,97 €, soit la base de remboursement prévue par la sécurité sociale, et correspond donc à 100% du taux de remboursement. Le taux de remboursement prévu par la convention est de 70%.*

$$40,97 * 0,7 = 28,67$$

*Nous aurons donc 28,67 € de remboursement effectué par la sécurité sociale. La somme restante due est donc de  $40,97 - 28,67 = 12,30$  €.*

Cas pratique 2 : L'exemple de la réalisation d'une couronne métallique, acte à honoraires libres, étape 1/3

*Les honoraires sont libres, déterminés avec tact et mesure[5]. Prenons par exemple des honoraires à 350 €. La base de remboursement prévue par la sécurité sociale est de 107,5 €. Le taux de remboursement est de 70%.*

$$107,5 * 0,7 = 75,25$$

*Nous aurons donc  $350 - 75,25 = 274,75$  € de somme restante due pour le patient.*

### **1.2.2.2. Le ticket modérateur**

Le ticket modérateur correspond aux 30% restant de la base de remboursement. Il est à noter que les franchises et forfaits n'existent pas dans le cadre des soins dentaires (excepté pour la consultation C, franchise de 1 euro).

Cas pratique 1 : l'exemple d'un traitement d'une carie de 3 faces et plus, acte opposable, étape 2/2

*Le reste à charge est de 12,30 €. S'agissant d'un acte opposable, cela correspond au ticket modérateur intégral.*

Cas pratique 2 : L'exemple de la réalisation d'une couronne métallique, acte à honoraires libres, étape 2/3

*La base de remboursement est de 107,50 €. Le remboursement de la sécurité sociale, soit l'assurance maladie obligatoire, est de 75,25 €. Le ticket modérateur est donc égal à  $107,5 - 75,25 = 32,25$  €.*

### **1.2.2.3. Le reste à charge du patient**

Il dépend du fait que le patient soit couvert ou non par une mutuelle et de la complémentaire santé du patient.

En général, les contrats minimums d'organismes complémentaires prévoient un remboursement de 100%. Il s'agit en fait d'un remboursement à hauteur de 100% du tarif de responsabilité prévu par la sécurité sociale, et non pas d'une couverture à 100% de la totalité du reste à charge.

Cas pratique 2 : L'exemple de la réalisation d'une couronne métallique, acte à honoraires libres, étape 3/3

*Le ménage concerné est couvert par un contrat d'assurance complémentaire qui prévoit une couverture à 100%.*

*Pour notre couronne, le reste à charge était de 274,75 €. La base de remboursement était de 107,50 €. Le ménage va donc avoir droit à un remboursement de 100% de 107,50 €, soit 107,50 €.*

*Le reste à charge du ménage sera donc de  $274,75 - 107,50 = 167,25$  €*

*La sécurité sociale a remboursé 75,25 €, l'organisme complémentaire 107,50 €, et le ménage a réglé 167,25 €.*

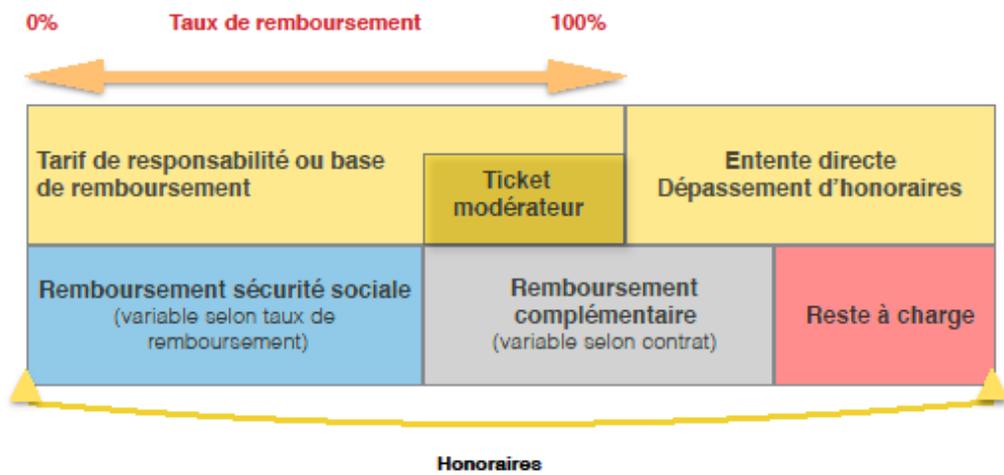


Figure 3: modalités de remboursement sur la totalité des honoraires en France

### 1.2.3. La répartition des dépenses dentaires entre les différents financeurs

Les dépenses de santé impliquent donc trois grands financeurs : l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), l'Assurance Maladie Complémentaire (AMC), et les ménages.

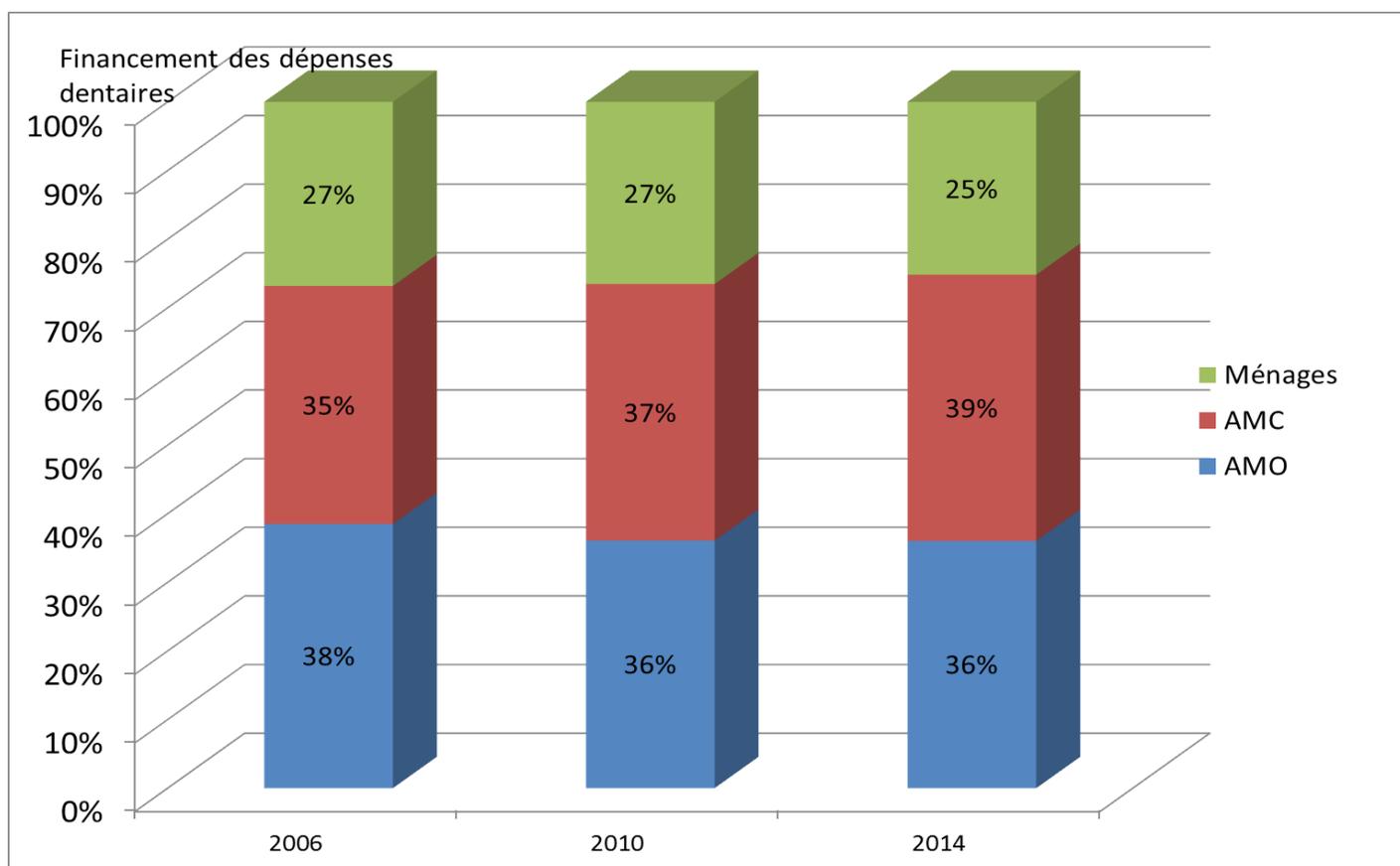


Figure 4: répartition des dépenses dentaires entre les différents financeurs en 2006, 2010 et 2014 [12]

D'après la figure 4<sup>4</sup>, nous pouvons noter une évolution de la part de prise en charge de l'AMC pour les soins dentaires, qui a dépassé celle de l'AMO à partir de 2010, prenant une part de 37% dans le financement des soins dentaires contre 36% pour l'AMO. En 2014, on constate une fois de plus sa constante évolution, prenant une part de 39% dans le financement des soins dentaires, contre toujours 36% pour l'AMO.

4 : Pour l'AMO (assurance maladie obligatoire) sont regroupés les dépenses de la sécurité sociale et de l'Etat. Pour l'AMC (assurance maladie complémentaire) sont regroupés les dépenses des mutuelles, assurances et instituts de prévoyance)

### **1.3. Analyse : Les organismes complémentaires, premiers financeurs des soins dentaires ?**

Si globalement le financement des dépenses de santé par les organismes complémentaires a diminué jusque 13,3% des dépenses en consommation de soins et de biens médicaux [13], ce n'est pas le cas pour les soins dentaires.

En effet, alors qu'en 2014 l'AMC finançait déjà 39% des dépenses de soins dentaires, elle en finance en 2015 pas moins de 40,3% [3].

Si l'on compare cette part de financement par l'AMC selon les différents types de dépenses, les dépenses de soins optiques arrivent en premier, avec une large part de 71,8% des dépenses financées par l'AMC. Les dépenses dentaires se voient attribuer la deuxième place du classement de la plus importante part de financement par l'AMC, loin devant les autres.

Historiquement, l'AMO était le premier financeur des dépenses de soins dentaires. L'UNCAM (Union Nationale des Caisses d'Assurances Maladies) négociait avec les syndicats représentatifs de chirurgiens-dentistes.

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a permis à l'UNOCAM (Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie) d'examiner avec l'UNCAM les programmes annuels de négociations avec les professionnels de santé. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 impose à l'UNCAM d'inviter l'UNOCAM durant les négociations conventionnelles [14].

En tant que premier financeur des prothèses dentaires, l'UNOCAM compte un représentant avec voix délibérative au sein de la section sociale (qui regroupe assurances maladie obligatoire et complémentaire) de la Commission Paritaire Nationale des Chirurgiens-Dentistes.[15]

L'article L. 162-14-3 du code de la sécurité sociale impose que lorsque la négociation conventionnelle concerne des professions pour lesquelles le financement de l'assurance maladie obligatoire est minoritaire, la Ministre doit respecter un délai de six mois avant de pouvoir approuver un texte conventionnel avec lequel l'UNOCAM serait en désaccord<sup>5</sup>.

La sécurité sociale est en partie organisée via des organismes indépendants de droit privé (CPAM, régimes spéciaux...) ayant délégation de service public. Les organismes complémentaires, quant à eux, relèvent tous de structure privée, souvent à but lucratif, que les contrats soient collectifs ou individuels.

Aujourd'hui, nous pouvons donc nous poser la question des conséquences que peuvent avoir un tel tournant dans notre système de santé.

---

<sup>5</sup> : dans le PLFSS 2017 en cours de débats parlementaires, l'amendement 934 supprimerait le délais en cas de désaccord de l'UNOCAM et passerait par un arbitrage dans le mois suivant le 1er février 2017

## 2. Les fondements de la Sécurité Sociale

La Déclaration des Droits de l'Homme fonde le concept de solidarité sociale, mais ce dernier ne commencera à être appliqué qu'à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, en Allemagne :

« la protection sociale désigne tous les mécanismes de prévoyance collective, permettant aux individus de faire face aux conséquences financières des risques sociaux » [16].

Plusieurs mécanismes découlent de cette définition de protection sociale, à savoir les prestations de services sociaux (services à tarifs réduits ou gratuits), et les prestations sociales : celles-ci sont directement versées aux ménages, par exemple sous forme de remboursements comme dans le cas des soins de santé.

Ces prestations sociales peuvent répondre à la logique :

- d'assistance, c'est à dire une solidarité entre les individus pour lutter contre la pauvreté (sans cotisation préalable, mais sous condition de ressources),

l'objectif de cette prestation n'est donc pas de prémunir contre un risque en particulier, mais d'assurer un revenu minimum sous certaines conditions. Par exemple, le Revenu de Solidarité Active (RSA).

- de protection universelle (prestations égales pour tous sans conditions),
- d'assurance sociale, qui a pour objectif de prémunir contre un risque de pertes de revenus (maladie, travail, chômage...).

En d'autres termes, tous les risques qui seraient susceptibles d'empêcher le cotisant de travailler et, de fait, de diminuer les ressources. Celle-ci sont financées par des cotisations, pour les cotisants.

Les émergences successives de deux modèles, le système Bismarkien en Allemagne (1880) et le système Beveridgien au Royaume-Uni (1942), vont inspirer le système de santé que nous connaissons en France: la sécurité sociale, en 1945.

Nous étudierons ces deux systèmes et leurs évolutions ainsi que le système d'assurance maladie américain pour terminer par l'étude de la Sécurité sociale française.

### 2.1. Le système BISMARCK

[17,18,19]

Mis en œuvre à partir de 1883 en Allemagne par le chancelier allemand Otto von BISMARCK (1815-1898), ce système est le premier à mettre en place un système complet de protection sociale couvrant les risques maladies, accidents du travail, vieillesse et invalidité.

L'assurance sociale concerne les travailleurs et est obligatoire. Elle est financée par des cotisations partagées entre les salariés et les employeurs, et gérées par les partenaires

sociaux (entreprises, salariés). Cette gestion est dite « paritaire ».

De plus, les cotisations ne sont pas proportionnelles aux risques, mais au salaire. Nous pouvons donc parler ici de « socialisation du risque ». Les prestations sont versées aux travailleurs qui se sont assurés contre un tel risque.

Cette couverture sera élargie à l'ensemble de la population allemande au sortir de la 2ème guerre mondiale.

## **2.2. Le système BEVERIDGE [17,18,19]**

Lord William BEVERIDGE (1879-1963), économiste et homme politique britannique, développe la théorie du « *welfare state* » - en français l'Etat Providence [20] - dans son rapport parlementaire de 1942 « *Report to the Parliament on Social Insurance and Allied Services* ».

Ce système se fonde principalement sur trois principes :

- l'universalité de la protection sociale par la couverture de toute la population et de tous les risques : tous les citoyens sont protégés, quelque soit leur situation professionnelle,
- l'uniformité des prestations : fondée sur les besoins des individus, et non pas sur leur pertes de revenus en cas de survenue d'un risque. Les prestations sont les mêmes pour tous,
- la gestion par l'Etat, et le financement par l'impôt.

Dans ce système, on peut noter une omnipotence de l'Etat qui va jusqu'à diriger les établissements de santé qu'il met à la disposition de la population : « la nationalisation de tous les établissements de santé, la création du *National Health Service* (NHS), dont le financement est assuré par l'impôt et qui offre des soins gratuits à toute la population. » [18].

Le système a évolué, notamment pour la médecine de ville. Celle-ci s'est rassemblée en un syndicat unitaire qui gère les relations avec l'Etat. Cette négociation est importante puisqu'elle détermine la politique nationale de revenus des médecins de ville.

Il est à noter également que ce système a été mis en application au Danemark, en Suède, et en Finlande. Une des principales différences cependant réside en une structure décentralisée par rapport à l'omnipotence du gouvernement britannique [21]. Le financement est géré par les municipalités - ou comtés - des pays nordiques, qui lèvent des impôts locaux couvrant les dépenses de santé locales. Les municipalités gèrent également l'organisation et la fourniture des soins.

L'Etat « central » joue tout de même un rôle important, à travers la définition de la politique de santé publique nationale comprenant les objectifs de santé, les priorités, les autorisations de mise sur le marché des médicaments...

### 2.3. Le système américain [22]

Le système américain, par opposition aux deux précédents, est plus individualiste. Les professionnels de santé n'ont pas de réelles contraintes. La qualité des soins, grâce à une généreuse culture de la recherche dans le domaine médical, est globalement excellente et les innovations nombreuses.

Ce système a été mis en place grâce au *Social Security Act* (« Loi sur la Sécurité Sociale »). Cette loi a été prise à travers le plan de relance du *New Deal*, lancé par le président américain Franklin Delano Roosevelt de 1933 à 1938.

Le système américain est fondé sur les principes de leur Constitution (peu modifiée depuis 1787). Les principaux en sont : la liberté (d'entreprendre notamment), le travail (la volonté d'améliorer son sort), la responsabilité (celle de chacun de trouver un emploi, de préparer sa retraite ainsi que des conséquences de la maladie).

En conséquence, il se compose d'une part d'une assurance maladie privée liée à l'emploi et d'autre part d'une assurance maladie publique pour les retraités et les indigents.

L'assurance maladie privée concerne presque 75% de la population américaine, et ne concerne que les travailleurs cotisants. Les cotisations ne sont pas fondées sur le salaire (comme en Europe) mais sur des primes versées par les entreprises et/ou les salariés. Elles sont totalement indépendantes du niveau de salaire mais fonction des risques individuels du souscripteur.

Dans une entreprise participant au financement, l'assurance est gérée entre les salariés, les syndicats et les employeurs. Si le salarié préfère contracter une assurance privée plutôt que celle proposée par son employeur, il en a le droit. Il gère son assurance avec l'organisme indépendant choisi.

Dans tous les cas, la souscription d'une assurance donne droit à des avantages fiscaux (pour les employeurs, déductibilités des primes versées de l'impôt sur les sociétés et pour les salariés, déductibilité des cotisations de l'impôt sur le revenu).

Dans ce système s'assurer est un acte libre et volontaire. Il n'y a aucune obligation. Il existe donc de nombreuses formes d'assurance : de l'assurance maladie et parcours de soin gérés entièrement par les entreprises qui possèdent jusqu'à leurs propres centres de santé aux organismes indépendants ayant développé des réseaux de soin comprenant des centres de santé et fonctionnant avec des médecins salariés (*Health Maintenance Organization*).

L'assurance maladie publique se décompose en 2 programmes nationaux nommés *medicare* et *medicaid*.

Le programme *medicare* est destiné aux retraités, aux personnes en situation de handicap ou atteint de certaines maladies, et aux invalides. Le programme est financé d'une part par un prélèvement sur les cotisations des assurances santé privées versées par les employeurs et les salariés et d'autre part par l'impôt via un financement fédéral. Les

fonds sont gérés par le *Center for Medicare & Medicaid services* (CMS). *Medicare* est obligatoire et donne droit à un panier de soin à ne pas dépasser.

Le second programme public, *medicaid*, a pour but d'offrir une couverture maladie aux personnes dont les revenus sont inférieur au seuil de pauvreté. Il est financé par l'Etat Fédéral ainsi que les états fédérés et est également géré par le CMS..

Une partie de la population américaine n'est pas couverte en assurance santé soit par manque de moyens, soit par choix.

En 2011, sur une population de 300 millions d'habitants, les Etats-Unis présentaient : 200 millions d'habitants avaient une assurance privée (avec une couverture très variable), 52 millions bénéficiaient des programmes *medicare* et *medicaid*, et il n'y avait pas moins de 48 millions d'habitants sans couverture maladie, soit 16% de la population.

La proportion de non-assurés est tombée de 20,3 % au premier trimestre 2013 à 13,2% de la population au premier trimestre 2015 depuis l'entrée en vigueur d'une obligation de souscrire à une assurance santé, sous peine d'amende, contenue dans la loi de réforme du système de santé lancée par BARACK Obama, dite « *Obamacare* » [23].

## **2.4. Le système de santé français**

En France, le système de santé se caractérise par un mélange original entre ces différents systèmes.

Dès sa création, une distinction fondamentale a été établie entre trois types de soins : les soins de prévention dite « primaire », généralement baptisés « prévention », les soins d'entretien courant, dits « petits risques », et les soins essentiels, ou « gros risques » [24].

La prévention concerne ce qui précède tout problème de santé et n'est pas pris en charge par la collectivité, elle reste du domaine de la responsabilité individuelle.

Les soins courants (de ville essentiellement), ont toujours été partiellement pris en charge par le régime obligatoire. L'assuré doit régler une partie des frais dans un objectif de le responsabiliser dans l'entretien de sa santé.

Ce cadre, à lui seul, justifie la création de complémentaires santé, afin d'assurer ce reste à charge.

Les soins essentiels, concernant les gros risques, comme les affections longues durées ou les chirurgies lourdes, sont pris en charge par la collectivité.

Le système de santé français est composé d'un régime obligatoire, la sécurité sociale, et de régimes complémentaires, gérés par les organismes complémentaires (mutuelles, assurances, instituts de prévoyance...), d'aides sociales et d'actions sociales.

Il est important de comprendre le contexte et la logique dans lesquels ce système s'est mis en place afin d'analyser son état actuel.

### **2.4.1. Historique de la sécurité sociale en France**

Les premières formes de gestion du risque et de protection des plus démunis se basaient sur la charité et l'assistance dans le cadre du travail et de la famille (« solidarité familiale ») [19]. Avant le XIX<sup>ème</sup> siècle, les artisans logeaient et nourrissaient leurs serviteurs, travailleurs, et ouvriers. Les parents comptaient sur leurs enfants pour subvenir à leurs besoins lorsqu'ils ne pouvaient plus travailler.

Une partie était également confiée à l'Eglise, sous formes d'hospices notamment, et à la bourgeoisie sous forme de charité.

Jusqu'à la fin de l'Ancien Régime, certaines branches professionnelles, rassemblées en corporations, commençaient à mutualiser des moyens pour couvrir des risques maladies.

Au cours du XIX<sup>ème</sup> siècle, les sociétés de secours mutuel succèdent à ces anciennes corporations. Elles se développent surtout dans le monde ouvrier.

Jusqu'en 1945, une succession de lois fait avancer pas à pas la protection sociale en France, en intégrant les risques maladies, maternité, invalidité, vieillesse, décès, puis des allocations chômage et familiales. Le système est encore incomplet, et peu étendu. Ces avancées se forment dans un contexte de lutte et de tensions.

La sécurité sociale naît en 1945 avec l'ordonnance du 4 octobre, puis du 19 octobre relative à l'organisation de la Sécurité sociale. Les fondateurs s'inspirent du système BISMARCK et du rapport BEVERIDGE de 1942 pour répondre à trois principes fondateurs [19,25] :

- unité de la sécurité sociale,
- généralisation quant aux personnes,
- extension des risques couverts.

Les caisses de Sécurité Sociale sont gérées par les partenaires sociaux. Le financement est assuré par des cotisations versées par les employeurs et les salariés. Le système d'assurance sociale est refondé, et le rôle complémentaire des mutuelles est reconnu. Il comprend un régime général regroupant tous les actifs, et le maintien des régimes spéciaux préexistants.

La loi du 22 mai 1946 généralise la Sécurité sociale à toute la population, à l'exception des travailleurs non-salariés non agricoles qui s'y opposent.

La loi du 22 août 1946 étend les allocations familiales à presque toute la population. Celle du 30 octobre 1946 intègre la réparation des accidents du travail à la Sécurité sociale. De même que le système assurantiel créé par Bismarck dans les années 1880 avait résulté d'une lutte politique acharnée entre le Chancelier, le Parlement et les partis politiques, la Sécurité Sociale française résulte au moins autant d'un dosage politique entre les forces en présence dans le Conseil National de la Résistance (des communistes aux gaullistes) et des corporations de l'époque que d'une vision politique en

matière sociale. Elle n'en a pas moins été une étape clé dans l'histoire sociale de notre pays.

Le préambule de la Constitution de la IV<sup>e</sup> République du 27 octobre 1946 reconnaît le droit de tous à la « protection de la santé, à la sécurité matérielle, au repos et aux loisirs... ».

Les lois du 21 janvier 1961 et du 12 juillet 1966 mettent en place respectivement le régime autonome d'assurance maladie-maternité-invalidité obligatoire des exploitants agricoles et celui des non-salariés non agricoles (professions indépendantes).

Les ordonnances Jeanneney du 21 août 1967 assurent la séparation financière des risques dans 3 branches distinctes – santé, vieillesse, famille – grâce à la création de trois caisses nationales, la Caisse Nationale d'Assurance-Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés (CNAVTS), et la Caisse Nationale des Allocations Familiales (CNAF). La gestion de la trésorerie des trois branches étant confiée à l'Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale (ACOSS).

Deux grandes étapes notent le tournant d'un système fondé principalement sur les cotisations relatives au travail vers un vrai système de financement mixte :

- la loi du 29 décembre 1990 crée la Contribution Sociale Généralisée (CSG) dont le prélèvement est assis sur tous les revenus du capital et du travail.
- l'ordonnance du 24 janvier 1996 crée la Contribution au Remboursement de la Dette Sociale (CRDS) dont le produit est destiné à la Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale (CADES) qui gère la gestion des déficits des régimes de Sécurité sociale.

La sécurité sociale est dès lors financée par les cotisations des employeurs, des salariés, et par ces impôts.

Ce nouveau mode de financement, par la création de la CSG et de la CRDS, instaure une première forme d'interventionnisme de l'Etat dans le système de santé français.

La loi du 22 février 1996 réforme la constitution de la V<sup>e</sup> République et instaure une nouvelle catégorie de loi, celle de financement de la Sécurité Sociale (LFSS) afin d'associer la représentation nationale à la détermination de l'équilibre financier de la Sécurité sociale.

La loi organique du 22 juillet 1996 en précisera le contenu : prévision des recettes, des objectifs de dépenses par branche et de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance-Maladie (ONDAM). La carte vitale et la télétransmission des feuilles de soins sont mises en place en 1997.

La loi du 28 juillet 1999 instaure la Couverture Maladie Universelle (CMU), soit la

protection sur le seul critère de la résidence et la couverture complémentaire pour les plus démunis, et non plus pour les travailleurs ou affiliés.

La loi du 13 août 2004 détermine principalement le parcours de soins coordonnés (médecin traitant), le dossier médical personnel, l'Aide aux Complémentaires Santé (ACS), franchises et le forfait d'un euro (participation forfaitaire obligatoire de 1 € sur les consultations, franchises de 0,50 € sur les médicaments et actes paramédicaux, franchise de 2 € sur les transports, franchise de 8 € sur les consultations spécialistes).

A partir de 1996, nous pouvons noter que les réformes s'enchaînent rapidement et l'Etat reprend en main la Sécurité Sociale.

## **2.4.2. La Sécurité Sociale et ses institutions**

La sécurité sociale est un ensemble d'institutions qui ont pour fonction de gérer la protection des individus des conséquences de risques sociaux.

### **2.4.2.1. Les branches ou missions de la sécurité sociale**

Elle se compose de quatre branches, correspondant à des types de risques et donc des missions [15] :

- la branche maladie (maladie, maternité, invalidité, décès),
- la branche famille (dont handicap et logement...),
- la branche accidents du travail et maladies professionnelles,
- la branche retraite (vieillesse et veuvage).

### **2.4.2.2. Les régimes de la Sécurité sociale**

L'Assurance Maladie comporte 3 régimes principaux qui sont :

- Le régime général
- Le régime agricole : il concerne les exploitants et salariés agricoles, et est géré par la caisse centrale de la Mutualité Agricole.
- Le Régime Social des Indépendants (RSI) : il couvre les artisans, commerçants, industriels et professions libérales.

S'ajoutent plusieurs régimes spéciaux, comprenant par exemple : le régime des fonctionnaires et des militaires de l'État, régime des collectivités locales, régimes spéciaux d'entreprise et assimilés, régime des marins, régime des Français à l'étranger, régime des étudiants, régime spécifique des assemblées, ainsi que celui des chirurgiens-dentistes (régime des Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventonnés) [26,27].

### 2.4.2.3. Les institutions de la sécurité sociale

D'un point de vue institutionnel, la sécurité sociale se compose [27] :

- des caisses de Sécurité Sociale, appartenant à divers régimes (régime général, régime agricole, régime des indépendants, régimes spéciaux). Elles assurent l'assistance financière pour les différents risques (maladie, famille, retraite, accidents du travail/maladies professionnelles). Depuis l'arrêt du Conseil d'Etat, les organismes de Sécurité sociale ont le statut d'organismes de droit privé chargés d'une mission de service public ;
- des organismes de tutelle. L'État exerce un droit de regard sur la gestion des organismes de Sécurité sociale. La Direction de la Sécurité Sociale (DSS) assure cette tutelle. Elle est rattachée au ministère des Affaires sociales et de la Santé et au ministère de l'Économie, des Finances. Elle conçoit les politiques relatives à la Sécurité sociale, et assure leur mise en œuvre. Sa mission générale est d'assurer l'adéquation des prestations de Sécurité sociale avec les besoins de la population, tout en veillant à l'équilibre financier des ressources. Elle pilote le projet de loi de financement de la Sécurité sociale, qui fixe chaque année un objectif de dépense. Elle prépare et suit les Conventions d'Objectifs et de Gestion (COG), qui déterminent des objectifs à chaque branche ou régime de Sécurité sociale.

La Direction de la Sécurité sociale (DSS) s'appuie sur plusieurs institutions partenaires, notamment :

- la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale (CCSS) , dont la mission est d'analyser, chaque année, les comptes de la Sécurité sociale,
- la Mission d'Evaluation et de Contrôle de la Sécurité Sociale (MECSS) , qui joue un rôle important dans l'évaluation et le contrôle des dépenses des organismes en matière budgétaire ou de prestations puisque la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) fixe un objectif de dépense pour chaque exercice budgétaire,
- le COMité d'Alerte sur l'évolution des dépenses d'Assurance Maladie (COMAM),
- le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM),
- le Comité National de Lutte contre les Fraudes (CNLF),
- le Conseil d'Orientation des Retraites (COR),
- le Haut Conseil de la Famille (HCF),
- le Haut Conseil de Financement de la Protection Sociale (HCFi-PS).

#### **2.4.2.4. L'UNCAM**

Créée par la loi de réforme de l'Assurance Maladie en août 2004, l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie [28] est une instance qui regroupe les trois principaux régimes d'assurance maladie : le régime général, le régime agricole (MSA) et le Régime Social des Indépendants (RSI).

Elle s'occupe de la politique conventionnelle de la sécurité sociale, gère les prestations admises au remboursement, et fixe le taux de prise en charge des soins.

C'est une des trois parties négociantes et signataires de la convention nationale des chirurgiens-dentistes avec les syndicats représentatifs de chirurgiens-dentistes et l'UNOCAM (Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie).

### **2.4.3. Le système de santé français, un mélange réussi ?**

#### **2.4.3.1. Entre le système BEVERIDGE et BISMARCK**

Un des fondateurs de la sécurité sociale telle que nous la connaissons, Pierre Laroque, membre du Conseil National de la Résistance, va jouer un rôle déterminant dans la rédaction des textes.

Il s'inspire du rapport BEVERIDGE de 1942 pour créer un nouveau système censé être basé sur trois principes : unité de la sécurité sociale, généralisation quant aux personnes, extension des risques couverts.

Cependant, le contexte économique et politique ne permet pas d'atteindre ces objectifs en l'état [29]. Les multiples caisses autonomes ne permettent pas d'atteindre l'unité. La généralisation est encore en cours à l'heure actuelle. Elle repose cependant sur une logique statutaire professionnelle basée sur les cotisations sociales, et pour les autres « hors emploi » censés être marginaux, sur une logique assistancielle, basée sur l'impôt. La condition n'est pas la citoyenneté mais un seuil de revenu. L'extension des risques est également toujours en cours.

Le modèle de l'époque est donc modifié et l'on se rapproche du système BISMARCK [29]. En effet, malgré les prélèvements par l'impôt pour financer les prestations de solidarité, les cotisations sociales sur le revenu du travail restent majoritaires.

L'Assurance Maladie en France repose donc sur trois piliers principaux [30] :

- l'égalité d'accès aux soins : elle doit être garantie à tous les citoyens, quel que soit leur lieu de résidence sur le territoire national et quels que soient leurs revenus ; elle suppose l'existence d'un système d'assurance maladie public et universel,
- la qualité des soins : les soins délivrés par les professionnels de santé sont d'ores et déjà de très bon niveau, mais la culture de la qualité doit être résolument développée dans le domaine de la santé,

- la solidarité : chacun doit contribuer à l'Assurance Maladie selon ses moyens et recevoir en fonction de ses besoins.

Les régimes de sécurité sociale, autonomes, sont gérés par les partenaires sociaux, et non par l'Etat<sup>6</sup>.

#### **2.4.3.2. Le système de santé français, un système exemplaire ?**

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé dans son rapport du 21 mai 2000 « Rapport sur la Santé dans le Monde 2000 - Pour un système de santé plus performant », la France fournit les meilleurs soins de santé généraux parmi 191 Etats Membres [31], et est défini comme ayant le meilleur système de santé au monde.

Durant ses deux mandats de président des Etats-Unis (2008-2012), Barack Obama, pour améliorer le système de santé américain, s'est d'ailleurs inspiré du système français de cette époque dans son fameux projet de loi, surnommée « *Obamacare* » [22].

Depuis, de nombreuses réformes ont modifié notre système de santé. Qu'en est-il aujourd'hui ? Sommes-nous toujours un exemple ?

L'OMS nous place aujourd'hui à la 24<sup>ème</sup> place [32].

Selon une étude parue le 21 septembre 2016 dans la revue médicale britannique *The lancet*, la France arrive 24<sup>ème</sup> dans le classement mondial de la santé, sur 188 pays [33].

Selon l'OCDE dans son étude « panorama de la santé 2015 », la France occupe la 3<sup>ème</sup> place en terme d'espérance de vie pour les femmes (82,3 ans pour 80,5 ans en moyenne dans l'OCDE), elle n'occupe que la 15<sup>ème</sup> pour les hommes[34]. Les dépenses de santé directement à la charge des français sont parmi les plus faibles de l'OCDE (tout comme les revenus des professionnels de santé et l'accès aux soins est globalement bon. La France reste un mauvais investisseur dans la prévention contre le tabagisme, l'alcoolisme, ainsi que les pathologies longues durées.

Selon le baromètre d'opinion de la DREES publié en février 2016 à propos du système de santé, une large part des français estime qu'il y a eu une hausse des inégalités, de la pauvreté et de l'exclusion ces dernières années. Si huit français sur dix jugent que leur situation personnelle est bonne, 40% pensent qu'elle est plus difficile que celle de leurs parents. Près de 75% des français se disent en bonne santé et sont globalement satisfait de la qualité des soins fournis par les différents acteurs du système de santé [35].

---

6 : pour une vue globale du système de santé français et de ses acteurs, se référer à l'annexe 1

## **2.4.4. Les évolutions récentes**

### **2.4.4.1. Le parcours de soins coordonnés**

Le parcours de soins coordonnés [36] est mis en place par la loi du 13 août 2004, relative à l'Assurance Maladie afin d'améliorer l'offre de soin et de limiter les abus et les dépenses. Il est renforcé dans la loi HPST du 21 juillet 2009 et la loi Touraine du 26 janvier 2016.

Le parcours de soins coordonnés est organisé en plaçant un médecin référent, dit « médecin traitant » à partir de l'âge de 16 ans afin d'orienter le patient et diminuer dans le même temps les consultations chez les spécialistes. Il a pour mission de soigner le patient et de le suivre en centralisant toutes les informations dans le dossier médical personnel. Il a également un rôle dans la prévention personnalisée.

Cette mesure promet donc une meilleure prise en charge, a contrario une diminution des remboursements de l' Assurance Maladie lorsque le patient ne respecte pas ce parcours de soin.

Le recours au chirurgien-dentiste n'est pas tributaire de ce parcours de soins coordonnés.

### **2.4.4.2. La loi HPST (Hopital-Patient-Santé et Territoire)**

La loi du 21 juillet 2009 traitant l'accès de tous à des soins de qualité et modifiant la gouvernance au sein de la santé crée plusieurs nouveautés [37] :

- la sanction du refus de soins : l'article 54 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a introduit dans le Code de la santé publique la possibilité de sanctionner le refus de soins. En effet, un patient victime de refus de soins illégitime peut saisir la caisse d' Assurance Maladie concernée ou le président du conseil territorial de l'Ordre professionnel concerné. Si la conciliation n'aboutit pas, le directeur de la caisse peut décider de sanctions à l'encontre du professionnel [38]. La loi devait également contenir la reconnaissance juridique des « *testing* » mais l'amendement concerné a été rejeté,
- les Agences Régionales de Santé (ARS) qui organisent l'accès aux soins de premier recours et la prise en charge continue des malades [37], notamment par les maisons de santé.

L'accès aux soins de premier recours s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité.

Les ARS sont des établissements public de l'Etat à caractère administratif sous la tutelle du ministère de la santé,

- les soins de premier recours sont définis comme suit :
  - la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients,
  - la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique,
  - l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social,
  - l'éducation pour la santé ;
- le rôle du médecin traitant est renforcé ainsi que le parcours de soins coordonnés (plusieurs mesures d'incitation),
- la création des maisons de santé pluri-professionnelle, dotées par les ARS, les communes, et par des Fonds d'Investissement pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS),
- la création du Contrat d'Engagement de Service Public (CESP), une mesure incitative pour améliorer la démographie médicale, qui a, depuis, été étendu aux étudiants en chirurgie dentaire,
- la création des Unions Régionales des Professionnel de Santé (URPS).

Chaque ARS dispose d'une Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA) rassemblant l'ensemble des acteurs du système de santé. Elle a pour vocation, dans une démarche de dialogue et de concertation, de mettre en œuvre les politiques de santé sur le territoire concernés et d'accentuer la participation des acteurs du système de santé, y compris les usagers, par l'information et le débat. La notion de démocratie sanitaire est posée [39].

#### **2.4.4.3. La loi FOURCADE**

L'article 13 de la loi FOURCADE du 10 août 2011 [40], modifiant la loi HPST, intègre le nouveau devis des Dispositifs Médicaux Sur Mesure (DMSM). Il oblige tous les professionnels de santé à informer de manière plus complète les patients à propos des honoraires totaux de l'acte, de ses modalités de remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire (et le tarif de responsabilité concerné), le prix de vente du dispositif. L'information écrite comprend également les documents concernant la traçabilité du dispositif et l'origine de fabrication.

La notion de prix de vente d'un DMSM crée le débat dans le monde de la santé. D'une part car il ne s'agit pas d'une simple vente, mais d'un dispositif réalisé sur mesure, pour un patient donné, dans le cadre d'un plan de traitement global non reproductible, et d'autre part car le prix de réalisation du dispositif ne correspond pas au coût global supporté par le professionnel de santé. En effet, il ne comprend pas le coût horaire engendré par la réalisation du dispositif, ni de la réalisation du plan de traitement et de sa prescription. Une piste serait de réaliser d'emblée un devis comprenant tous les soins à effectuer conjointement aux soins prothétiques.

La loi FOURCADE renforce également la liberté des ARS, mais prévoit un rapport à présenter chaque année contenant le bilan quantitatif et qualitatif des établissements de santé. Elle précise également le statut des maisons de santé pluri-professionnelles.

Le parcours législatif de cette loi est décisif dans l'histoire des réseaux de soins. En effet, les premières propositions de loi par l'Assemblée Nationale et le Sénat contenait les articles 22 et 22 bis. L'Assemblée Nationale les adopte le 7 juillet 2011.

#### Article 22

L'article L. 112-1 du code de la mutualité est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les mutuelles ou unions peuvent toutefois instaurer des différences dans le niveau des prestations lorsque l'assuré choisit de recourir à un professionnel de santé, un établissement de santé ou un service de santé membre d'un réseau de soins ou avec lequel les mutuelles, unions ou fédérations ont conclu un contrat comportant des obligations en matière d'offre de soins. »

#### Article 22 bis

Tout réseau de soins constitué par un organisme d'assurance maladie complémentaire à compter de la date de promulgation de la présente loi doit être ouvert à tout professionnel en faisant la demande, à condition qu'il respecte les conditions fixées par le gestionnaire du réseau dans des conditions fixées par décret.

Un décret fixe les règles de tout conventionnement souscrit après son entrée en vigueur entre les professionnels de santé, les établissements de santé ou les services de santé et une mutuelle, une entreprise régie par le code des assurances, une institution de prévoyance ou leur gestionnaire de réseaux.

L'Autorité de la concurrence remet tous les trois ans aux commissions permanentes chargées des affaires sociales du Parlement un rapport relatif aux réseaux de soins agréés.

*Figure 5: proposition de loi le 7 juillet 2011 relative à la loi FOURCADE [41]*

L'article 22 autorise les remboursements différenciés pour les mutuelles au sein de leur réseau, et l'article 22 bis autorisait les réseaux de soins ouverts, dont les règles sont fixées par décret, et dont l'Autorité de la concurrence doit faire un rapport tous les trois ans.

Le Sénat, pour sa part et après de nombreux débats, supprime l'article 22 bis, reprend les dispositions de l'article 22 bis de l'Assemblée Nationale dans son nouvel article 22, et y ajoute un nouvel alinéa :

Il (nouveau). - À titre expérimental, pour une durée de trois ans à compter de la promulgation de la présente loi, les mutuelles ou unions peuvent instaurer, par dérogation au dernier alinéa de l'article L. 112-1 du code de la mutualité, des différences dans le niveau des prestations lorsque l'adhérent choisit de recourir à un professionnel de santé membre d'un réseau de soins ou avec lequel les mutuelles, unions ou fédérations ont conclu un contrat comportant des obligations en matière d'offre de soins.

*Figure 6: nouvel alinéa dans l'article 22 de la proposition de loi FOURCADE [42]*

Ce nouvel alinéa inséré reprend l'autorisation des remboursements différenciés, mais attribue à cette disposition un rôle d'expérimentation censé durer 3 ans.

L'Assemblée Nationale vote le texte prenant en compte l'article 22 ainsi rédigé, mais sous l'article 54 de la loi, le 13 juillet 2011 [43] . Une saisine par au moins soixante députés est entreprise le 21 juillet 2011. Enfin, le Conseil Constitutionnel, dans sa décision du 4 août 2011[44] , juge anticonstitutionnel l'article 54.

La Mutualité française s'estime victime d'une discrimination, et son président Etienne Caniard n'exclut pas de porter le dossier devant la Justice européenne pour atteinte à la liberté de contractualiser [45].

#### **2.4.4.4. La loi de modernisation de notre système de santé dite « Loi Touraine »**

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a été rédigée en prenant appui sur la Stratégie Nationale de Santé lancée en 2013 par la Ministre des affaires sociales et de la santé Marisol TOURAINE. Elle repose notamment sur la réflexion portée par l'organisation de débats régionaux par les Agences Régionales de Santé, entre les acteurs du système de santé, donc dans le cadre d'une démocratie sanitaire.

L'Etat prend la responsabilité de la politique de santé en modifiant l'article L1411-1 du Code de la Santé Publique « La Nation définit sa politique de santé afin de garantir le droit à la protection de la santé de chacun La politique de santé relève de la responsabilité de l'Etat ».

Elle crée une union nationale agréée d'usagers du système de santé [46], composée d'associations régionales, représentant les usagers auprès des pouvoirs publics.

Le deuxième titre vise à renforcer le parcours de soin et l'accès aux soins.

L'article 83 de la loi Touraine évoque le tiers-payant. Celui-ci devait être généralisé et obligatoire sur la totalité des remboursements par l'AMO et l'AMC, mais le conseil constitutionnel a censuré la partie concernant l'assurance complémentaire[47] . En effet, « le législateur a méconnu l'étendue de sa compétence », cette mesure a été jugée anticonstitutionnelle et a été restreinte à l'AMO.

En 2017, le tiers-payant deviendra donc un droit pour tous sur la part de l'AMO.

Aucune sanction n'est prévue pour les professionnels de santé ne le pratiquant pas. Des pénalités payées par l'Assurance Maladie en faveur des professionnels de santé en cas de non-respect des délais de paiement sont fixées [48]. Les modalités de pénalités et de leurs versements aux professionnels de santé seront établies par décret<sup>7</sup>.

Selon une enquête réalisée dans le cadre de la thèse d'Adeline Liquière soutenue le 14 juin

---

7 : l'Assurance-maladie devra payer un euro de pénalité aux médecins pratiquant le tiers payant si elle met plus de sept jours ouvrés à les régler, et 10 % pour chaque facture payée à compter du dixième jour ouvré.

2016 à Toulouse<sup>8</sup> [49], la grande majorité des médecins estime avoir déjà un manque à gagner principalement dû aux rejets des feuilles de soins, souvent pour des motifs qui tiennent du circuit du patient. L'étude indique également que la majorité des médecins dénoncent le caractère chronophage du dispositif, qui se traduit par des démarches administratives lourdes pour obtenir les paiements. Il en est de même pour le monde dentaire, ces démarches sont à multiplier par le nombre d'organismes complémentaires existants. Sur le plan juridique (jurisprudence en cours), le fait d'utiliser un moyen électronique qui entraîne une perte pour un tiers, même si on ne cherche pas à le frauder, est de l'escroquerie [50].

Le dossier concernant les refus de soin est repris également par l'article 84 de la loi Touraine, avec la mise en place d'un observatoire auprès de chaque ordre professionnel, chargé de tester les situations ; les modalités en seront établies par décret.

L'article 86 de la loi traite de nouveaux tarifs pour les bénéficiaires de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS), à savoir des honoraires encadrés pour les tarifs d'optique, les soins prothétiques dentaires et orthodontiques.

Des mesures sont prises concernant les personnes en situation de handicap, souvent démunies face au coût de leur santé. Cette population touche des aides, mais celles-ci sont trop élevées pour qu'elle puisse bénéficier de la CMU-C. Cela pose problème, notamment en terme d'avance de frais des tuteurs et curateurs. La loi Touraine tend pallier ce manque par la Prestation Compensatoire du Handicap (PCH), un mécanisme de tiers payant, évoqué dans l'article 93 [48].

Dans le troisième titre qui annonce l'innovation et les métiers de demain, l'article 120 reconnaît le statut d'assistant dentaire et l'inscrit dans le code de la santé publique [51] : ils sont reconnus comme profession para-médicale.

La loi prévoit dans le cadre de la lutte contre le tabagisme l'élargissement de la prescription des substituts nicotiques aux médecins du travail, infirmiers, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, masseurs kinésithérapeutes.

Sont également prévus : un renforcement du rôle des ARS, la possibilité d'action de groupe dans le domaine de la santé par les usagers, le droit à l'oubli, la création d'un institut national des données de santé avec un open data. Les données « identifiantes » ne seraient accessible que sous conditions.

#### **2.4.4.5. Le Contrat d'Accès aux Soins (CAS)**

Le Contrat d'Accès aux Soins a été mis en place par l'avenant n° 8 à la convention médicale publié au Journal officiel du 6 décembre 2012.

Ce contrat, optionnel, vise à améliorer l'accès aux soins de la population en empêchant l'expansion des dépassements d'honoraires des médecins et spécialistes, qu'ils soient en

---

<sup>8</sup> : « pratique du tiers-payant par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées, une enquête auprès de 181 médecins généralistes. »

secteur 1 ou secteur 2.

Les praticiens signataires s'engagent à ne pas augmenter leurs honoraires et à stabiliser leur taux moyen de dépassements d'honoraires en échange d'une meilleure prise en charge par l' Assurance Maladie pour leurs patients et d'un allègement de leurs cotisations sociales (plafond annuel à 4300 euros).

En termes de remboursements au patient, il s'agit concrètement d'augmenter le tarif de responsabilité pour les signataires (exemple : passage de la base de remboursement de 23 à 28 euros pour une consultation chez un spécialiste en secteur 2 signataire). La rémunération est également revalorisée, dans certains cas, par la mise en place de majorations spécifiques et de rémunérations forfaitaires par acte.

Concernant uniquement les médecins et spécialistes, le CAS semble intéresser l' Assurance Maladie dans le cadre des soins dentaires prothétiques et orthodontiques. En effet, dans son rapport du 2 juillet 2015 au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement [52], la proposition 9 sur l'accès aux soins dentaires « Explorer dans la négociation conventionnelle avec les chirurgiens-dentistes une option permettant une modération des tarifs des soins prothétiques » expose l'application du CAS dans les centres de santé ainsi qu'une possible extension optionnelle aux libéraux.

Le contrat dentaire promettrait une rémunération forfaitaire supplémentaire pour les signataires concernant les soins chirurgicaux et conservateurs et un meilleur remboursement pour les patients en échange d'une stagnation du taux moyen de dépassement et des honoraires des soins prothétiques et orthodontiques. Cette piste est explorée durant les négociations conventionnelles de 2016, en cours actuellement.

Les informations concernant l'adhésion ou non du chirurgien-dentiste à ce contrat, et donc s'il applique ce plafonnement de ses soins prothétiques et orthodontiques, seraient donc disponibles pour tout patient sur le site Améli.fr.

Chez les médecins et spécialistes, le CAS présente déjà des limites depuis sa mise en œuvre en 2013. Les principaux signataires n'avaient déjà recours qu'à de faibles dépassements [53], et les signataires qui n'en faisaient pas ou peu utilisent à présent les rémunérations forfaitaires supplémentaires. De plus, le CAS n'a pas récolté toutes les signatures prévues pour permettre la généralisation non optionnelle (1/3 des médecins éligibles, soit 7000 signataires pour 10 000 attendus). Une autre limite observée est que 25% des médecins signataires ne parviennent pas à respecter leurs engagements [53].

Devant ce chiffre et un plafonnement des honoraires, peut-on réellement penser que les cabinets médicaux pourront suivre l'innovation technologique et investir dans leurs cabinets ? Ou tout simplement continuer d'exister ?

<b>L'intérêt de l'assuré est de suivre le parcours d'accès aux soins</b>		
	<b>Cas n° 1</b>	<b>Cas n° 2</b>
Spécialiste	<b>Adhèrent au CAS*</b>	<b>Non adhérent au CAS*</b>
Prix de sa consultation	<b>50 €</b>	<b>50 €</b>
<b>AMO (assurance maladie obligatoire)</b>		
Base de remboursement	<b>28 €</b>	<b>23 €</b>
Taux de remboursement	<b>70 %</b>	<b>70 %</b>
Montant remboursé	<b>18,6 €</b> (19,6 € – 1 € de participation forfaitaire)	<b>15,1 €</b> (16,1 € – 1 € de participation forfaitaire)
<b>Complémentaire santé à hauteur de...</b>	<b>... 200 % de la BRSS**</b>	<b>... 125 % de la BRSS**</b>
Base maximale de remboursement	<b>28 € × 200 % = 56 €, plafonnés à 50 € (frais engagés)</b>	<b>23 € × 125 % = 28,75 €</b>
Montant remboursé	<b>50 € – 18,6 € (- 1 € de participation forfaitaire) = 30,4 €</b>	<b>28,75 € – 15,1 € (- 1 € de participation forfaitaire) = 12,65 €</b>
<b>Remboursement total perçu</b>	<b>18,6 € + 30,4 € = 49 €</b>	<b>15,1 € + 12,65 € = 27,75 €</b>
<b>Reste à charge</b>	<b>1 €</b>	<b>22,25 €</b>

\* CAS : contrat d'accès aux soins.  
\*\* BRSS : base de remboursement de la Sécurité sociale.

« LES ÉCHOS » / SOURCE : « LES ÉCHOS »

Figure 7: exemple de parcours d'assurés CAS et non CAS [53]

Le CAS a globalement diminué le coût de la consultation des spécialistes signataires de 2 euros, la différence n'est donc pas déterminante pour un meilleur accès aux soins.

Parallèlement, l'impact du CAS sur les financements par les organismes de complémentaires santé pourrait être étudié. Selon Frédéric Bizard [54], économiste, les efforts financiers liés au CAS sont supportés par l' Assurance Maladie et les professionnels de santé, mais la part financée par les organismes complémentaires, elle, diminue.

Si l'accès aux soins est limité par la part de compléments d'honoraires, le rôle des complémentaires, non régulé, est en cause [54]. En effet, celles-ci, censées rembourser un maximum de reste à charge, ne se concentrent que sur les faibles bases de remboursement de l'AMO et des tickets modérateurs, malgré des contrats toujours plus chers chaque année, et donc parallèlement moins efficaces.

La notion de remboursement différenciée est posée. On ne facture pas les mêmes honoraires à tous les patients (hors cadre CMU-C). Les patients sont orientés ou orientent leurs propres praticiens. Le CAS mis en place par la sécurité sociale, renforcé par la généralisation des contrats d'assurances complémentaires, devient alors le plus gros réseau de soins depuis la sécurité sociale en 1945.

### **3. Les complémentaires santé**

Les premières formes d'assurance complémentaire, les sociétés de secours mutuel, (loi du 15 juillet 1850), remplacent les système de corporations de l'Ancien Régime, abolies par la loi Le Chapelier de 1791.

L'adhésion à ces premières associations est volontaire[54]. D'abord limitées à quelques secteurs, elles évoluent, se multiplient, et s'étendent à toute la classe ouvrière en 1852 sous le Second Empire

Parallèlement, une nouvelle doctrine voit le jour, le « solidarisme », théorisé par Léon Bourgeois (député radical de gauche) par « un lien fraternel qui oblige tous les êtres humains les uns envers les autres, nous faisant devoir d'assister ceux de nos semblables qui sont dans l'infortune » [55].

En découle la loi du 1er avril 1898 qui aboutit à la Charte de la Mutualité. Cette charte libère totalement les mutuelles de la tutelle de l'Etat. Elle pose les principes fondateurs de la mutualité (solidarité, démocratie, liberté, responsabilité) et détermine sa vocation historique : favoriser l'accès de tous à des soins et des services de qualité.

Les mutuelles sont donc initialement des sociétés de personnes libres d'adhérer et d'agir ensemble de manière indépendante, dont les responsables sont élus par les adhérents [54].

En 1900, faisant suite à la loi Waldeck-Rousseau (21 mars 1884) et à la création des syndicats professionnels, les mutuelles sont exonérées des droits d'enregistrement si elles sont administrées gratuitement, ne font pas de bénéfices, et rentrent dans le cadre cette loi.

En 1902, les mutuelles sont réunies sous l'égide de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF). En 1914, elles ne couvrent que 10% de la population et l'adhésion est encore basée sur le volontariat.

Les lois du 5 et 30 avril 1928 et du 30 avril 1930 instaurent le premier système d'assurance sociale. La Mutualité, quelques milieux patronaux et les médecins, réticents, établissent alors en 1927, pour protéger leur exercice d'une perte de liberté professionnelle, la Charte des principes de la médecine libérale, qui inspirera les Codes de Déontologie actuels des professions libérales de santé [55].

L'assurance sociale permet l'arrivée de conventions négociées entre les caisses et les professions de santé pour fixer notamment les honoraires (tarif de responsabilité), le concept de ticket modérateur, les feuilles de soins et les reçus d'honoraires. Les centres de santé mutualistes apparaissent également. L'assurance sociale ne concernant que certains

types de travailleurs, la Mutualité évolue parallèlement en s'adaptant au besoin grandissant de couverture santé. [54].

La Mutuelle de la Fonction Publique (MFP) se développe après la Libération, les fonctionnaires n'étant pas affiliés au régime d'assurance sociale, qui ne concerne alors que les salariés, les ouvriers, les chômeurs, un régime spécial agricole, et quelques autres groupes.

Avec la création de la Sécurité Sociale par les ordonnances de 1945, le rôle des mutuelles est marginalisé et celles-ci deviennent des « complémentaires santé ». Elles proposent également certains contrats de prévoyance. La Mutualité garde ce monopole jusqu'à l'arrivée vers la fin des années 1970 des sociétés d'assurance et des organismes de prévoyance.

Les contrats souscrits auprès de ces organismes sont, soit des contrats individuels, conclus directement par un individu auprès d'un organisme complémentaire, soit des contrats collectifs, conclus par un employeur pour ses salariés.

Qu'en est-il aujourd'hui ? Quels acteurs constituent le paysage des organismes complémentaires et comment fonctionnent-ils ?

**Tableau** Caractéristiques des différents types d'organismes complémentaires en 2013

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

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

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

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

*Tableau 2: caractéristiques des différents types d'organismes complémentaires en 2013*  
[56]

### **3.1. Les mutuelles**

Les mutuelles et groupements mutualistes gèrent des contrats d'assurance complémentaire (2/3 de leur activité) ainsi que de prévoyance. Ces contrats sont très majoritairement des contrats individuels, de complémentaire santé [57].

Les adhérents cotisent indépendamment de leurs caractéristiques individuelles pour financer le risque collectif, sur le principe de la solidarité et de la mutualisation du risque. Les adhérents participent au fonctionnement et à la gestion des revenus et des comptes par voie démocratique lors d'assemblées générales notamment, sur le principe d' « un adhérent, une voix » [58]. Les administrateurs, élus par leurs pairs, sont censés gérer bénévolement la structure, suivant leurs principes fondateurs et la loi Waldeck-Rousseau.

Ce sont donc des sociétés de personnes, à but non lucratif.

Les mutuelles sont régies par le Code de la Mutualité et n'ont pas pour objectif de réaliser des bénéfices, mais de répartir les risques entre adhérents.

Elles rassemblent souvent soit des établissements ou professions déterminées (MGEN, MFAH, MSP...), soit des zones ou régions (Mutuelles jurassiennes...)

### **3.2. Les sociétés d'assurance**

Les sociétés d'assurance gèrent tous les domaines d'assurances (les biens, les responsabilités, les personnes). En moyenne 11% de leur chiffre d'affaire concerne l'activité santé, contre 91% pour les mutuelles en 2013 [56].

Ce sont donc des sociétés commerciales à but lucratif, dont l'objectif est de dégager des bénéfices et de les redistribuer aux actionnaires. A contrario, la vocation des mutuelles est « d'organiser pour et avec leurs adhérents les réponses aux besoins sociaux qu'ils expriment » [54].

Les sociétés d'assurance sont régies par le Code des Assurances et ont un statut d'entreprise privée.

Il existe des sociétés d'assurance mutuelles, à but non lucratif, et dont les actionnaires sont les assurés.

### **3.3. Les institutions de prévoyance et de retraite complémentaire**

Elles sont régies par le Code de la Sécurité Sociale et sont des personnes morales de droit privé à but non lucratif. Elles sont « administrées paritairement par des membres adhérents et des membres participants » [59].

Ces organismes opèrent essentiellement sur le secteur de la prévoyance collective des salariés, dans le cadre d'une entreprise, d'un secteur d'activité, d'un régime professionnel, ou d'un régime interprofessionnel.

Par exemple, Pro BTP dans le secteur du bâtiment, ou AG2R pour les cabinets dentaires.

La gestion paritaire est assurée par les représentants des salariés adhérents d'un côté, et des entreprises, employeurs, de l'autre.

Dans le domaine de la santé, les mutuelles sont les plus présentes en terme de nombre d'organismes, mais aussi en part de marché et d'activité santé.

### **3.4. Autres organismes existants [54]**

#### **3.4.1. Délégation du régime obligatoire à certaines structures**

Certains organismes complémentaires peuvent gérer les remboursements de groupes spécifiques d'assurés au titre de l'Assurance Maladie Obligatoire. Ces organismes, ayant une délégation de gestion du régime obligatoire, perçoivent une « remise de gestion » en échange. Ils ne concernent que quelques cas comme les mutuelles étudiantes et les mutuelles de fonctionnaires par exemple. Ces exemples sont à moduler, car la Mutuelle Sociale Agricole (MSA) ne procède plus à cette délégation de tâche depuis 2014. De plus, les mutuelles étudiantes comme la LMDE, après avoir été financées et co-gérées par la MGEN suite à de gros déficits financiers, sont actuellement en gestion directe avec l'UNCAM.

#### **3.4.2. Les mutuelles sans intermédiaires (MSI)**

Depuis 2010, des mutuelles sans intermédiaires comme la MAAF, la MACIF, la Matmut proposent des offres santé. Ce sont en fait des sociétés d'assurance mutuelle, ou mutuelle d'assurance, régies par le Code des Assurances, mais dont les adhérents sont également les assurés. Elles gèrent tout type de risque : biens, prévoyance, assurance, retraite, et maintenant santé. Elles ont un objectif non commercial [60] et répondent aux principes de la mutualité.

#### **3.4.3. Les bancassureurs**

Le terme s'applique aux groupes bancaires qui ont créés des filiales qui gèrent des produits d'assurance-vie et de capitalisation. Ces bancassureurs se tournent vers la santé en proposant leurs propres produits<sup>9</sup>, comme le Crédit Mutuel ou le CIC, ou établissent des partenariats avec des sociétés d'assurance mutuelles comme l'accord MACIF-MAIF-Caisse d'épargne.

Profitant de leurs réseaux puissants, de leurs politiques de marketing chevronnées, et d'une large base de clientèle à équiper, les bancassureurs s'assurent un avenir plein de promesses.

---

9 : voir annexe 2

### 3.4.4. La Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C)

On distingue la CMU de base, créée par la loi du 27 juillet 1999, qui étend les conditions d'accès aux droits à l'Assurance Maladie aux personnes résidant en France de manière stable et régulière (droits identiques à l'AMO) et la CMU-C.

Cette dernière offre une protection complémentaire santé gratuite aux demandeurs.

Les conditions sont les mêmes que pour la CMU de base, avec en plus une condition de revenus. Cette disposition permet un accès aux soins facilité pour les plus démunis.

En effet, elle est accordée pour un an, prend en charge le ticket modérateur des soins de ville et hospitalier, et le forfait journalier. En cas de dépassements des tarifs de responsabilité, il y a également prise en charge mais de manière forfaitaire.

Les bénéficiaires de la CMU-C sont exonérés des participations forfaitaires de 1 euro et des franchises médicales. En cas de non-respect du parcours de soin, les majorations sont à la charge des gestionnaires.

La majeure partie du Fonds de financement de la protection complémentaire de la CMU provient des complémentaires santé par le biais de la taxe CMU (nommée Taxe de Solidarité Additionnelle ou TSA<sup>10</sup>) équivalent à 13,27 % des cotisations des assurés pour les contrats responsables et solidaires. [61]

Jusqu'à aujourd'hui, la TSA permettait le financement du fond CMU et le remboursement de la dette de la Sécurité sociale. A partir du 1er janvier 2017, elle sera consacrée entièrement au Fonds CMU.

	en millions d'euros										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Produits</b>											
Dotation de l'État	695	346	109	47	0	0	0	0	-	-	-
Taxe alcool	386	404	480	349	0	0	0	0	0	0	0
Taxe tabac		217	411	372	0	0	0	42	352	354	360
Contribution ACS	13	40	65	87	0	0	0	0	0	0	0
Contribution des organismes	302	492	494	569	1 791	1 856	1 930	2 031	2 066	2 130	2 119
Reprises sur provisions	22	25	35	28	79	93	10	11	16	9	20
<b>Total Produits</b>	<b>1 418</b>	<b>1 524</b>	<b>1 595</b>	<b>1 452</b>	<b>1 870</b>	<b>1 949</b>	<b>1 940</b>	<b>2 084</b>	<b>2 434</b>	<b>2 493</b>	<b>2 499</b>

*Tableau 3: produits du Fonds de financement de la CMU de 2005 à 2015 [62]*

Il est à noter que depuis le 1er janvier 2016 [63], la CMU devient PUMA (Protection Universelle MALadie). Cette disposition a pour vocation de simplifier les

<sup>10</sup> : Voir annexe 3

démarches administratives d'obtention de l'ancienne CMU de base, instaurée par la loi du 27 juillet 1999. Toute personne majeure résidant de manière stable et régulière en France a maintenant droit à la PUMA, sans condition de travail minimal ni de statut d'ayant-droit. Cela permet par exemple aux personnes changeant d'activité (travail-chômage-travail) ou de situation de réduire les justificatifs, dans les cas de divorce de ne pas dépendre de son ou sa conjoint(e), ou encore préserver la confidentialité de son parcours médical dès l'âge de 18 ans.

### 3.4.5. L'Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS)

L'ACS est une aide financière mise en place pour les personnes résidant en France de manière stable et régulière (plus de 3 mois) et dont le plafond de revenus est inférieur à un certain seuil mais légèrement trop élevé pour avoir droit à la PUMA. Comme son nom l'indique, elle a pour principale fonction de participer à la souscription à une complémentaire santé, mais elle ne s'arrête pas là.

Montant de l'aide au paiement d'une complémentaire santé	
Âge du bénéficiaire (au 1 <sup>er</sup> janvier de l'année en cours)	Montant de l'aide
moins de 16 ans	100 €
de 16 à 49 ans	200 €
de 50 à 59 ans	350 €
60 ans et plus	550 €

**Par exemple**, pour une famille avec deux enfants à charge, le montant de l'aide sera de :

- 200 € pour la mère de 45 ans ;
- 350 € pour le père de 52 ans ;
- 200 € pour le premier enfant de 20 ans ;
- 100 € pour le deuxième enfant de 10 ans.

Soit, au total, **850 € de réduction** sur une complémentaire santé familiale pour un an.

*Figure 8: montants des droits à l'ACS [64]*

Elle donne droit (pour chaque membre du foyer) à :

- des tarifs médicaux sans dépassement d'honoraires,
- à la dispense totale d'avance des frais pour les dépenses de santé,
- à l'exonération de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises,
- aux tarifs sociaux de l'électricité et du gaz.

De plus, une série de contrats sélectionnés comprennent au minimum la prise en charge :

- du ticket modérateur à 100 % (exceptés pour les cures thermales et les médicaments remboursés à 15 %),

- du forfait journalier de façon illimitée à l'hôpital et en psychiatrie,
- des lunettes, prothèses dentaires, orthodontie et audioprothèses selon des taux modulés en fonction du contrat choisi.

A cela s'ajoutent trois niveaux de garanties allant de la couverture la plus simple à une couverture plus complète :

- le contrat A, prend en charge le ticket modérateur pour l'optique et 125 % du tarif de la sécurité sociale pour les prothèses dentaires,
- le contrat B, contrat intermédiaire, prend en charge 100 € pour une paire de lunettes à verres simples, 200 € pour des lunettes à verres complexes et 225 % du tarif de la sécurité sociale pour les prothèses dentaires,
- le contrat C, prend en charge 150 € pour des lunettes à verres simples, 350 € pour des lunettes à verres complexes, 300 % du tarif de la sécurité sociale pour les prothèses dentaires et 450 € pour les audioprothèses.

Tous les contrats ACS d'un même niveau de garanties, proposés par les organismes complémentaires comprennent le même socle commun. [65].

L'ACS met donc en place un système de réseau comprenant des remboursements différenciés, pour des contrats dont la couverture laisse perplexe. En effet, pour une couronne céramo-métallique à 550 euros, avec le tarif de responsabilité à 107,5 € et un remboursement par l'AMO avec un taux de 70 %, soit 75,25 € :

- contrat A : 125 % du tarif de sécurité sociale

$$125 * 107,5 / 100 = 134,375 \text{ €}$$

$$550 - 75,25 - 134,375 = \underline{340,375 \text{ € de reste à charge}}$$

- contrat B : 225 % du tarif de sécurité sociale

$$225 * 107,5 / 100 = 241,875 \text{ €}$$

$$550 - 75,25 - 241,875 = \underline{232,875 \text{ € de reste à charge}}$$

- contrat C : 300 % du tarif de sécurité sociale

$$300 * 107,5 / 100 = 322,5 \text{ €}$$

$$550 - 75,25 - 322,5 = 152,25 \text{ € de reste à charge.}$$

La montée en charge de l'ACS sera, elle aussi, financée par le Fonds CMU sus-cité (son coût en 2013 était estimé à 233 millions d'euros) [66]. Dans un dernier rapport de la Cour des Comptes du 3 juin 2015 [67] , il apparaît que 1,2 à 2 milliards d'euros manqueraient pour le financement de la CMU-C et de l'ACS, ce qui pourrait entraîner une augmentation de 5 % des contrats de complémentaire santé.

Le rapport fait aussi état de la nécessité de prendre en compte l'intégralité des revenus des allocataires dans les calculs, prestations sociales comprises (CAF par exemple, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui), sans pour autant augmenter les seuils des conditions d'accès aux droits, ce qui diminuerait donc le nombre de bénéficiaires.[68]

### **3.4.6. L'UNOCAM**

L'Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (UNOCAM) regroupe tous les opérateurs en assurance maladie complémentaire, qu'il s'agisse des mutuelles, des entreprises d'assurances, des institutions de prévoyance ou du Régime local d'Alsace-Moselle [69].

## **3.5. La régulation du marché des assurances par les directives prudentielles européennes**

Le secteur est en profond changement depuis la directive européenne de Solvabilité 2 de 2009, dont l'ordonnance de transposition dans la loi française est parue au Journal Officiel du 3 avril 2015<sup>11</sup>. Le décret et l'arrêté du 7 mai 2015 viennent préciser la partie réglementaire dans le code des assurances, le code de la mutualité et le livre 9 du code de la sécurité sociale [70].

Concrètement, cette succession de textes fait suite à la crise économique des années 2000 (2007-2008). De nouvelles règles prudentielles sont appliquées aux organismes opérant dans l'assurance complémentaire santé afin de mieux surveiller, contrôler, et éviter les risques de défaut de ces organismes :

- un rapport annuel sur les comptes des organismes d'assurance doit être rendu à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR, autorité administrative indépendante qui est l'organe de supervision français de la banque et de l'assurance),
- une information au public (transparence des comptes),
- un niveau minimum de capital requis, c'est-à-dire que les organismes doivent pouvoir couvrir à tout moment tous les risques qu'ils assurent, et donc avoir un minimum de liquidités mobilisables disponibles immédiatement. La directive préconise de définir la marge de solvabilité en fonction des risques réels pesant sur les sociétés d'assurance, et non plus en fonction de pourcentages sur les primes et les sinistres,
- une modification de la gouvernance, et notamment à la gestion des risques (nomination d'un directeur général délégué).

---

<sup>11</sup> : et modifiée en dernier lieu par la directive 2014/51/UE du Parlement Européen et du Conseil du 16 mars 2014 (Omnibus II)

Les organismes d'assurance et de réassurance devaient déjà se plier en 2009 à certains taux de solvabilité (taux bilantielle de la marge, taux de couverture des engagements réglementés), mais ces taux ne prennent pas totalement en compte les risques réels [71].

Ces taux n'intègrent pas la « prise en compte de risque d'assurance et de placement, contrairement aux règles de Solvabilité 2, apparues peu après.[72,73]

Légalement, ils doivent pouvoir justifier d'avoir la réserve financière nécessaire à la prise en charge de la totalité des risques de leurs assurés. Les réserves sont en réalité bien supérieures au taux requis, comme nous le verrons par la suite.

<b>Tableau • Indicateurs de solidité financière des organismes pratiquant une activité de complémentaire santé en 2013</b>			
	Résultat net comptable moyen	Couverture moyenne...	
		...des engagements réglementés	...de la marge de solvabilité*
Sociétés d'assurance	3,3 %	104 %	356 %
Institutions de prévoyance	1,2 %	117 %	566 %
Mutuelles	1,7 %	192 %	474 %
<b>Ensemble</b>	<b>2,9 %</b>	<b>106 %</b>	<b>386 %</b>

\* y compris plus-values latentes.  
**Lecture** • En 2013, le résultat net comptable des mutuelles représente en moyenne 1,7 % de l'ensemble des cotisations d'assurance collectées. Les actifs admis couvrent en moyenne 192 % des engagements réglementés. Enfin, les fonds propres, y compris plus-values latentes, représentent en moyenne 474 % de la marge de solvabilité.  
**Champ** • Organismes assujettis à la taxe CMU et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2013.  
**Source** • ACPR, calculs DREES.

*Tableau 4: indicateurs de solidité financière des organismes pratiquant une activité de complémentaire santé1 [74]*

Les engagements réglementés sont les provisions techniques que doivent avoir en réserve les organismes d'assurance afin d'être en mesure de financer tous les risques couverts souscrits par leurs assurés (les ratios sont jugés respectés s'ils sont égaux ou supérieurs à 100 %). La marge de solvabilité consiste en la possession de fonds propres supplémentaires disponibles en cas d'imprévu. Elle est étudiée en pourcentage de la couverture de la marge minimale de solvabilité requise (afin de permettre les comparaisons). Cette dernière est proportionnelle à l'activité de chaque organisme et tient compte de la réassurance. En assurance non-vie, elle correspond au maximum entre 16 % des primes et 23 % des sinistres. [75]

Le nouveau taux exigé, qui diminue avec la taille de la structure, poursuit le mouvement de concentration des organismes complémentaires, déjà bien entamé. Les mutuelles, plus nombreuses et de tailles plus réduites, sont les principales touchées [74]. On peut mesurer la concentration des opérateurs par l'analyse du nombre d'organismes abondant le Fonds CMU. En 2010, le Fonds CMU comptait 713 organismes complémentaire, (587 mutuelles, 92 sociétés d'assurance, 34 institutions de prévoyance),

contre 1702 en 2001 (1528 mutuelles, 117 sociétés d'assurance, 57 institutions de prévoyance. En 2014, le nombre de ces organismes a encore chuté, divisant par 3 le nombre de mutuelles et par 2 le nombre d'institut de prévoyance (453 mutuelles, 94 sociétés d'assurance, 26 instituts de prévoyance).

Enfin, cet ensemble de nouveaux textes prévoient une amélioration de la transparence des comptes des organismes complémentaires, jusqu'alors opaques, en particulier pour les mutuelles. Aujourd'hui, l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) n'arrive toujours pas à récolter les données nécessaires auprès des mutuelles malgré de nombreuses relances. Cela pose problème pour l'établissement des statistiques d'évaluation de ces organismes, notamment en ce qui concerne la répartition des frais [75,54].

### **3.6. La situation financières des organismes complémentaires et son contexte**

Les mutuelles sont spécialisées dans le domaine de la santé, avec 84 % de leur activité dans le domaine santé. Les institutions de prévoyance y consacrent 47 % et les sociétés d'assurance 5 %.[75]

Les mutuelles assurent des risques courts, alors que les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance, par leurs autres activités, assurent plutôt des risques longs. Ces différences de nature de risques assurés expliquent les besoins de ces derniers à disposer de provisions importantes afin de pouvoir couvrir leurs risques.

En santé, le risque long est pris en charge principalement par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Les complémentaires santé suivent les nouvelles règles prudentielles, à l'exception de la transparence qui n'est pas encore d'actualité. La couverture des engagements réglementés est respectée, allant de 104 % pour les sociétés d'assurance à 192 % pour les mutuelles. Concernant les marges de solvabilité requises, elles sont généreusement respectées avec une couverture de la marge de solvabilité de 356 % pour les sociétés d'assurance, 566 % pour les instituts de prévoyance, et 474 % pour les mutuelles.

Entre 2013 et 2014, les primes d'assurance payés par les assurés ont augmenté de 2,3 %, tandis que les sinistres payés par les organismes complémentaires augmentent de 0,7 %. Entre 2012 et 2013, cela avait déjà été le cas avec respectivement une augmentation de 3,6 % et 2,4 %. En d'autre termes, les assurés paient de plus en plus, pour une moins bonne prise en charge de leurs risques. [75]

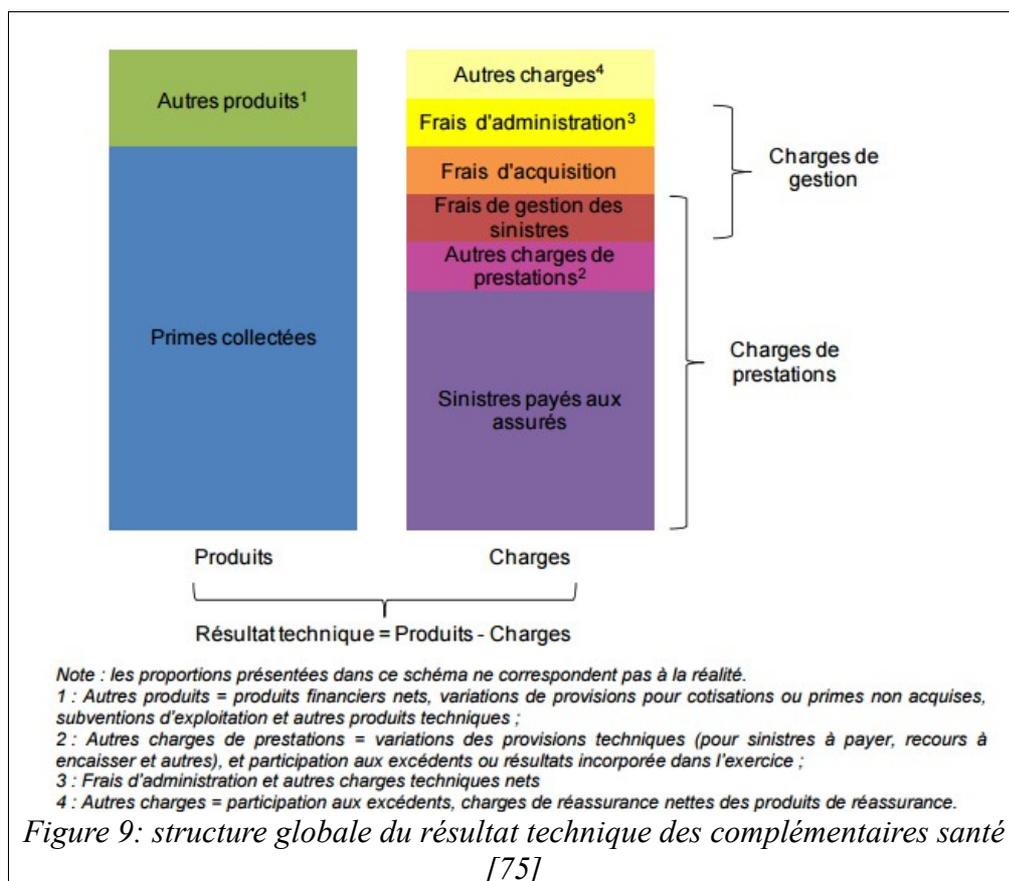
Tableau E5 – Répartition en % selon la typologie des bénéficiaires de contrats individuels et collectifs						
Type de contrat	A	B	C	D	E	Ensemble
Individuels	3	6	47	22	22	100
Collectifs	53	13	24	3	8	100

Lecture : 3 % des bénéficiaires de contrats individuels sont couverts par un contrat de type A, c'est-à-dire offrant la meilleure couverture complémentaire santé.  
Source : DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé - année 2013.

*Tableau 5: la répartition des contrats en France en 2013 [75]*

En terme de retours de prime, les contrats individuels représentent surtout des contrats « moyens ou mauvais » (classés de C à E les plus mauvais), alors que les contrats collectifs offrent pour la plupart de meilleures garanties (classés de A à C). Les contrats individuels demeureraient cependant les plus répandus (58 % contre 42% pour des contrats collectifs) jusqu'à l'obligation faite aux employeurs de fournir une mutuelle à leurs salariés<sup>12</sup>.

En 2014, tous les types d'organismes complémentaires ont un résultat net positif (3627 millions d'euros pour les sociétés d'assurance, 268 pour les mutuelles, et 180 pour les instituts de prévoyance). Dans le champ de la santé, le résultat technique (bénéfice) est de 365 millions d'euros pour les sociétés d'assurance, 112 millions d'euros pour les mutuelles, et présente une perte de 181 millions d'euros pour les instituts de prévoyance.



<sup>12</sup> : cf loi ANI chapitre 3.7

Les charges de gestion (administratifs, ressources humaines, publicité ...) sont en constante augmentation et représentent entre 18 et 20 % des cotisations pour les mutuelles, 21 à 26 % pour les sociétés d'assurance, et 8 à 15 % pour les instituts de prévoyance.

Dans son rapport de 2013 sur les coûts de gestion de l'Assurance Maladie, l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) indique que les coûts de gestion représentent pour l'AMO 3,70 % des prestations versées, contre 22,5 % pour l'AMC<sup>13</sup>. [76]

Enfin, l'ACPR<sup>14</sup> signale que les remontées de renseignements des organismes complémentaires, en particulier des mutuelles, ont essuyé de nombreuses non-réponses malgré des relances, ce qui rend certaines données incomplètes [74].

L'obligation de transparence sur les frais de gestion devait initialement s'appliquer au 1er janvier 2013 et même au 1er octobre 2012 pour les contrats individuels, selon un arrêté du 17 avril 2012 (publié au Journal Officiel du 4 mai 2012), pris en application de l'article 10 de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2012 [77]

En 2011, la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) avait lancé une campagne nationale contre le doublement à 7% de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA), posant alors que les mutuelles seraient contraintes d'augmenter les cotisations en conséquence. En réponse, le Gouvernement Fillon leur suggérait de « puiser dans leurs réserves », et considérait que les mutuelles pouvaient largement se passer d'augmenter les cotisations.. [78]

Peu après, une enquête du parisien de septembre 2011 dénonçait les « colossales » marges de solvabilité des mutuelles, avec par exemple pour la MGEN en 2009 un taux de 667 %, ce qui est très largement supérieur à la norme requise pour garantir la pérennité de la mutuelle (100%) et à la norme pour son développement (300 %) [79].

Des députés UMP avaient déposé un amendement au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 visant à taxer ces réserves, mais ce dernier avait été rejeté. L'article 10 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a finalement rendu obligatoire la transparence sur les frais de gestion.

Celle-ci devait initialement s'appliquer au 1er janvier 2013 et même au 1er octobre 2012 pour les contrats individuels, selon un arrêté du 17 avril 2012 (publié au Journal Officiel du 4 mai 2012). Finalement, les complémentaires avaient obtenu le report de cette obligation [77].

L'UNOCAM, également défavorable à la transparence des frais de gestion, dénonçait que le fait de devoir communiquer sur plusieurs composantes du prix de revient était « inédite dans notre économie » [80]. Le directeur général de Swiss Life prévoyance et santé, Pierre François, se questionnait : « pourquoi les complémentaires santé devraient-elles être les seuls acteurs de l'économie à indiquer leurs coûts commerciaux et de gestion ? ».

---

13 : l'AMO ne supporte pas le coût du recouvrement des cotisations, mais cette charge supplémentaire n'explique pas un écart aussi grand dans les frais de gestion

14 : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution

Le report de la transparence des frais de gestion au 1er janvier 2014 avait finalement été fixé par un arrêté publié au Journal Officiel le 05 octobre 2012.

Selon une enquête de «Le monde»[81], complétant celle de «l'argus de l'assurance», l'opacité des frais de gestion a été «bien orchestrée». En effet, l'enquête démontre l'impossibilité pour les assurés à connaître précisément si la part de leur cotisation utilisée pour couvrir les frais de gestion (personnels, administration, etc.) et d'acquisition (frais engagés pour conquérir de nouveaux clients) est importante ou modérée.[81]

Les responsables de l'étude évoquent une difficulté à réaliser un classement. Ils indiquent que les complémentaires «jouent avec les espaces de liberté de la loi» pour «contourner la transparence» et évoquent une présentation délibérément floue, une absence de comparatif avec la concurrence, des éléments présentés en petits caractères sur des documents annexes, des frais variables selon les contrats.

Les chiffres en eux-mêmes sont difficilement interprétables : des mutuelles présentent les montants hors-taxes, ou avec la TSCA uniquement, ou avec la taxe CMU (TSA) additionnée de la TSCA, ou n'indiquent pas ce critère.

L'enquête indique cependant :

- des écarts considérables : des frais de gestion s'étalant de 6,7 % à 41 %, dont des frais d'acquisition allant de 0 à 21,7 %,
- des taux variables au sein d'un même groupe,
- une communication de frais «moyens» annoncée par les organismes interrogés, alors que l'obligation légale est que les frais communiqués «recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser, les souscrire et les gérer».

Le rapport 2015 de la DREES confirme la difficulté de récupération des données, et leur difficulté d'interprétation [75].

La TSA rénovée<sup>15</sup> devrait permettre des études plus précises à l'avenir.

La Mutualité, augmentant toujours ses cotisations sous des prétextes de taxes plus élevés, a entraîné un taux d'effort considérable, en particulier pour les classes moyennes [54]. Sur les contrats individuels, le taux d'effort était de 3% pour les familles aisées et de 10 % pour les moins aisées, dont les contrats offrent, qui plus est, des garanties inférieures.

La Mutualité met en cause le désengagement de l'Assurance Maladie pour expliquer la hausse des cotisations.

Ce désengagement est relatif car le reste à charge n'a pas augmenté de manière

---

15 : TSA et TSCA rassemblées depuis le 1er janvier 2016 en TSA «rénovée», voir annexe 3

significative en 15 ans (21,8 % entre 1995 contre 22,9 % en 2010) [54]. De plus, l'Assurance Maladie prend en charge environ 250 000 patients en affections longues durées par an, ce qui représente une économie estimée par les pouvoirs publics de 500 millions d'euros pour les organismes complémentaires. D'après le Haut Conseil sur l'Avenir de l'Assurance Maladie, les gens bien-portants supportent cette hausse des cotisations, sans pour autant avoir plus de garanties. Le reste à charge augmente donc pour ceux qui n'ont besoin que ponctuellement de la médecine de ville, pour de faibles montants.

Les économies pour les organismes complémentaires ne s'arrêtent pas là [82]. La baisse des dépenses globales de santé permet des économies pour l'AMO et l'AMC. En effet, des baisses de tarifs significatives sont survenues, notamment sur l'imagerie médicale, les laboratoires d'analyse médicale, mais surtout sur les tarifs des médicaments par leur déremboursement, et la promotion des génériques. Ainsi ces modifications ont permis d'économiser 177 millions d'euros sur l'imagerie médicale, malgré l'inscription à la CCAM de nouveaux actes techniques dans cette spécialité. Des économies de l'ordre de 2 millions d'euros ont également été réalisées sur l'ophtalmologie et l'anesthésie.

Concernant la biologie médicale, une baisse temporaire de 2 centimes de la lettre B du 15 novembre au 31 décembre 2016 devrait permettre une économie de 36 millions d'euros des dépenses remboursées [83].

### **3.7. Le déclin de la solidarité des mutuelles**

La notion de contrat « solidaire » naît en 2002. Il interdit la sélection médicale à la souscription, c'est-à-dire la sélection selon l'état de santé (absence de questionnaires médicaux), et empêche les tarifs d'évoluer selon les dépenses de santé de la personne (interdiction d'augmenter les tarifs selon les prestations versées) en échange d'exonérations fiscales [84].

La loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie instaure la notion « responsable » en incitant à respecter le parcours de soin sous peine d'être moins bien remboursé. Les contrats responsables et solidaires doivent répondre à des critères plutôt légers : le caractère solidaire, l'interdiction de prendre en charge les franchises et la majoration du ticket modérateur lorsqu'il y a non-respect du parcours de soin pour « responsabiliser le patients », des obligations de prise en charge assez faibles et restreintes (quelques tickets modérateurs) [85,86].

Ces critères sont renforcés par le décret du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie et paru le 19 novembre 2014 au journal officiel. La TSCA sur les contrats non responsables et solidaires est passée de 9 à 14 % quand les contrats responsables ont une TSCA à 7% [85].

Les organismes complémentaires en France ne peuvent donc pas sélectionner sur un état de santé ou en suivant les dépenses de santé de l'adhérent, mais cela ne les empêche pas de s'approcher d'un risque individuel en jouant sur plusieurs autres paramètres :

- la tarification liée à l'âge : dans le cas où les cotisations augmentent significativement avec l'âge, on se rapproche d'un tarif lié au risque individuel puisque le risque maladie augmente avec l'âge, et donc les prestations versées seront plus importantes. Lorsque la tarification n'est relativement pas liée à l'âge, c'est-à-dire qu'elle est relativement constante voire qu'elle diminue, une solidarité entre classe d'âge s'opère puisque les plus jeunes paient relativement plus cher que leur consommation de soins pour alléger les cotisations des plus âgés. Des limites d'âges de souscription achèvent de sélectionner les bons risques des mauvais, pour privilégier les clients ayant cotisé de ceux n'ayant jamais cotisé à l'organisme complémentaire,
- le niveau de revenus : si le tarif croît avec le niveau de revenu, alors le contrat est solidaire des plus aisés envers les plus modestes,
- le lieu de résidence : les tarifs sont liés à la zone géographique, prenant en compte la consommation en soins et biens médicaux moyenne ainsi que leurs prix,
- l'ancienneté : certains contrats proposent des tarifs dégressifs selon l'ancienneté afin de fidéliser la clientèle. Concernant l'ancienneté dans les contrats opérant une solidarité entre classes d'âges, cette notion permet de filtrer les souscriptions opportunistes ; il existe aussi des carences à la souscription ou à l'augmentation des garanties,
- la tarification familiale en assurance collective et les cotisations préférentielles accordées aux familles en assurance individuelle (gratuité du troisième enfant...) entraîne, un transfert des célibataires vers les familles.

Entre 2006 et 2013, les contrats individuels des mutuelles se rapprochent de ceux des sociétés d'assurance [84] En effet, la forte concurrence entre opérateurs de ce secteur pousse à sélectionner de plus en plus les « bons risques » des « mauvais risques » (un bon risque représentant des prestations aux assurés inférieures aux primes ; par exemple un jeune salarié en bonne santé), et font reculer la solidarité entre niveaux de revenus et entre classes d'âges.

En effet, la tarification au revenu est en baisse (37% en 2006 contre 29% des personnes couvertes en 2013). Néanmoins, 75% des personnes couvertes par une mutuelle en individuel ont souscrit à un contrat assurant une solidarité entre classes d'âges, contre 5% des personnes couvertes par une société d'assurance. Les tarifications favorables aux familles ont également diminué en contrats individuels, contrairement aux contrats collectifs.

### **3.8. La loi relative à la sécurisation de l'emploi de 2013**

L'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2013 signé entre les organisations patronales (Medef, CGPME et UPA) et trois syndicats (CFDT, CFTC et CFE-CGC) est transposé dans la loi relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, dite « loi ANI » [87].

La loi prévoit la généralisation de la couverture complémentaire des frais de santé, à compter du 1er janvier 2016. Cette couverture doit répondre à un panier minimal, défini par le décret du 8 septembre 2014 [88], et financé à hauteur de 50% minimum par l'employeur (60 % dans le cadre de la convention collective des cabinets dentaires), négocié par branche professionnelle et/ou au sein des entreprises. Au départ, la loi demandait à ce que les branches désignent un seul organisme d'assurance, mais cette mesure a été jugée anticonstitutionnelle par le conseil constitutionnel dans sa décision du 13 juin 2013.

Elle augmente la durée de 9 à 12 mois de la portabilité de la couverture santé et prévoyance pour les demandeurs d'emploi, c'est-à-dire que les salariés quittant l'entreprise bénéficient des garanties de la mutuelle d'entreprise jusqu'à un an après leur départ à titre gratuit [89,90].

La loi prévoit aussi une harmonisation des textes applicables aux trois familles d'organismes assureurs, en autorisant les sociétés d'assurance à faire de l'action sociale et à maintenir les garanties en cas de non versements des primes, comme pour les mutuelles et instituts de prévoyance.

Elle prévoit l'intervention de fonds de mutualisation (existants ou à créer) pour maintenir les couvertures santé et prévoyance en cas de liquidation judiciaire des entreprises.

Le décret n° 2014-1498 paru le 10 décembre 2014 relatif au degré élevé de solidarité précise les prestations que doivent prévoir les accords professionnels ou interprofessionnels recommandant un ou plusieurs organismes assureurs pour assurer la gestion des garanties collectives qu'ils instaurent.

Enfin, le décret n° 2015-13 paru le 10 janvier 2015 relatif à la mise en concurrence des organismes dans le cadre de la recommandation vise à garantir la transparence des conditions de sélection des organismes assureurs recommandés par des accords collectifs.

Si l'idée de la généralisation de la complémentaire via la loi ANI et l'ACS est une idée politiquement correcte, il faut souligner que 90 % de la population adhère déjà à un contrat complémentaire santé. Les niveaux de garanties des contrats solidaires et responsables proposés sont loin d'être mirifiques. Les garanties minimales d'entrée de gamme correspondent principalement au remboursement des tickets modérateurs, et pour les soins dentaires un remboursement à 125 % du tarif de responsabilité.

De plus, l'interdiction pour les complémentaires dans les contrats responsables de rembourser les franchises et les forfaits, et surtout la création de plafonds de remboursement limitent les prestations sur le reste à charge, afin d'inciter les professionnels de santé à réduire leurs tarifs.

Par exemple, les dépassements d'honoraires des médecins qui n'ont pas signé les Contrats d'Accès aux Soins (CAS) ne seront ainsi remboursés qu'à hauteur de 225 % maximum de la base de remboursement de la sécurité sociale contre 400 % si le médecin est signataire<sup>16</sup>. En l'état actuel des choses, les chirurgiens-dentistes ne sont à ce jour pas concernés par le CAS.

La généralisation de la complémentaire santé, dont les paniers de soins minimaux ont des garanties trop faibles par rapport à la réalité économique du coût des actes et l'évolution de la science<sup>17</sup>, a été un véritable effet d'aubaine pour les assureurs tant en terme d'adhérents, qu'en en terme de tarifs. Sous couvert de nouvelles obligations, les assureurs ont ainsi augmenté les cotisations sans améliorer les prestations servies. Ils proposent de nouveaux contrats, payants, pour couvrir des risques supplémentaires individuels : les contrats de surcomplémentaire santé.

Les contrats d'assurance surcomplémentaires individuels peuvent être responsables ou non. S'ils ne sont pas responsables alors ils sont plus taxés. Les surcomplémentaires sont soucrites afin de permettre un remboursement optimal de l'assuré, au juste coût des actes.

Dans le cadre de la mutuelle obligatoire d'entreprise, il est à noter que la part de cotisation versée par l'employeur est intégrée dans le salaire, et donc imposable sur le revenu de l'employé [92]. A défaut de couvrir le risque santé, la généralisation de la complémentaire santé à tous les salariés a créé une nouvelle levée d'impôt.

Historiquement, l'AMC s'est donc toujours développée dans une logique d'amélioration de la couverture proposée par l'Assurance Maladie Obligatoire et de diminution du reste à charge des assurés, notamment pour les prestations faiblement remboursées par l'AMO (dentaire, optique...). Cependant, ces couvertures sont toujours plus chères pour des prestations qui n'évoluent plus au prorata des primes versées.

D'abord plutôt proche du concept de la sécurité sociale, elle se rapproche dorénavant du modèle assuranciel.

Les logiques de solidarité, fondatrices de notre système de santé, sont bien éloignées de la direction que nous prenons, vers les risques individuels [93].

La mutualisation telle que la sécurité sociale l'avait définie a bientôt atteint ses limites, et cela se traduit par des loi de financement de la sécurité sociale à vases communicants et de plus en plus déficitaires, malgré les impôts grandissants. Nous assistons à un transfert d'un risque mutualisé vers une assurance complémentaire santé individuelle [24].

---

16 : d'après un contrat Allianz standard récent, figure 15

17 : comme le montre la thèse de Jean Savard soutenue le 3 juin 2014 à Nantes [91]

### 3.9. La loi LE ROUX

La loi dite « LE ROUX » contient trois articles, et a été proposée par Bruno Le Roux, ancien Vice-président de la Mutuelle Nationale des Etudiant de France (MNEF), et vient d'être nommé Ministre de l'Intérieur.

#### Article 1

Le dernier alinéa de l'article L. 112-1 du code de la mutualité est complété par les mots : « ou lorsque l'assuré choisit de recourir à un professionnel de santé, un établissement de santé ou un service de santé avec lequel les mutuelles, unions ou fédérations ont conclu une convention dans les conditions mentionnées à l'article L. 863-8 du code de la sécurité sociale ».

#### Article 2

I. — Après le chapitre III du titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale, il est inséré un chapitre III bis ainsi rédigé :

« Chapitre III bis

« Conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaire et les professionnels, les services et les établissements de santé

« Art. L. 863-8. - I. — Les mutuelles, unions ou fédérations relevant du code de la mutualité, les entreprises d'assurance régies par le code des assurances et les institutions de prévoyance régies par le présent code peuvent, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers, conclure avec des professionnels de santé, des établissements de santé ou des services de santé des conventions comportant des engagements relatifs, pour l'organisme assureur, au niveau ou à la nature des garanties ou, pour le professionnel, l'établissement ou le service, aux services rendus ou aux prestations ainsi qu'aux tarifs ou aux prix.

« 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.

« L'adhésion des professionnels, établissements ou services à ces conventions s'effectue sur la base de critères objectifs, transparents et non discriminatoires. L'adhésion ne peut comporter de clause d'exclusivité.

« Tout professionnel, établissement ou service répondant aux critères mentionnés au troisième alinéa du présent I peut adhérer à la convention. Cependant, les conventions concernant la profession d'opticien-lunetier peuvent prévoir un nombre limité d'adhésions.

« Pour les professionnels de santé autres que ceux appartenant à des professions mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 162-14-3 du présent code, ces conventions ne peuvent comporter de stipulations tarifaires relatives aux actes et prestations mentionnées aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 du même code.

« Le niveau de la prise en charge des actes et prestations médicaux par les organismes mentionnés au premier alinéa du présent I ne peut être modulé en fonction du choix de l'assuré de recourir ou non à un médecin ayant conclu une convention avec ces organismes.

« II. — L'organisme assureur garantit une information complète auprès de ses assurés ou adhérents sur l'existence du conventionnement, ses caractéristiques et son impact sur leurs droits. »

II. — Le I s'applique aux conventions conclues ou renouvelées à compter de la date de promulgation de la présente loi.

#### Article 3

Chaque année pour une période de trois ans, le Gouvernement remet au Parlement, avant le 30 septembre, un rapport dressant un bilan et une évaluation des conventions mentionnées à l'article L. 863-8 du code de la sécurité sociale. Il porte notamment sur les garanties et prestations que ces conventions comportent, leurs conséquences pour les patients, en particulier en termes d'accès aux soins et de reste à charge, et leur impact sur les tarifs et prix pratiqués par les professionnels, établissements et services concernés.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

*Figure 10: les trois articles de la LE ROUX [94]*

La loi n° 2014-57 du 27 janvier 2014 relative aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire, les professionnels, les établissements et les services de santé, dite « loi LE ROUX » [94], paraît au journal officiel le 28 janvier 2014.

Article L. 162-14-3

L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire peut participer à la négociation et à la conclusion d'un accord, d'une convention ou d'un avenant prévus aux articles L. 162-1-13, L. 162-12-17, L. 162-12-18, L. 162-12-20, L. 162-14-1, L. 162-16-1, L. 162-32-1, L. 165-6 et L. 322-5-1. L'Union nationale des caisses d'assurance maladie informe l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire de son intention d'ouvrir une négociation. L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire fait part, dans un délai fixé par décret, de sa décision d'y participer. En ce cas, elle peut demander à être auditionnée par le conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Les accords, conventions ou avenants concernant des professions ou prestations, définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pour lesquelles la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie est minoritaire, ne sont valides que s'ils sont également conclus par l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

En cas de refus de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire de conclure un accord, une convention ou un avenant, constaté dans des conditions fixées par décret, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie fait part aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale du constat de désaccord. S'il s'agit d'un accord, d'une convention ou d'un avenant mentionnés au deuxième alinéa, elle ne peut alors leur transmettre l'accord, la convention ou l'avenant en vue de l'approbation prévue à l'article L. 162-15 qu'après un délai minimal fixé par décret.

Un décret fixe les conditions d'application du présent article.

*Figure 11: l'article L.162-14-3 énonce les domaines concernés par la loi LE ROUX [94]*

Les domaines de la santé concernés sont fixés par l'article L.162-14-3 du code de la sécurité sociale : optique, audioprothèse, chirurgie-dentaire. Les réseaux peuvent être mis en place pour les domaines pour lesquels la prise en charge de l'AMO est minoritaire.

Elle a pour objet "de permettre aux mutuelles de jouer pleinement leur rôle de régulateur du secteur en leur donnant la possibilité d'être des acteurs de la négociation entre l'offre et la demande de soins"

Elle répond à une volonté de faciliter l'accès aux soins, car le renoncement aux soins pour raisons financières est qualifié d' « insupportable ».

1er paragraphe des motifs exposés de la PPL n°296

« Les difficultés d'accès aux soins constituent l'une des inégalités les plus insupportables. Les situations de renoncement aux soins pour raisons financières ne sont pas acceptables : elles génèrent des situations dramatiques pour les personnes, mais également, à terme, des coûts pour la collectivité. La lutte contre les inégalités d'accès aux soins doit être l'un des objectifs majeurs des politiques de santé et de lutte contre les exclusions. »

*Figure 12: exposé des motifs de la loi LE ROUX [95]*

La pratique des remboursements différenciés était interdite aux mutuelles par l'article L. 112-1 alinéa 3 du Code de la mutualité : « les mutuelles et les unions visées au présent article ne peuvent instaurer de différences dans le niveau des prestations qu'en fonction des cotisations payées ou de la situation de famille des intéressés ».

En effet, les principes de solidarité et d'égalité entre les adhérents sur lesquels sont censés reposer le mutualisme depuis son origine, interdisait toute différence de traitement entre les adhérents d'une mutuelle non justifiée par les cotisations payées ou leur situation de famille. La loi Le ROUX ouvre donc une brèche dans les principes mutualistes fondamentaux, et les remet en cause, en initiant un système de santé à deux vitesses [96].

Les premiers contrats en fonction des habitudes de vie voient le jour en France, notamment dans les sociétés d'assurance dans le cadre des contrats collectifs. Generali France, par exemple, vient de présenter son nouveau programme d'assurance au comportement « Vitality ». Ainsi, après un questionnaire ciblés reprenant le poids, la taille, l'alimentation, la pratiques d'activités physique, le sommeil, les bilans sanguins, le stress, la consommation de tabac... L'assureur compte même récupérer les données des objets connectés si le client en possède, l'assureur détermine alors un score et des recommandations individuelles pour l'améliorer. L'amélioration de ce score permet à l'assuré d'obtenir des réductions chez les partenaires du groupe. En Allemagne, ces programmes sont couplés à une réduction des primes d'assurance. Pour l'instant, cette pratique tarifaire est interdite en France [97].

Les mutuelles sont désormais légalement autorisées, à la manière des autres organismes complémentaires, à différencier leurs prises en charge selon que le patient - client - consulte un praticien ayant adhéré ou non à une convention avec elles [98].

Les clauses tarifaires des conventions visent les domaines où l'assurance complémentaire est majoritaire dans le financement (dentaire, optique, audioprothèse). Les médecins et spécialistes notamment n'en font pas partie. En odontologie, cela implique une rupture d'égalité entre les chirurgiens-dentistes et les stomatologues, effectuant eux-aussi des actes dentaires. Le Conseil Constitutionnel n'a pas jugé que ces professions devaient être soumise à des règles identiques, selon sa décision du 23 janvier 2014 [99].

Les réseaux doivent être « ouverts », c'est-à-dire accessibles à tous les professionnels, sauf pour l'optique, où un numerus clausus d'adhésion est créé.

La loi évoque la liberté de choix du patient : « 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 ». En application, la différence de remboursement dans et hors réseau est telle que la forte incitation générée influe le choix de son praticien.

L'adhésion des professionnels de santé aux réseaux s'effectue sur la base de critères « objectifs, transparents et non discriminatoires et ne peut pas comporter de clause d'exclusivité ». Ainsi, une convention ne peut, par exemple, poser de critères de compétence, prêtant à interprétation. Ces critères ne sont pas toujours respectés, notamment par Santéclair qui a lancé un réseau fermé de praticiens pratiquant l'implantologie.

Le principe de l'accès aux soins pour tous est posé par la loi. Chaque année, pendant trois ans, le gouvernement remettra au Parlement un rapport qui portera « notamment sur les garanties et prestations que ces conventions comportent, leurs conséquences pour les patients, en particulier en termes d'accès aux soins et de reste à charge, et leur impact sur les tarifs et prix pratiqués par les professionnels [...] concernés.» [100]

De plus, la nouvelle nomenclature dentaire (CCAM) va amener les assureurs santé à réécrire leurs garanties et à réinvestir le champ de la négociation avec des chirurgiens-dentistes mis sous pression économique par leurs patients

Du point de vue de la Mutualité, soutenue par de nombreuses institutions et organismes (cour des comptes en 2010, IGAS, IGF, HCAAM...), il s'agit d'une véritable avancée, la mettant sur un pied d'égalité avec les autres organismes complémentaires. Elle souhaite que les avancées législatives se poursuivent et ne se limitent pas à l'optique, au dentaire et aux audioprothèses. Elle en profite pour assumer son nouveau rôle dans les négociations des tarifs avec les professionnels de santé. La notion d'égalité prônée est à moduler, en ce que les mutuelles dominaient déjà le marché de l'assurance complémentaire santé [101].

Le conseil constitutionnel avait été saisi lors du dépôt de la loi par au moins 60 députés UMP pour trois raisons principales :

- elle crée « une différenciation entre les mutuelles et le reste des complémentaires santé »,
- elle crée « une rupture d'égalité à l'accès aux soins pour les adhérents »,
- enfin, elle crée « une différenciation dans la notion de remboursement, ceci dans le Code de la santé publique n'est pas acceptable » selon les députés UMP [102].

Cependant, la loi impose également des critères de transparence des conventions ainsi qu'un rapport d'évaluation annuel des conventions établies. A ce jour, aucun rapport n'a jamais été publié dans ce cadre [103].

Faisant suite à une longue attente, le gouvernement a précisé le 11 octobre 2016 durant une séance de questions orales au Sénat, que la ministre de la santé avait confié la rédaction du rapport prévu par la loi Le Roux du 27 janvier 2014 à l'Inspection Générale des Affaires Sociales. Celui-ci devra également évaluer les conséquences des conventions, à savoir la collecte de données de santé des assurés, en exigeant les informations aux professionnels de santé, sous peine de ne pas rembourser le patient. Tout cela allant à l'encontre du secret professionnel, de la loi « informatique et libertés », mais aussi des valeurs de bases des contrats responsable et solidaires, selon lesquels une sélection médicale à l'adhésion est interdite [104].

La loi qui, au départ, n'avait lieu d'être uniquement que pour aligner les mutuelles aux autres organismes complémentaire s'est transformée en un texte réglementant les modalités de convention entre les organismes complémentaires et les professionnels de santé [105].

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, l'UNOCAM peut participer aux négociations conventionnelles entre l'UNCAM et les syndicats représentatifs des professionnels de santé. Qui plus est, les conventions concernant des professions pour lesquelles la part des dépenses prises en charge par l' Assurance Maladie est minoritaire, ne sont valides que si elles sont également signées par l'UNOCAM.

Selon un arrêté du 5 mai 2009, ces professions sont au nombre de trois : la chirurgie-dentaire, l'audioprothèse et l' optique-lunetterie. C'est à cet article du code de la sécurité sociale, l'Article L162-14-3, que la loi LE ROUX fait référence concernant les domaines concernés par les réseaux de soins.

## **4. La constitution des réseaux de soins, objectif prioritaire des organismes complémentaires**

Il convient de rappeler que les réseaux de soins diffèrent des réseaux de santé. Ces derniers sont « des regroupements pluridisciplinaires de professionnels de santé (médecins, infirmières) et d'autres professionnels (travailleurs sociaux, personnel administratif, etc) ». Ils sont pour la majorité associatifs (loi 1901), et ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge [106].

Un réseau de soins conventionné est une relation contractuelle entre un organisme complémentaire santé et un professionnel de santé ou un établissement de santé, établie pour diminuer les coûts des prestations en contrepartie d'un apport de clientèle [107].

### **4.1. Historique, constitution, présentation et mode d'organisation des réseaux**

#### **4.1.1. Historique**

Les complémentaires santé se sont créées depuis la naissance de la sécurité sociale en 1945, afin de prendre en charge le ticket modérateur, alors fixé à 20 %, à charge de l'assuré.

La part de prise en charge de l' Assurance Maladie a augmenté jusque dans les années 1980 à presque 80 %, pour diminuer jusqu'en 2011 à 75,5 %. Ce retrait a entraîné une augmentation du reste à charge pour les ménages et les complémentaires santé, a fortiori un rôle croissant des complémentaires dans le financement et l'orientation des prises de décisions thérapeutiques en modulant selon les actes le remboursement.

Le terme de « complément » du tarif de la sécurité sociale n'est plus adéquat puisque la base de remboursement de l' Assurance Maladie est déconnectée des coûts réels et des prix facturés à l'assuré. Les réseaux de soins ont été constitués dans l'objectif de maîtriser ce type de dépenses (optique, prothèses dentaires et orthodontie, audioprothèse), de conseiller l'adhérent, et de pouvoir contrôler la prestation délivrée.

Les organismes complémentaires, pour pouvoir respecter le principe de non sélection médicale et individuel, ont amélioré leur gestion du risque par la création des réseaux.

S'ils existent depuis les années 1990 par certaines conventions ou partenariats, comme pour le tiers payant en pharmacie sur la part obligatoire puis complémentaire, les réseaux ont été légalisés pour tous types d'organismes complémentaires via la loi LE ROUX [108].

Le protocole MGEN signé par la CNSD, alors premier syndicat de chirurgiens-dentistes, dans les années 1990, a été un des tous premiers réseaux de soins.

### 4.1.2. Organisation des réseaux de soins

Les réseaux de soins sont basés sur une convention de partenariat entre le professionnel de santé et un gestionnaire de réseau (soit l'organisme complémentaire, soit une plateforme intermédiaire mandatée).

Les réseaux de soins peuvent être « ouverts » c'est-à-dire accessible à tous les professionnels, ou « fermés ». Dans ce dernier cas, il y a un numerus clausus d'entrée par zone géographique, et la plateforme recrute les praticiens par des appels à candidature et par ordre d'arrivée. Actuellement, en France, seule l'optique est concernée par les réseaux fermés.

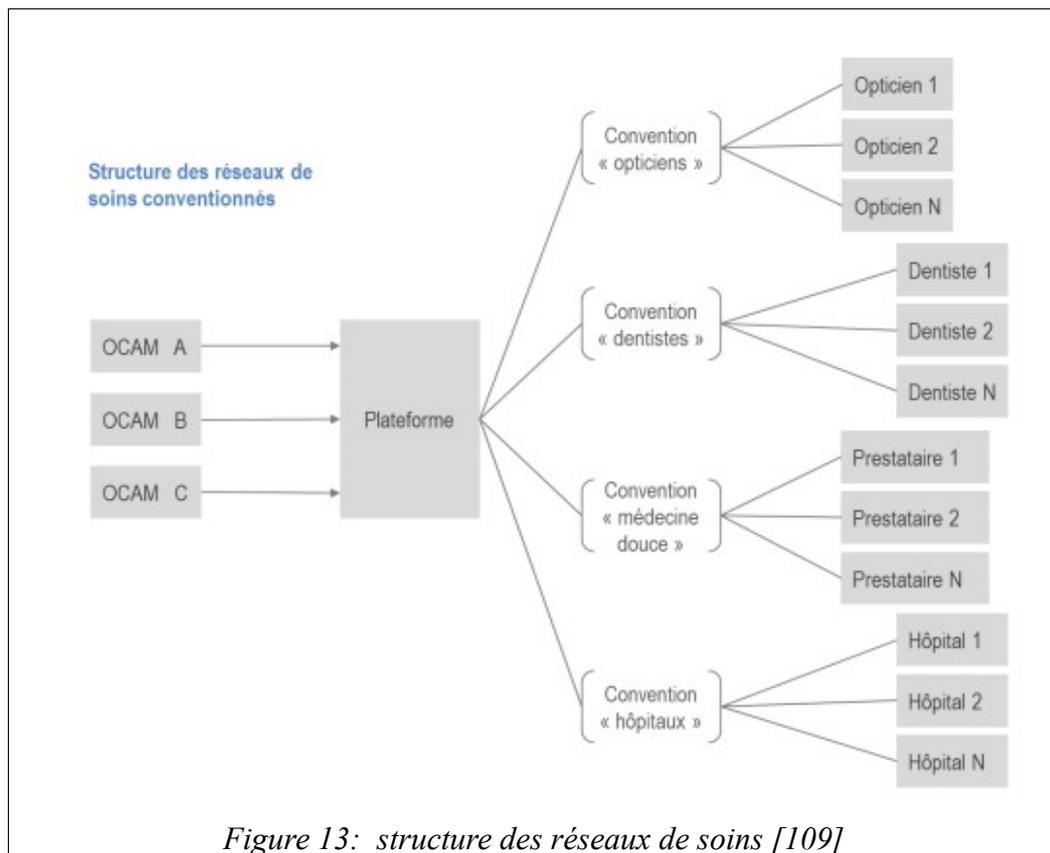


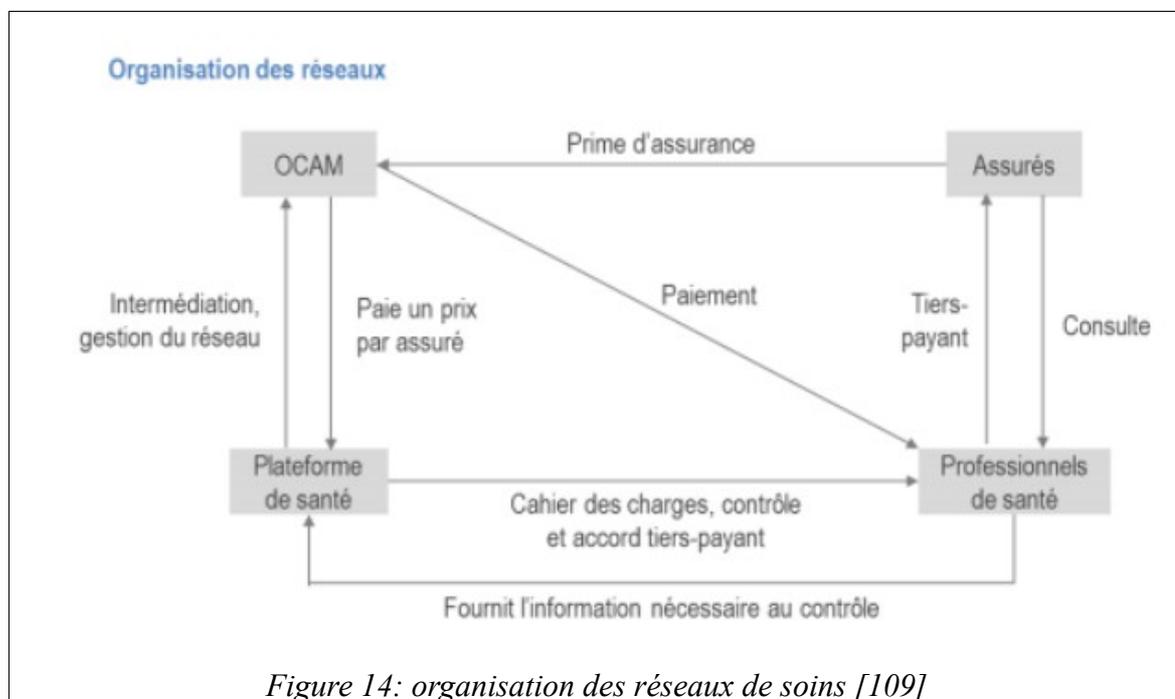
Figure 13: structure des réseaux de soins [109]

Les plateformes mettent à disposition des Organismes de Complémentaires de l'Assurance Maladie (OCAM) [110] :

- leur réseau de professionnel de santé,
- des tarifs négociés par les conventions,
- des outils d'évaluation de devis (analyse de devis par robot ou par téléphone par exemple),
- des services divers comme : des applications Web (géolocalisation des partenaires, analyse de devis, information hospitalière, conseils santé sur la nutrition, l'arrêt du tabac, dépistages...), des sites internet de vente de lunettes et lentilles ou des

interfaces internet pour remplir les devis.

Les domaines concernés sont l'optique, l'audioprothèse, les soins dentaires prothétiques, orthodontiques et implantaires, mais aussi les ostéopathes, diététiciens, chirurgie réfractive, et enfin chirurgie orthopédique. L'astuce juridique a été pour Santéclair de conventionner les établissements de santé et non les praticiens dans le domaine de la médecine où les réseaux sont interdits.



Les OCAM confient la gestion du réseau à des sociétés tierces, des plateformes commerciales, et celles-ci leur facturent quelques euros par personne et par an, en échange de l'accès à tous leurs services. La société Santéclair facture ainsi aux OCAM l'accès à l'ensemble de ses services 2,59 euros HT par an et par personne protégée<sup>18</sup> [108].

Les plateformes sont responsables du cahier des charges d'adhésion, de son contrôle, et de l'application du tiers payant.

Les professionnels de santé appliquent le tiers payant aux assurés, se font régler les prestations par les complémentaires, et doivent fournir les informations en vue du contrôle par les plateformes. Il s'agit en général de radiographies pré ou post opératoires pour le domaine dentaire.

Deux outils sont à la disposition des réseaux :

- négociation des tarifs avec les professionnels
- meilleur remboursement lorsque l'assuré consulte dans le réseau : c'est ce que l'on appelle un remboursement différencié (différent sous condition). Le protocole MFP/CNSD est basé sur cet outil.

<sup>18</sup> : environ 5 € par bénéficiaire par an, même si l'assuré n'utilise pas le service

## 4.2. Les plateformes en France et les conventions dans le domaine des soins dentaires

### 4.2.1. Les 8 principaux réseaux de soins conventionnés

Réseau de soins	Complémentaires santé adhérentes	Nombre de bénéficiaires	Professionnels de santé agréés
<b>Santéclair</b>	Allianz, GMF, MAAF-MMA, Mapa, MGC, MGP, MNT, IPECA prévoyance, Aon, Gras Savoye, Mercer, Novalis Taitbout, Verspieren, Macif	10 millions	3050 opticiens, 2900 chirurgiens-dentistes (dont 50 implantologues), 750 audio-prothésistes, 350 diététiciens, 315 ostéopathes et chiropracteurs, 34 hôpitaux et cliniques, 45 centres de chirurgie réfractive
<b>Kalivia</b>	Malakoff-Médéric, Union Harmonie mutuelles, mutuelle UMC, apréva, MUTUELLE SG, Amellis mutuelles, Mutuelle familiale de la Corse, Solimut, ADREA, Eovimcd, La Mutuelle Générale	11 millions	5000 opticiens, 2200 chirurgiens-dentistes, 3000 audioprothésistes
<b>Sévéane</b>	Groupama, Pro BTP, GAN	6 millions	3200 opticiens, 4800 chirurgiens-dentistes, 1100 audioprothésistes
<b>Itélis</b>	AXA, AXERIA, Mutuelle Mieux-être, Cardif, Uniprévoyance, Axiome, Diot, Gras Savoye, Mercer, S2H et AG2R La mondiale	9 millions	2500 opticiens, 2600 chirurgiens-dentistes et 140 implantologues, 900 audioprothésistes, 38 centres de chirurgie réfractive
<b>MGEN</b>	MGEN (MGEN Filia, Maif), MFP	4 millions	2127 établissements de santé conventionnés, 8021 opticiens, 23143 chirurgiens-dentistes, 3593 audioprothésistes
<b>Carte Blanche</b>	Swiss life, GMC, Cegema, Solly Azar, Tranquillité Santé (22 clients)	6,5 millions	7557 opticiens, 3831 chirurgiens-dentistes, 3281 audioprothésistes
<b>Actil</b>	Apicil, Vauban Humanis, Alptis, Intégrance, MMC, GRM, M comme Mutuelle, Cigna, mutuelle bleue	1,5 millions	13000 opticiens, 2200 chirurgiens-dentistes, 300 audioprothésistes (chiffres 2011)
<b>Carrés Bleus</b>	Matmut + 30 organismes complémentaires en "marque blanche"	500000	8500 opticiens

Tableau 6: panorama des réseaux de soins en France [111 à 124]

## 4.2.2. Les contrats de réseaux

### 4.2.2.1. Côté patient

Voici un exemple de contrat et de courrier envoyé au patient chez Allianz, assurance complémentaire santé partenaire et actionnaire du réseau Santéclair, où l'on peut constater les différences de remboursements selon qu'il y a convention souscrite par le praticien ou pas (Contrat d'Accès aux Soins ou non pour les médecins et la chirurgie ; contrat très basique et courrier d'information au patient sur l'existence du service Allianz Santé).

Barème de prestations : Allianz Compositio BP-AH1O1D1CS-0415		Allianz 
<b>Classic Adulte</b>		
Hospitalisation et Soins courants		Niveau 1
Optique et Auditif		Niveau 1
Dentaire		Niveau 1
Renfort « Sérénité » en cas d'hospitalisation		OUI
Renfort « Confort » pour les actes et soins non pris en charge par la SS (médecines douces...)		OUI
Votre garantie est codifiée sur vos documents		AH1O1D1CS
<b>Hospitalisation médicaux ou chirurgicale, maternité, hospitalisation à domicile, rééducation fonctionnelle quel que soit le lieu de l'hospitalisation en France</b>		
<b>Etablissements conventionnés</b>		
Frais de séjour, salle d'opération		Frais réels
Chambre Particulière		150€/jour
Frais de transport		Frais réels
Forfait journalier illimité		Frais réels
<b>Etablissements non conventionnés</b>		
Frais de séjour, salle d'opération		400%
Chambre Particulière		150€/jour
Frais de transport		Frais réels
Forfait journalier illimité		Frais réels
Honoraires médicaux et chirurgicaux (médecin n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins)		225%
Honoraires médicaux et chirurgicaux (médecin ayant adhéré au contrat d'accès aux soins*)		400%
<b>Frais divers</b>		
Actes de chirurgie en cabinet médical (médecin n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins)		225%
Actes de chirurgie en cabinet médical (médecin ayant adhéré au contrat d'accès aux soins*)		400%
Frais d'accompagnement (en cas d'hospitalisation d'un assuré dans la limite de 20 jours par hospitalisation)		40€/jour
Frais annexes (TV/Téléphone) dans la limite de 20 jours par hospitalisation		5€/jour
<b>Soins Courants remboursés par la Sécurité Sociale</b>		
Radio, actes techniques médicaux (médecin n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins)		100%
Radio, actes techniques médicaux (médecin ayant adhéré au contrat d'accès aux soins*)		100%
Consultations et visites de généralistes, spécialistes (médecin n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins)		100%
Consultations et visites de généralistes, spécialistes (médecin ayant adhéré au contrat d'accès aux soins*)		100%
Analyses, Auxiliaires médicaux		100%
Frais de transport (hors hospitalisation)		100%
Vaccins		Frais réels
Ensemble des fournitures et appareils (ex : petits et grands appareillages, orthopédie...) hors optique et auditif		100%
Cures thermales		100%
Médicaments (y compris homéopathie)		100%
<b>Soins non remboursés par la Sécurité Sociale : remboursement par année d'assurance</b>		
Médicaments prescrits (ex : pharmaciens partenaires Allianz...)		-
<b>Renfort Confort pour les soins courants non remboursés par la Sécurité Sociale : remboursement par année d'assurance</b>		
Supplément Médicaments prescrits		50€
Médecines douces (actes d'étiopathes, diététiciens, acupuncteurs, ostéopathes, chiropracteurs)		4 séances à 25€
Examens, analyses, radios prescrits		50€
Vaccins prescrits		Frais réels
<b>Optique** / Auditif</b>		
<b>(**) Remboursement maximum dans la limite d'1 équipement optique (verres + monture) :</b>		
- par période de deux ans,		
- dont plafond de remboursement pour la monture à 150€.		
sauf pour les mineurs et en cas de changement de défaut de vision pour les majeurs.		
Monture, deux verres (acceptés par la SS) de « correction simple »		100%
Monture, verres (acceptés par la SS) l'un de « correction simple », l'autre de « correction complexe ou très complexe »		100%
Monture, deux verres (acceptés par la SS) de « correction complexe ou très complexe »		100%
Lentilles (acceptées ou refusées par la SS)		100%
<b>Prothèse Auditive</b>		100%
<b>Dentaire</b>		
<b>Soins dentaires remboursés par la SS (y compris inlay-onlay)</b>		
Prothèse dentaire prise en charge par la SS (y compris inlay-core)		100%

SS : Sécurité Sociale

Les prestations sont exprimées en % de la base de remboursement (BR) de la Sécurité Sociale et incluent le remboursement de votre caisse de Sécurité Sociale. Ces prestations sont accordées dans la limite de ce que vous payez réellement et n'interviennent que sur les postes dont la Sécurité Sociale accepte la prise en charge (sauf pour les soins non remboursés par la SS précisés au barème).

Les remboursements en optique sont en fonction du défaut de vision. Ceux-ci sont classés de la façon suivante :

Verre de « correction simple » :

- Verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries

Verre de « correction complexe » :

- Verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries

005160 (002351) - 0002/0003

Figure 15: un exemple de contrat chez Allianz

## Allianz

Centre Solutions Client Santé  
TSA 61001  
67018 STRASBOURG Cedex  
Tél : 0978 978 078 (appel non surtaxé)  
Fax : 03 88 76 26 26  
Votre Espace Client : www.allianz.fr

Contrat ALLIANZ COMPOSIO n° [REDACTÉ]  
(Référence à rappeler dans toute correspondance)

Strasbourg, le 31 octobre 2016

Monsieur,

J'ai bien reçu votre demande d'estimation de remboursement pour les soins concernant [REDACTÉ]. Selon le devis que vous nous avez fourni, le détail des remboursements serait le suivant :

	Vos dépenses	Remboursement de votre caisse d'assurance maladie	Remboursement Allianz	Reste à votre charge
<b>Soins acceptés</b>				
1 REP PROTHESE	120,00 E	30,10 E	34,40 E	55,50 E
<b>TOTAUX</b>	<b>120,00 E</b>	<b>30,10 E</b>	<b>34,40 E</b>	<b>55,50 E</b>

Cette estimation est indicative, et pourra évoluer en fonction des dépenses réellement engagées, dans le cadre des conditions habituelles de remboursement.

Nous vous rappelons que ces soins font l'objet d'un plafond annuel de remboursement. Aussi, je vous invite à nous contacter au moment où les frais seront engagés pour en vérifier le montant disponible.

Par ailleurs, nous vous rappelons que vous pouvez faire appel à notre service Allianz Santé Service. Ce service vous informe et vous conseille sur les équipements et les techniques adaptées à vos besoins, et analyse les devis fournis par votre praticien. **Il vous permettra peut-être de faire significativement baisser le montant de vos dépenses**, et donc le montant qui restera à votre charge. C'est un service totalement gratuit, et qui ne vous engage en rien. **Vous pouvez contacter les conseillers Santéclair au 0970 809 815 (appel non surtaxé).**

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.



Emmanuel Puig  
Responsable du Centre Solutions Client Santé

Figure 16: courrier d'information après l'envoi d'un devis

Lorsqu'il souscrit à leur contrat d'assurance, les assurés ne sont pas toujours bien informés à propos d'un probable réseau auquel est rattaché sa complémentaire santé. Le service en question peut avoir un autre nom comme ici « service Alliance Santé Service ».

#### 4.2.2.2. Côté Praticien

Du côté du professionnel de santé, l'adhésion à un réseau va signifier la signature et le respect de plusieurs conventions et chartes.

##### 4.2.2.2.1. La convention de partenariat entre le chirurgien-dentiste et l'organisme complémentaire

En annexe 6 et 7, deux contrats de réseaux sont consultables, ainsi que les tarifications des actes : Kalivia et Santéclair.

##### 4.2.2.2.2. Les chartes de bonnes pratiques et qualité

Conçu dans le respect de la Charte de bonnes pratiques pour les relations entre les chirurgiens-dentistes et les organismes complémentaires d'Assurance maladie, ce partenariat est fondé sur des engagements réciproques.

*Figure 17: extrait du site kalivia mentionnant la charte [113]*

La charte<sup>19</sup> a été signée le 26 juillet 2013 par l'UNOCAM et la CNSD (Confédération Nationale des Syndicats Dentaires, alors premier syndicat dentaire de France).

##### Vos engagements...

> Le respect de la Charte Qualité, rédigée en étroite collaboration avec des praticiens en exercice, et s'appuyant sur les bonnes pratiques de la profession.

*Figure 18: extrait du site Kalivia à propos de la Charte Qualité [113]*

Cette charte qualité, ou cahier des charges, n'est disponible qu'en échange d'une constitution de dossier sur le site Kalivia santé, de même pour Santéclair, contenant toutes les informations civiles et professionnelles dont le numéro RPPS.

##### 4.2.2.2.3. Le cahier des charges ou charte qualité

La charte qualité<sup>20</sup> comprend les engagements du praticien, à savoir :

- la qualification de l'équipe soignante, l'environnement de travail (notamment le respect des règles d'asepsie et d'hygiène, la stérilisation, les règles en terme de radiologie...),
- la qualité, sécurité et la traçabilité des dispositifs médicaux sur mesure,
- la qualité de l'accueil et de la relation avec le patientèle,
- les pratiques médicales : préventions, soins conservateurs, recommandations de la plateforme, échanges confraternels.

Chez Kalivia, la charte qualité est assez complète et a été co-rédigée avec des chirurgiens-dentistes en exercice. Une garantie 10 ans sur les couronnes a été instaurée.

19 : voir annexe 5

20 : voir annexe 6

### 3.2 Mise en place d'une garantie de 10 ans sur les couronnes

Étant préalablement entendu qu'une prothèse dentaire est un dispositif médical sur mesure, soumis aux aléas thérapeutiques, et non un bien de consommation courante, le Praticien partenaire et les Organismes utilisateurs de Kalivia s'associent pour garantir pendant 10 ans toute couronne unitaire dento-portée, posée en France dans le cadre du conventionnement Kalivia.

**Cet engagement permet d'assurer une véritable continuité des soins auprès des bénéficiaires<sup>1</sup>, dans les conditions ci-après :**

- › Pour une première période de 1 an, le Praticien partenaire, qui a posé la couronne, s'engage à réaliser, sans frais pour le Bénéficiaire ni pour l'organisme partenaire de Kalivia, tout acte lié au remplacement de la couronne.
- › Ensuite, pour une période de 9 ans, les Organismes utilisateurs de Kalivia s'engagent à rembourser au bénéficiaire son éventuel reste à charge<sup>2</sup> pour tout acte lié au remplacement de la couronne, à due concurrence des honoraires de la couronne initiale, dans la mesure où l'acte lié au remplacement est réalisé par le praticien partenaire qui a posé la couronne initiale.
- › Ces garanties s'exercent à l'exception des cas suivants :
  - utilisation impropre des maxillaires (ex : bris d'objets durs impropres à la consommation) ;
  - suivi bucco-dentaire irrégulier (moins d'une consultation par an) ;
  - mauvaise hygiène bucco-dentaire ;
  - effets de l'usure normale ;
  - accidents, traumatismes ;
  - pièce défectueuse avec responsabilité engagée du fabricant (laboratoire de prothèse).

<sup>1</sup> Dans la mesure où ces derniers sont toujours bénéficiaires d'une couverture santé auprès de l'Organisme utilisateur au moment de la survenance du sinistre.

<sup>2</sup> Part des honoraires restant à la charge du bénéficiaire, déduction faite des éventuelles prises en charge obligatoire et complémentaire de la prothèse initiale.

*Figure 19: a garantie 10 ans sur les couronnes proposée par kalivia [Cf Annexe 6]*

Malgré cette annonce de garantie, il apparaît que dans la majorité des cas, c'est plutôt la Responsabilité Civile Professionnelle du praticien qui serait mise en cause.

#### 4.2.2.2.4. La réalité des contrôles

Si la charte qualité comprend un engagement dans le cadre de l'environnement de travail, des contrôles réguliers devraient être réalisés sur place afin de vérifier le respect des normes, déjà obligatoires pour tous. A ce jour, aucun contrôle n'a jamais été fait sur ce plan selon les syndicats de chirurgiens-dentistes. Si tel était le cas, est-ce le rôle de plateforme commerciale de contrôler, ou alors outrepassé-t-il celui de l'Ordre ?

Chaque plateforme ou organisme complémentaire met à sa disposition un « consultant » ou un « expert » chargé de contrôler la qualité des traitements et du plan de traitement. Dans le cas de Santéclair, le consultant est un médecin : le Docteur Cosnard, directeur médical.

Dans le cas de kalivia, le réseau annonce dans sa charte qualité un chirurgien-dentiste consultant, inscrit à l'Ordre. Celui-ci est chargé de demander une justification du plan de traitement, d'aider le chirurgien-dentiste partenaires dans certaines démarches administratives (codification CCAM...) et de vérifier a posteriori la qualité des soins prodigués. La charte précise les documents justificatifs : clichés radiographiques médicalement justifiés, photos de moulage, déclaration de conformité du dispositif médical sur mesure...

L'envoi de toutes pièces du dossier du patient à un tiers (même professionnel de santé) est interdit par le respect du secret médical. Celui-ci peut être levé uniquement pour raisons médicales, par exemple lors de traitements nécessitant une coopération médicale pluridisciplinaire ou lors d'un contrôle d'activité, il sera partagé avec les praticiens conseils. Il est donc interdit aux chirurgiens-dentistes d'envoyer ces radiographies directement aux organismes complémentaires. Cependant, certains organismes complémentaires ajoutent des clauses illégales dans leurs contrats, subordonnant le remboursement du patient à l'envoi par le praticien de radiographie dites « de contrôle ».

Voici quelques exemples d'autres clauses [125] :

- « A partir d'un seuil de travaux prothétiques devisés pour un montant supérieur ou égal à 5 000 €, il est demandé au bénéficiaire de fournir obligatoirement une panoramique avant travaux et une panoramique après travaux de façon à certifier l'existence des travaux réalisés par rapport aux travaux devisés. Le respect de cette procédure conditionne le règlement par la Mutuelle des prestations présentées au remboursement. Les panoramiques sont prises en charge par la Mutuelle. »
- « Afin d'assurer le contrôle des travaux dentaires avant ou après leur exécution, le dentiste consultant de la Mutuelle pourra :
  - demander la remise d'une radiographie panoramique à jour.
  - cette radiographie panoramique sera prise en charge par la Mutuelle sur simple demande par courrier accompagné de la facture acquittée adressé au service dentaire. La radiographie panoramique sera restituée, après usage, à l'adhérent. »
- « Après lecture du devis établi par le Docteur UNTEL, nous vous serions gré de vous rapprocher de ce dernier afin de nous communiquer les éléments ci-dessous ; Ils nous permettront d'instruire votre demande de prestations selon les termes de votre garantie à « MUTUELLE UNTEL » – les radiographies ou OPT avant traitement prothétique des dents : nn, nn , nn , nn – les radiographies ou OPT de contrôle, prothèses définitives sur implants en place pour versement de notre participation selon le contrat souscrit »
- « Attention ces frais peuvent faire l'objet d'un contrôle exercé par notre chirurgien-dentiste consultant avec production de radiographies ».

Voici un exemple de courriel Santéclair.



Figure 20: exemple de courriel envoyé par Santéclair à un chirurgien-dentiste

Conscient de ces irrégularités, le réseau Kalivia précise les modalités de transmission des informations. Si des clichés radiographiques supplémentaires sont « nécessaires à la validation de la qualité de la prestation », mais non médicalement justifiés, donc non inclus et non réalisés dans le plan de traitement, le chirurgien-dentiste consultant, après avoir obtenu l'accord du patient, en fait la demande au praticien. Ce dernier, pour respecter le secret médical, réalise alors le cliché et le remet au patient, charge à ce dernier de la remettre au consultant. La prise en charge financière totale de ce clichés est alors pris en charge par l'organisme complémentaire (uniquement si le praticien en fait la demande).

Néanmoins, ces pratiques restent contraires à la réglementation régissant l'utilisation de rayonnements ionisants et la radioprotection du patient reposant sur le principe ALADA de minimisation de la dose rayonnements délivrée. Dans ce cadre, le réseau professionnel national « PCR-Dentaire GoogleGroup », constitué de chirurgiens-dentistes compétents en radioprotection, a signalé à l'Autorité de Sureté Nucléaire ces pratiques contraires aux bonnes pratiques médicales et à l'article R1333-56 du Code de la santé publique pris en application du principe de justification des actes exposant aux rayonnements ionisants mentionné au 1° de l'article L. 1333-1. L'ASN a répondu favorablement à ce signalement, indiquant que la Fédération Nationale de la Mutualité Française en avait été informée et avait promis de relayer l'information auprès de ses mutuelles [126].

## 4.3. Analyse des réseaux de soins conventionnés

### 4.3.1. Point de vue déontologique et éthique [127]

Certains points de l'organisation des réseaux de soins sont en désaccord avec le code de déontologie des chirurgiens-dentistes. Ce code est intégré dans le code de la santé publique.

Le code de déontologie pose les bases de la médecine libérale.

#### Article R4127-210

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

Ces principes sont :

- Libre choix du chirurgien-dentiste par le patient ;
- Liberté des prescriptions du chirurgien-dentiste ;
- Entente directe entre patient et chirurgien-dentiste en matière d'honoraires ;
- Paiement direct des honoraires par le patient au chirurgien-dentiste.

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

*Figure 21: l'article R4127-210 du code de la santé publique [128]*

#### 4.3.1.1. Liberté du patient

Sur les sites internet de la plupart des plateformes, le patient est bien informé qu'il conserve le choix de son praticien, que ce dernier propose le plan de traitement qu'il préconise, mais la liberté de choix du patient est néanmoins influencée par le remboursement différencié et la pratique du tiers payant.

#### ■ Les Engagements de Kalivia et des complémentaires santé :

- Le respect des savoir-faire et de la liberté de prescription
- L'amélioration des prises en charge complémentaires
- L'orientation des bénéficiaires vers les professionnels de santé partenaires de Kalivia grâce à des outils de géolocalisation
- Le respect de la confidentialité des données sensibles
- Des newsletters permettant des retours d'information réguliers
- Une commission technique par discipline, lieu d'échange sur l'activité des réseaux et les évolutions de la profession

*Figure 22: extrait du site internet de kalivia [113]*

#### **4.3.1.2. Confraternité**

L'article R4127-262 du code de la santé publique énonce que « le détournement ou la tentative de détournement de clientèle est interdit ».

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

#### **4.3.1.3. L'indépendance**

L'article R4127-209 énonce : « Le chirurgien-dentiste ne peut aliéner son indépendance professionnelle de quelque façon et sous quelque forme que ce soit »

L'article 4127-238 énonce que le praticien est libre de ses prescriptions et ses actes, du moment qu'ils les estiment appropriés et nécessaire à la qualité et l'efficacité des soins. Il vient appuyer le fait que les organismes d'assurance complémentaire, leur gestionnaire de réseau, ou même l'Assurance Maladie Obligatoire n'ont pas le droit d'entraver cette liberté.

L'article R4127-246 dit : « L'existence d'un tiers garant tel qu'assurance publique ou privée, assistance, ne doit pas conduire le chirurgien-dentiste à déroger aux prescriptions de l'article R. 4127-238. »

L'article R4127-248 énonce : « Les chirurgiens-dentistes sont tenus de communiquer au Conseil national de l'ordre par l'intermédiaire du conseil départemental les contrats intervenus entre eux et une administration publique ou une collectivité administrative. Les observations que le conseil national aurait à formuler sont adressées par lui au ministre dont dépend l'administration intéressée »

L'indépendance professionnelle est mise à mal dans le sens où le praticien pourrait dépendre du réseau pour continuer à travailler, c'est-à-dire dépendre de la patientèle – clientèle - que le réseau a promis de lui envoyer. Elle peut l'être également par les éventuelles incitations à utiliser tel ou tel fournisseur (prothésiste,...) ou tel ou tel matériau ou produit (projet réseau Eurotechnika- Crédit Mutuel).

#### **4.3.1.4. Publicité**

L'article R4127-215 du Code de la Santé Publique(CSP) interdit tout procédés directs ou indirects de publicité.

L'article R4127-224 du CSP interdit le compéage avec toute personne même étrangère au monde médical.

Or, les publicités sur les tarifs des soins dentaires se multiplient. On peut citer cet exemple du réseau Itelis en 2014 :



Figure 23: une publicité du réseau itelis à Toulouse

En bas de l'affiche, un petit astérisque indique : « pour les couronnes et bridges par comparaison avec les prix médians constatés chez les chirurgiens-dentistes partenaires du réseau de soins Itelis ». Une très courte recherche *google* indique tous les praticiens partenaires présents par géolocalisation ainsi que les listes exhaustives en dentaire et en optique.



Figure 24: recherche google Itelis à Toulouse

Les chirurgiens-dentistes concernés avaient alors prévenu l'Ordre départemental en déposant plainte auprès de lui :

**Plainte à l'Ordre Départemental contre les praticiens nommés sur leur site de recherche par code postal**

Mr le Président de l'Ordre Départemental,

Je vous demande par la présente d'enregistrer ma plainte contre les Docteurs

K.....N.....exerçant au .....

B.....T.....exerçant au .....

A..... R.....exerçant au .....

J.....S.....exerçant au .....

pour les raisons qui suivent : à 50 mètres de mon cabinet , j'ai découvert une affiche publicitaire vantant les économies substantielles réalisées chez les chirurgiens dentistes partenaires du réseau Itélis (voir pièce jointe).

En cherchant sur internet, cela ne m'a pas pris plus d'une minute pour trouver le nom et l'adresse de ces chirurgiens dentistes « Itélis » les plus proches de mon cabinet dentaire à l'adresse web suivante

[http://partenaires.itelis.fr/partners?access\\_token=uqmh7iaw&type=p](http://partenaires.itelis.fr/partners?access_token=uqmh7iaw&type=p)

Je constate que ces faits révèlent plusieurs infractions déontologiques: compérage (article R4127-224 du code de la santé publique), manquement aux devoirs de confraternité, en particulier tentative de détournement de clientèle (article R 4127-262), et publicité (article R 4127-215) pour les confrères nommés. Ces manquements, dont rien ne me permet de penser qu'ils ne se sont pas déjà produit dans le passé sans que je le sache me portent un préjudice professionnel.

Par ailleurs, l'Ordre est-il informé de la teneur des accords passés entre les confrères concernés et la société en cause ? (article R4127-248)

Dans l'attente de votre réponse, Je vous remercie de l'attention qui sera portée à ma demande, et vous prie d'agréer, Monsieur le Président, cher confrère, l'expression de mes sentiments les plus confraternels."

*Figure 25: courrier type envoyé pour déposer plainte à l'Ordre [129]*

Les noms des praticiens conventionnés chez Itelis ne sont aujourd'hui plus accessibles que pour les assurés appartenant au réseau.

#### **4.3.1.5. Tact et mesure**

L'Article R4127-240 énonce que :

« Le chirurgien-dentiste doit toujours déterminer le montant de ses honoraires avec tact et mesure.

Les éléments d'appréciation sont, indépendamment de l'importance et de la difficulté des soins, la situation matérielle du patient, la notoriété du praticien et les circonstances particulières.

Le chirurgien-dentiste est libre de donner gratuitement ses soins. Mais il lui est interdit d'abaisser ses honoraires dans un but de détournement de la clientèle. »

#### **4.3.1.6. Paiement direct des honoraires**

L'article R4127-210 énonce que le paiement des honoraires devrait se faire directement par le patient au chirurgien-dentiste.

Il en est autrement puisque dans tous les réseaux le praticien s'engage à pratiquer le tiers payant sur des honoraires plafonnés unilatéralement.

#### **4.3.1.7. Le secret médical**

L'Article R4127-206 énonce que :

« Le secret professionnel s'impose à tout chirurgien-dentiste, sauf dérogations prévues par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du chirurgien-dentiste dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. »

L'Article R4127-208 énonce que :

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

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

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

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

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

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

### 4.3.2. Les procédures judiciaires

Les réseaux sont en réalité des sociétés commerciales dont les actionnaires sont les complémentaires santé. Ils agissent comme de véritables apporteurs d'affaires pour le chirurgien-dentiste signataire de leurs conventions.

Le réseau Santéclair annonce même clairement sur son site internet qu'il garantit de « capter les adhérents de la complémentaire que celle-ci ne manque évidemment pas d'aiguiller vers son cabinet », et que le gain se fera par un surcroît d'activité malgré les diminutions tarifaires contractuelles [130].

Pour inciter le patient à recourir à un praticien agréé le taux de remboursement peut même être augmenté (principe du protocole MFP-CNSD).

Les devis envoyés par les patients à leur complémentaire santé sont transmis systématiquement à la plateforme, sans aucun consentement du patient. Les réseaux interviennent « avant la consommation de soins » en procédant à « l'analyse des devis » par des « experts » pour déterminer si le tarif proposé par le professionnel est « justifié ».

Il n'y a aucune information disponible sur ces experts quant à leurs qualifications, leurs critères de jugement. De plus, il semble difficile de pouvoir attester la légitimité des tarifs des prestations sans dossier médical, sans patient [131].

Si le devis est considéré comme trop élevé par rapport à une moyenne géographique, la plateforme sollicite téléphoniquement ou par courrier l'assuré pour les inciter à changer de praticien.

Dans l'émission CAPITAL diffusée par la chaîne M6 le 9 novembre 2014 sur le réseau Santéclair, il s'agit bien d'un démarchage commercial actif où l'assuré, non demandeur, se voit informer des prix du réseau, et inciter à changer de praticien.

Ce « démarchage agressif » a été vérifié et attesté par acte d'huissier de justice, avec l'intervention des forces de l'ordre pour pénétrer les locaux du réseau concerné.

Si l'opérateur ne parvient pas à obtenir un changement de praticien par l'appel du prix, il est alors proposé un nouveau plan de traitement avec d'autres tarifs.

Outre la violation des règles déontologiques sus-citées, les réseaux contreviendraient également plusieurs autres codes car ils exercent :

- une entente anti-concurrentielle prohibée aux vues du Code du Commerce,
- une pratique contraire au Code la Sécurité Sociale prohibant l'instauration du numerus clausus (réseau fermé souhaité pour les implantologues),
- des pratiques contraires aux dispositions du Code de la Santé publique,
- des pratiques constitutives de publicité comparative illicites.

#### **4.3.2.1. Les procédures de la CNSD contre Santéclair**

En avril 2015, la Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD) annonce dans un communiqué qu'elle a saisi l'Autorité de la concurrence pour lui demander de condamner certains agissements de Santéclair [132].

Dans ses motifs, la CNSD rappelle que l'avis favorable délivré par l'Autorité de la concurrence le 12 février 2009 sur l'effet pro concurrentiel des réseaux de soins « n'est pas un passe-droit, autorisant toutes les pratiques. » [133]. Selon le syndicat, Santéclair « détruit la relation de confiance entre les chirurgiens-dentistes et leurs patients » en menant une « véritable politique de dénigrement des chirurgiens-dentistes non affiliés, par toutes les voies de communication possibles (téléphone, réseaux sociaux, presse écrite, télévision). ».

Les agissements de Santéclair feraient subir aux chirurgiens-dentistes non adhérents « des pertes significatives de chiffre d'affaires ».

La CNSD estime que « les employés de la plateforme ne sont pas en mesure, eu égard à leur formation et leur niveau de compétence » de juger des tarifs pratiqués selon les actes de soins. Elle dénonce « une tromperie vis-à-vis des patients, de l'exercice illégal de la chirurgie dentaire, voire d'une pratique commerciale déloyale ».

Dans sa décision n°16-D-23 du 24 octobre 2016 [134], l'autorité de la concurrence rejette la saisine de la CNSD, car les « faits invoqués dans le cadre de la saisine de la CNSD ne sont pas appuyés d'éléments suffisamment probants pour étayer l'existence de pratiques qui auraient eu pour objet ou pour effet d'entraver le libre jeu de la concurrence. Il y a lieu, en conséquence, de faire application des dispositions de l'article L. 462-8 du code de commerce et de rejeter la saisine ».

Il convient de rappeler que le protocole MGEN-CNSD reste défendu par ce syndicat en raison de son caractère dit « ouvert » de son réseau et du niveau élevé de plafonnement des actes prothétiques et orthodontiques....

#### **4.3.2.2. Les procédures de l'UD, anciennement UJCD, contre Santéclair**

L'Union Dentaire, autre syndicat de chirurgiens-dentistes, choisit de s'attaquer à la source du problème des réseaux et demande à la justice de prononcer la nullité de Santéclair, soit l'annulation de cette société. Elle estime ses pratiques illicites, dénonce l'opacité et la complexité du dossier créées par les actionnaires (les complémentaires adhérentes), les « formules creuses » employées (« prix moyen » d'un dispositif médical sur mesure), le rôle de « boucs émissaires » donné à la profession (« confusion voulue entre profession médicale et activité commerciale »). L'Union Dentaire déclare se battre pour l'ensemble des professionnels de santé, car estime que ces réseaux s'étendront à la manière des réseaux américains [135].

Elle a demandé dans une assignation déposée mercredi 30 septembre 2015 au Tribunal de grande instance de Nanterre, de constater la nullité de cette société, d'ordonner sa dissolution et d'interdire la poursuite de toute activité en marge de la loi [136].

Aujourd'hui, selon un cadre du syndicat, Santéclair s'est désisté de sa demande d'invalidation de procédure contre l'Union Dentaire, et ce dernier attend la convocation de la justice.

#### **4.3.2.3. Les procédures de la FSDL**

La Fédération des Syndicats Dentaires Libéraux a d'abord accompagné plusieurs de ses adhérents dans des procédures judiciaires entre chirurgiens-dentistes adhérents et non adhérents.

La Cour de cassation, par un arrêt en date du 18 mars 2010 (pourvoi n° T 09-10.241), a condamné la MGEN pour discrimination financière [137].

Elle a été également condamnée par le Tribunal d'Instance du 13<sup>ème</sup> arrondissement de Paris pour discrimination financière, pratique de la chirurgie dentaire comme un commerce, et entrave à la liberté de choix du patient de son praticien, et en vertu de l'alinéa 3 de l'article L112-1 du code de la mutualité [138].

Ensuite, il concerne des plaintes à l'encontre de Santéclair.

Il est démontré lors de ces procédures :

- les publicités faites par un tiers au profit d'un praticien adhérent, et au détriment du confrère non adhérent
- le démarchage actif via notamment l'étude d'un script de démarchage<sup>21</sup> (trouver le numéro de l'assuré, l'appeler 3 fois dans la journée à des heures différentes, proposer une alternative de plan de traitement si refus de changer de praticien...).

Ainsi, un article du 23 mars 2015, recense plusieurs dizaines de cas de chirurgiens-dentistes membres du syndicat FSDL, qui ont déposé des plaintes ordinaires pour des cas de détournements de clientèle via la plateforme Santéclair [139].

Dans ce dossier, l'avocat de la FSDL, en charge de ces plaintes, saisit le tribunal de grande instance de Nantes au mois de novembre 2014, entraînant la perquisition des locaux de Santéclair par huissier de justice.

En réponse, Santéclair assigne le 29 janvier 2015, la FSDL au Tribunal de Grande Instance de Paris au motif d'une campagne d'appel à boycott du réseau et des fournisseurs du réseau [139].

Le 5 mai 2015, des perquisitions simultanées sont diligentées par l'Autorité de la concurrence au sein de cabinets dentaires de confrères, cadres syndicaux de la FSDL, des conseils départementaux de l'Ordre de l'Isère, Haute-Garonne, Dordogne, et Paris, et du

---

21 : Voir annexe 8 et 9

conseil national de l'Ordre. La procédure est en cours [140].

Il est à noter que Santéclair s'était opposé, pour des motifs similaires d'appel au boycott, aux Syndicat National des Ophtalmologistes de France (SNOF), et à Alliance Optique (groupement d'opticiens indépendants) et a perdu ce procès.

#### **4.3.2.4. Les procédures entre l'Ordre des chirurgiens-dentistes et Santéclair**

Dès 2002, plusieurs conseils départementaux jugent le réseau « non déontologique » et invitent les chirurgiens-dentistes adhérents à Santéclair à quitter le réseau sous peine de sanctions. En février 2009, l'Autorité de la Concurrence rend une décision à l'encontre du Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes et de plusieurs ordres départementaux, car ils portaient atteinte à « l'intérêt des patients », et prênaient le boycott. Cette décision a été confirmée par la Cour de cassation en 2011, et l'Ordre a été condamné à une amende totale de 78 000 € [139,141].

Pour mémoire, le code de déontologie énonce que la profession ne doit pas être exercée comme un commerce [142]. Que vient faire l'Autorité de la Concurrence dans ces affaires ?

### **4.3.3. Point de vue économique**

#### **4.3.3.1. Un modèle importé des Etats-Unis présentant plusieurs limites**

Les réseaux s'apparentent au modèle du « *Managed Care Organization* » américain (*MCO*), terme générique qui désigne tout système intégrant à la fois le financement et les prestations de soins [143].

Le système américain du *MCO* est réparti en deux volets : le *Preferred Provider Organization (PPO)*, plus coûteux mais libre, et les *Health Maintenance Organization (HMO)*, ou réseaux de soins. Les *HMO* ont été initiés dans les années 1930 par les entreprises qui, responsables de la couverture de leurs employés, ont souhaité contrôler les dépenses, malgré la forte opposition des associations de médecins.

Aujourd'hui, les *HMO* présentent leurs limites : utilisations de références médicales, limitation des examens, autorisations particulières pour certains traitements, et les plus gros consommateurs peuvent être exclus.

Les réseaux de soins évoluant à la manière des *Independent Practice Association (IPA)* et du *network model* pourraient également appliquer à terme le système de forfait ou d'enveloppe : les professionnels de santé perçoivent un « forfait par patient » annuel, et tout dépassement entraîne le financement des soins supplémentaires par le professionnel de santé [143].

Une enquête de la *Kaiser Family Foundation* d'août 2001 selon laquelle 39 % des personnes interrogées (contre 21 % en 1997) considèrent que les services fournis par les *MCO* (49 % pour les *HMO*) ne sont pas satisfaisants en terme de qualité et de coût.

Les 2/3 des assurés indiquent que leurs médecins passent moins de temps avec eux, et 54 % pensent que le *managed care* a entraîné une baisse de la qualité des soins. Enfin, une personne sur deux environ déclare avoir eu un problème en 2000, comme le refus de prise en charge (13 %), des paiements supplémentaires (13 %), la difficulté de consulter un praticien (10 %).

De plus, les *MCO* sont accusées par des collectifs de patients et de soignants d'avoir restreint l'accès aux soins et d'avoir accentué le renoncement aux soins plutôt que la promotion de soins appropriés. En effet, les personnes qui en ont le plus besoin n'ont plus accès au système de santé.

Selon Frédéric BIZARD, ces réseaux « conduisent à une forte hausse des coûts de gestion », et à terme « d'une hausse des dépenses de santé ». En effet, si la qualité baisse alors la longévité diminue, ce qui entraîne une hausse des volumes. Cela conduirait également à « une course aux assurés » des complémentaires, accélérant la concentration de ces organismes et aboutissant à un nombre restreint d'importants groupes privés, ayant la puissance nécessaire pour influencer les professionnels de santé et la fréquentation des réseaux par les patients [54].

Parallèlement à ces réseaux, les *HMO* possèdent des établissements de santé – ou *staff model* (hôpitaux, maisons médicales ambulatoires...), et les professionnels de santé sont salariés des complémentaires.

Le système américain présente cependant :

- un niveau de dépenses de santé parmi les plus hauts des pays de l'OCDE (17,5% du PIB contre 9,5% pour la moyenne des pays de l'OCDE),
- une surconsommation de soins low cost (hausse du volume de consommation de soins incitée par la baisse des prix),
- une augmentation des coûts de gestion de la santé par l'ajout d'intermédiaires (les plateformes commerciales),
- une médecine à deux vitesses : d'un côté une médecine de réseaux, de l'autre une liberté de choix et de praticiens qui se paie.

#### **4.3.3.2. Des établissements de santé mutualistes en difficultés financières**

En France, les mutuelles ont, elles aussi, créé des établissements de santé, dont les activités sont variées : magasins d'optique, centres d'audition, centres dentaires, laboratoires de prothèses dentaires, centres infirmiers, EHPAD, pharmacies, hôpitaux... [54] Si ce caractère d'offreurs de soin a longtemps été un avantage, leurs établissements sont confrontés aujourd'hui aux mêmes difficultés que l'ensemble des professionnels de santé.

Un rapport de l'IGAS de 2013 déclare que « le modèle économique des centres de santé est structurellement boiteux », que ceux-ci sont « financièrement fragiles », et qu'ils « bouclent le budget par une subvention » (caisses d'assurances maladie, associations, mutuelles...).

Ainsi, de nombreux établissements de santé mutualistes ou groupes d'offreurs de soins ferment leurs portes ou déclarent de lourds déficits, y compris pour les plus gros groupes : par exemple, la MGEN Action sanitaire et sociale est déficitaire (plus de 4 millions d'euros en 2013, 5 millions d'euros en 2014) [144].

L'intérêt, pour les professionnels de santé exerçant dans ces centres, est le statut de salarié qui permet une approche plus sociale des patients, sans se soucier du nombre de patients soignés ou de l'équilibre financier de la structure. Dans ces centres, les tarifs sont plafonnés et en tiers-payant intégral. La mauvaise santé financière de ces établissements illustre qu'un modèle centré sur le patient, accompagné par des actes à faible valorisation tarifaire n'est probablement pas viable, et pourrait justifier la nécessité de compléments d'honoraires ou de valorisation à valeur réelle des actes [145,54].

C'est d'autant plus vrai que le praticien perçoit un salaire fixe, plutôt qu'un pourcentage sur les actes réalisés impliquant un nombre d'actes et d'heures travaillés pour obtenir un salaire convenable.

#### **4.3.4. Qu'en pensent les représentants politiques ?**

En l'absence du rapport annuel prévu normalement depuis 3 ans par la loi LE ROUX dans son article 3, le ministère et les législateurs prennent des positions sur des bases instables. La réalisation du rapport a été récemment confiée à l'IGAS par le Ministère de la santé.

Il n'existe aucune étude publique fiable sur le sujet. A l'occasion d'une audition à l'IGAS en octobre 2016, il est apparu que le rapport serait en partie basée sur la seule étude publique, réalisée par le cabinet Asteres [109] et commandée par l'Observatoire Citoyen du Reste à Charge en Santé, observatoire créé en 2013 par :

- le Collectif Interassociatif Sur la Santé,
- le magazine 60 Millions de consommateurs (Institut national de la consommation),

- la société Santéclair..

Nous pouvons nous poser la question de l'objectivité de cette étude.

Daniel Fasquelle, député de la 4ème circonscription du Pas-de-Calais, a déposé une proposition de loi visant à supprimer les remboursements différenciés, pour une prestation identique, « justifiés par la non-adhésion des professionnels de santé, des établissements de santé ou des services de santé » aux conventions avec les organismes complémentaires. Cette proposition de loi a été renvoyée à la Commission des Affaires Sociales [146].

Elle ne vise pas à supprimer les réseaux de soins, mais à supprimer les remboursements différenciés qui « représentent une technique de gestion du risque qui institutionnalise une médecine à deux vitesses, contraire aux valeurs de la République ». Enfin, elle ne s'arrête pas aux organismes complémentaires mais a la volonté d'interdire les remboursements différenciés par la sécurité sociale elle-même (Contrat d'Accès aux Soins)

Le syndicat LE BLOC a écrit aux candidats à la primaire de la droite et du centre pour l'élection présidentielle de 2017, évoquant la question des réseaux de soins [147]. Quatre candidats ont répondu :

- François FILLON :

Il se dit contre la « fonctionnarisation rampante de la profession », pour l'abrogation de la loi santé et sa réécriture, pour la suppression du tiers-payant généralisé car il aura des « conséquences néfastes à moyen terme », la révision du décret concernant les nouveaux contrats solidaires et responsables car il « pénalise l'accès aux spécialistes » (par les plafonds de remboursements).

Pour les réseaux de soin, François FILLON propose la création d'une agence de contrôle et de régulation de l'assurance privée, en charge des modalités d'intervention des réseaux de soins. Pour lui, il s'agit d'une « délégation de service public qui doit être contrôlé ». Cette même agence examinera les « inégalités de couverture entre les contrats collectifs et individuels » [148].

Depuis sa victoire à la primaire de la droite et du centre, il a publié sur les réseaux sociaux (page facebook) une clarification de son programme santé :

- « clarifier la part prise en charge par la Sécurité sociale et par les mutuelles : cela passe par un panier des soins "solidaires" dont sont exclus les soins de confort et la "bobologie",
- définir ce panier de soins avec l'Assurance Maladie en liaison avec les mutuelles afin d'assurer une meilleure couverture,
- garantir aux patients la liberté de choix de leur médecin et de leur établissement de santé. Les réseaux de soins ne doivent pas aboutir à une médecine à deux vitesses avec des taux de remboursement différenciés,

- renforcer la régulation pour contrôler le coût des mutuelles afin de garantir la transparence pour les patients et un meilleur remboursement de la part complémentaire,
- simplifier les mécanismes actuels du ticket modérateur et de franchise en introduisant une franchise universelle plafonnée,
- continuer à prendre en charge 100% des soins pour les plus défavorisés » ;

– Alain JUPPE :

Egalement contre le tiers-payant généralisé car c'est un « profond mépris » et une « illusion de la gratuité » qui « encourage les abus », Alain JUPPE est pour la réécriture de la loi Touraine, et la révision du décret concernant les contrats solidaire et responsables. Il souhaite améliorer le système de santé par plus de contrôles.

Alain JUPPE n'est pas contre les réseaux de soins non plus, n'a pas de proposition forte, mais souhaite les « réguler » pour fixer des « bornes » claires ;

– Nathalie KOSCIUSKO-MORIZET :

Elle dénonce toutes les mesures sus-citées, voyant se mettre en place un système de type *National Health Maintenance*. Pour elle, le tiers-payant va plus loin que la déresponsabilisation du patient et les problèmes administratifs : il serait un frein à l'installation de jeunes médecins. Elle soutient l'exercice libéral en priorité.

La politique du gouvernement actuel mènerait toutes ces mesures (TPG, contrats responsables et solidaires, ....) afin de « désolvabiliser la classe moyenne », et décrédibiliser l'exercice libéral pour mieux le remplacer. La couverture publique et privée serait mieux cloisonnée, et un contrat unique standard serait actualisé chaque année et inscrit dans la loi de financement de la sécurité sociale. Elle est contre « l'américanisation » du système.

Concernant les réseaux de soins, son raisonnement se poursuit. Elle est contre les remboursements différenciés, contre l'intervention des assureurs privés (sous ses trois formes) dans la gouvernance des soins, contre la loi LE ROUX et donc contre les réseaux de soins conventionnés ;

– Nicolas Sarkozy :

Il est contre le TPG, selon lui une idéologie de la gauche, et propose une concertation avec les représentants de la médecine libérale pour refonder l'exercice libéral et le simplifier dès son élection. Concernant les contrats responsables, il souhaite les réviser car les mutuelles ne peuvent « augmenter les cotisations et voir leur contribution dans le système diminuer », et s'oppose au plafonds d'honoraires.

Concernant les réseaux de soins, il défend la liberté d'installation et de choix du médecin et, pour lui, les organismes complémentaires n'ont pas vocation à s'insérer dans la relation entre le médecin et son patient.

## 5. Discussion et conclusions

Le désengagement progressif et continu de l'Assurance Maladie Obligatoire, notamment dans le domaine dentaire, a entraîné le développement de l'offre des organismes complémentaires.

Si les mutuelles se sont fondées sur le principe de solidarité, aujourd'hui elles se rapprochent de plus en plus des sociétés d'assurance à but lucratif, avec une sélection possible des assurés selon leurs risques individuels.

Les taux de remboursement basés sur les tarifs de responsabilités de la sécurité sociale sont dépassés, car ces derniers sont déconnectés de la réalité du coût de leur réalisation. Ils sont devenus incompréhensibles par l'assuré et il est difficile de comparer les différentes offres des complémentaires santé.

Applicable depuis le 1er avril 2015, les contrats responsables et solidaires n'ont pas montré leur efficacité. Ils visaient au départ à garantir à chaque assuré un socle de protection de base et à inciter à la limitation des dépassements d'honoraires par le biais de plafonds de remboursements. Selon une enquête menée par Le Figaro<sup>22</sup>, l'unique résultat remarquable est l'augmentation conséquente du reste à charge pour les patients, lié à la diminution des remboursements par les complémentaires santé [149].

Selon Les Echos et un communiqué récent de la CFTC, la souscription à des contrats de surcomplémentaires, souvent non responsables, est rendue nécessaire pour conserver le niveau des avantages antérieurs [150,151].

Les usagers prennent conscience des effets liberticides des réseaux. Ainsi, Identité mutuelle lance récemment une offre alternative non responsable [152]. En effet, une partie de ses assurés souhaite « conserver leur médecin, même si ce dernier n'est pas signataire du CAS, et un bon niveau de remboursement ».

La souscription à une complémentaire santé est plus rassurante que rentable [54]. Un article du Monde<sup>23</sup> expose [153] : « lorsque vous cotisez 100 euros à votre complémentaire santé, vous êtes ponctionné de 11,72 euros.<sup>1</sup> ». La cotisation réelle « encaissée par la mutuelle est donc de 88,28 euros » et « sur une base 100 de cotisations encaissées par un assureur santé, la quote-part servant réellement au remboursement des frais de soins n'est en moyenne que de 65 [...] Ou passent les 35 % restant ? Chez l'assureur : il finance le coût de la distribution<sup>2</sup> de ses contrats (entre 15 et 20 %), ses propres frais administratifs (entre 5 et 10 %) et les frais de gestion des prestations de soins (entre 4 et 8 %) » [154].

---

22 : étude du cabinet Mercer

23 : du 6 mai 2015

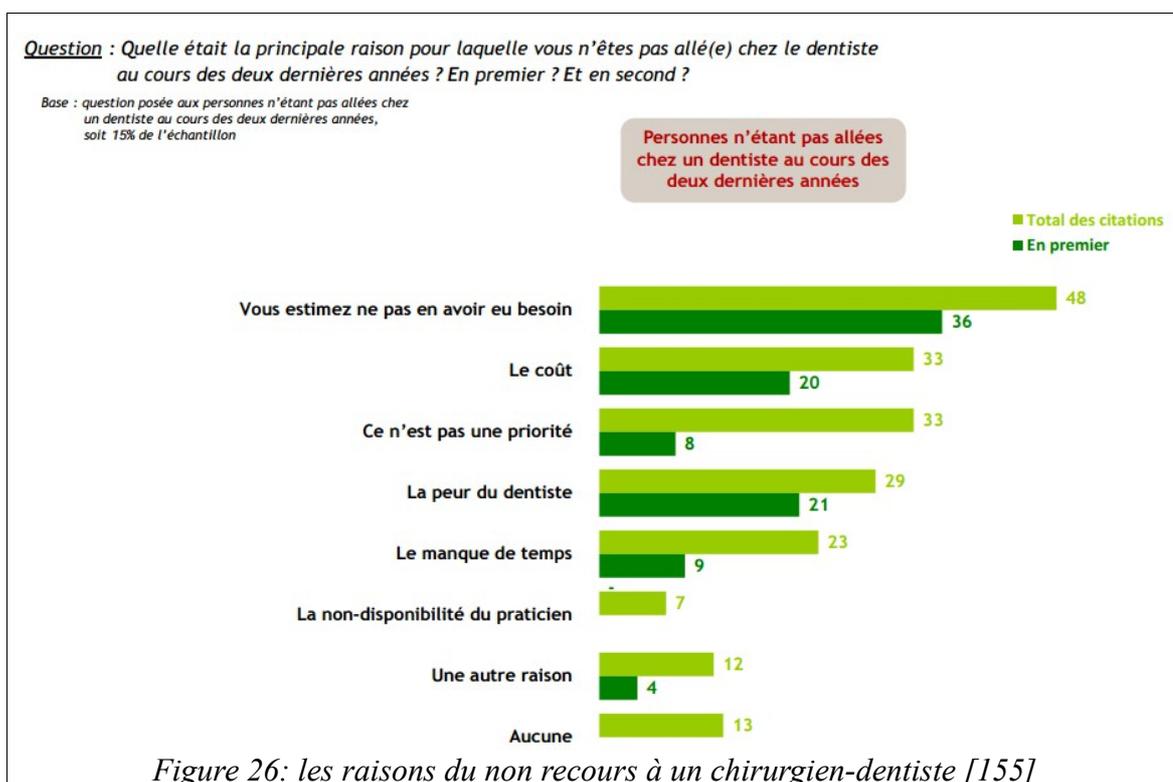
Les assureurs privés sont passés d'un statut passif (simple remboursement des actes, ou « payeurs aveugles ») à une organisation et une gestion des prestations de soins.

Les réseaux ont été créés pour limiter le reste à charge des patients et améliorer l'accès aux soins. Or, il apparaît que, dans un aspect géographique, les chirurgiens-dentistes partenaires de ces réseaux sont généralement installés dans des zones souvent déjà bien dotées, où les revenus médians annuels sont plus élevés, et où la part de la population âgée est relativement faible.

Les réseaux ne garantissent pas une qualité des soins mais un tarif pratiqué. Les chartes « qualité », quand elles existent, sont assez vagues quant aux protocoles scientifiques et techniques utilisés. Le contrôle des établissements n'est jamais effectué, probablement par manque d'organisation de moyens humains et financiers, ou d'intérêt direct pour les complémentaires. Quand il existe, le contrôle de la qualité des soins n'est basé que sur des radiographies en deux dimensions par un chirurgien-dentiste consultant, mais aussi parfois par des médecins ou des employés administratifs.

Les réseaux de soins contreviennent aux principes fondamentaux de la Mutualité, la solidarité et l'égalité entre les adhérents avec les remboursements différenciés. Ces derniers posent un problème éthique de discrimination. Le praticien signataire applique des tarifs différents, pour une même prestation, selon que le patient lui est adressé ou non par un réseau.

Les réseaux de soins s'opposent aux principes de la déontologie de la médecine libérale, garante de la probité des acteurs de santé, en intégrant une dimension commerciale.



Les études sur le renoncement aux soins ne devraient pas être directement centrées sur la dimension financière. Selon une enquête de l'IFOP, 48% [155] de la population questionnée estimaient ne pas avoir ressenti le besoin de recourir aux soins dentaires depuis 2 ans. Le coût et la non-priorisation des soins dentaires sont ensuite évoqués à égalité, suivi de près par la peur du dentiste et le manque de temps.

Ces enquêtes sur le renoncement aux soins pour raisons financières sont donc à analyser avec précaution. Une recherche de la DREES de juillet 2015 [156] montre que le niveau du taux de renoncement aux soins pour raisons financières peut avoir des écarts de 15 points selon la formulation adoptée dans le questionnaire et qu'il n'y a pas de différence significative entre le renoncement à des soins conservateurs ou à des soins prothétiques.

L'enquête de l'IFOP montre également que le renoncement aux soins est inversement proportionnel au niveau d'étude : plus le niveau d'étude est faible, plus le renoncement est élevé. Nous pouvons noter également que plus la population est en situation de précarité, moins elle va se soigner régulièrement, et donc plus les soins sont lourds et coûteux. En effet, les difficultés matérielles d'ordre existentielles (logement, emploi, alimentation) relègue la santé au second plan [157]

Des enquêtes<sup>24</sup> sont actuellement menées par l'Observatoire Des Non-REcours aux droits et services (de l'Etat), il serait intéressant d'approfondir ces études sur le non-recours aux soins et d'opter pour d'autres indicateurs, qualitatifs, plus proches de la réalité, mais surtout d'améliorer la politique de prévention et d'incitation aux soins précoces [159].

24 : voir [158]

Des solutions alternatives au tiers-payant géré par les réseaux de soins tendent à se développer. La carte Avance Santé<sup>25</sup> proposée par le CIC ou le Crédit Mutuel, carte bancaire à débit différé, permet au patient d'éviter le débours de son compte avant son remboursement. La banque joue alors son rôle, permettant aux praticiens d'éviter les étalements de paiements et les chèques dits « chèques-tiroirs », tout en conservant son indépendance.

Les réseaux de soins ne concernent plus uniquement l'optique, les soins dentaires et l'audioprothèse. Des conventions sont signées , pour la chirurgie rétractrice, la chirurgie orthopédique et la chirurgie viscérale, directement avec les établissements de santé. Les plafonnements tarifaires évoqués lors des négociations conventionnelles en cours pourraient s'appliquer à terme à toutes les professions de santé [160,161].

La refonte du système de santé en France est nécessaire, pour une amélioration des conditions de soins, de répartition géographique, de prévention de la santé. Cette refonte du système est essentiel pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, et principalement sur la mise en péril de la médecine libérale, la question se pose d'autant plus à quelques jours de l'élection majeure de la vie politique française: l'élection présidentielle.

---

25 : voir annexe 2

## Références bibliographiques

1. 60 millions de consommateurs. Les dentistes plombent le budget des ménages. 25 nov 2013 [cité 15 oct 2016]; Disponible sur: <http://www.60millions-mag.com/2013/11/25/les-dentistes-plombent-le-budget-des-menages-7898>
2. DILA (Direction de l'Information Légale et Administrative). Qu'appelle-t-on la dépense courante de santé ? [Internet]. vie publique. 2016. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/risque-sante/depenses-sante/qu-appelle-t-on-depense-courante-sante.html>
3. DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les dépenses de santé en 2015 – Résultats des comptes de la santé, Edition 2016 [Internet]. 2016 mai [cité 10 mars 2016]. (Études et Statistiques). Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2015-resultats-des-comptes-de-la-sante>
4. Institut Montaigne. Comment fonctionne notre système de santé ? [Internet]. 2014 [cité 12 mai 2016]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=CcoVokM7wE0>
5. Journal Officiel de la République Française. Convention Nationale des Chirurgiens Dentistes [Internet]. juin 18, 2006. Disponible sur: [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Conv\\_chirurgiens\\_dentiste.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Conv_chirurgiens_dentiste.pdf)
6. DRSM PACA-Corse. La convention nationale avec les chirurgiens-dentistes [Internet]. 2013 [cité 19 oct 2016]. Disponible sur: [http://www.smamform.fr/pdf/pdf\\_Convention\\_dentaire\\_nationale.pdf](http://www.smamform.fr/pdf/pdf_Convention_dentaire_nationale.pdf)
7. Article R 4127-240 du Code de la Santé Publique.
8. LA SÉCURITÉ SOCIALE - Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale [Internet]. Cour des Comptes; 2016 sept p. 248-86. Disponible sur: <file:///C:/Users/Sarah/Documents/Th%C3%A8se/20160920-rapport-securite-sociale-2016.pdf>
9. CNAMTS. Classification Commune des Actes médicaux (version 43.50) [Internet]. 2016 [cité 19 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/telechargement/version-actuelle/index.php>

10. CNSD. Chirurgien-dentiste - Libéral Contractuel [Internet]. Infosoins.fr. 2009 [cité 23 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.infosoins.fr/CDentistes.html>
11. Ameli.fr. Ce qui est à votre charge - Soins dentaires [Internet]. 2014 [cité 10 mars 2016]. Disponible sur: [http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/ce-qui-est-a-votre-charge/index\\_maine-et-loire.php](http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/ce-qui-est-a-votre-charge/index_maine-et-loire.php)
12. Les dépenses de santé en 2014 – Résultats des Comptes de la santé, édition 2015, coll. Études et Statistiques, DREES.
13. SOLVEIG GODELUCK. Financement des soins : la part des complémentaires diminue pour la première fois. 15/09/2015 [Internet]. Les Echos.fr. Disponible sur: [http://www.lesechos.fr/15/09/2015/lesechos.fr/021327938921\\_financement-des-soins---la-part-des-complementaires-diminue-pour-la-premiere-fois.htm](http://www.lesechos.fr/15/09/2015/lesechos.fr/021327938921_financement-des-soins---la-part-des-complementaires-diminue-pour-la-premiere-fois.htm)
14. La loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009, publiée au Journal Officiel du 18 décembre 2008, a créé l'article L. 162-14-3 du code de la sécurité sociale [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019942966&categorieLien=id>
15. UNOCAM.fr - Compétences [Internet]. [cité 12 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.unocam.fr/index.jsp?currentNodeId=304262>
16. DILA (Direction de l'information légale et administrative). Qu'est-ce que la protection sociale ? [Internet]. vie publique. 2016 [cité 27 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/finances-publiques/protection-sociale/definition/qu-est-ce-que-protection-sociale.html>
17. DILA (Direction de l'information légale et administrative). Systèmes bismarckien et beveridgien : quelles caractéristiques ? [Internet]. vie publique. 2016 [cité 27 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/finances-publiques/protection-sociale/definition/systemes-bismarckien-beveridgien-protection-sociale-quelles-caracteristiques.html>
18. de Pourville Gérard. L'assurance maladie en France : Beveridge et Bismarck enfin réconciliés ? nov 2011;p.19-24.
19. BIZARD Frédéric. Histoire de la protection sociale en France [Internet]. [cité 27 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.fredericbizard.com/histoire-de-la-protection-sociale-en-france/>

20. DILA (Direction de l'information légale et administrative). Qu'est-ce que l'Etat Providence ? [Internet]. vie publique. 2016 [cité 27 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/finances-publiques/protection-sociale/definition/qu-est-ce-que-etat-providence.html>
21. DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques). Les système de santé danois, suédois, et finlandais, décentralisation, réformes et accès aux soins. Etudes et résultats. janv 2003; Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er214.pdf>
22. Prieur Christian. La réforme du système de santé américain. In: Pratiques et Organisation des soins [Internet]. CNAMTS; 2011. p. 265-75. Disponible sur: [www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2011-4-page-265.htm](http://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2011-4-page-265.htm)
23. Réduction historique de nombre d'Américains sans assurance maladie. Le Monde.fr [Internet]. 17 mars 2015; Disponible sur: [http://mobile.lemonde.fr/ameriques/article/2015/03/17/reduction-historique-du-nombre-d-americiens-sans-assurance-maladie\\_4594730\\_3222.html?xtref=acc\\_dir](http://mobile.lemonde.fr/ameriques/article/2015/03/17/reduction-historique-du-nombre-d-americiens-sans-assurance-maladie_4594730_3222.html?xtref=acc_dir)
24. MATAALLAH Mathias. Quel avenir pour la mutualisation en assurance santé ? In: Les tribunes de la santé [Internet]. Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.); 2009. p. p 47-52. Disponible sur: [www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2009-3-page-47.htm](http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2009-3-page-47.htm).
25. Sécuritesociale.fr. Historique du système français de Sécurité sociale [Internet]. Sécurité Sociale. 2011 [cité 19 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.securite-sociale.fr/Historique-du-systeme-francais-de-Securite-sociale>
26. Vous êtes praticien ou auxiliaire médical [Internet]. Améli.fr. 216apr. J.-C. [cité 20 mai 2016]. Disponible sur: [http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-professionnelle/vous-travaillez/vous-etes-praticien-ou-auxiliaire-medical\\_rhone.php](http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-professionnelle/vous-travaillez/vous-etes-praticien-ou-auxiliaire-medical_rhone.php)
27. Sécuritesociale.fr. L'organisation de la sécurité sociale - Présentation Générale des acteurs [Internet]. Sécurité-sociale.fr. 2016 [cité 19 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.securite-sociale.fr/L-organisation-de-la-Securite-sociale>
28. Ameli.fr. L'UNCAM [Internet]. [cité 22 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/missions-et-organisation/l-uncam.php>
29. NEZOSI Gilles, DILA (Direction de l'information légale et administrative). Comment la France se situe-t-elle entre le modèle bismarckien et le modèle béveridgien ? [Internet]. Vie publique. 2016 [cité 19 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.vie->

[publique.fr/decouverte-institutions/finances-publiques/approfondissements/comment-france-situe-t-elle-entre-modele-bismarckien-modele-beveridgien.html](http://publique.fr/decouverte-institutions/finances-publiques/approfondissements/comment-france-situe-t-elle-entre-modele-bismarckien-modele-beveridgien.html)

30. Ameli.fr. Comprendre la réforme de l'Assurance Maladie [Internet]. 2009 [cité 24 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/missions-et-organisation/la-reforme-de-l-assurance-maladie/comprendre-la-reforme-de-l-8217-assurance-maladie.php>

31. (OMS) Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde 2000 - Pour un système de santé plus performant [Internet]. Disponible sur: [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_fr.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_fr.pdf?ua=1)

32. Les Echos. Santé : la France mal placée au classement mondial. 22 sept 2016 [cité 11 mai 2016]; Disponible sur: <http://www.lesechos.fr/industrie-services/pharmacie-sante/0211317474229-sante-la-france-mal-placee-au-classement-mondial-2029468.php>

33. Classement mondial de la santé : quels pays arrivent en tête ? Sciences et avenir.fr [Internet]. 22 sept 2016; Disponible sur: [http://www.sciencesetavenir.fr/sante/classement-mondial-de-la-sante-quels-pays-arrivent-en-tete\\_105114](http://www.sciencesetavenir.fr/sante/classement-mondial-de-la-sante-quels-pays-arrivent-en-tete_105114)

34. OECD. Panorama de la santé 2015 - Comment la France se compare ? [Internet]. Disponible sur: <http://www.oecd.org/fr/france/Panorama-de-la-sant%C3%A9-2015-Principaux-r%C3%A9sultats-FRANCE.pdf>

35. Les français sont satisfaits du système de soins, mais restent inquiets de la montée de la pauvreté et de l'exclusion [Internet]. DREES; 2016 février. Disponible sur: [http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese\\_barometre\\_donnees\\_2015\\_vf2.pdf](http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_barometre_donnees_2015_vf2.pdf)

36. Ameli.fr. Le parcours de soins coordonnés [Internet]. 2014 [cité 24 oct 2016]. Disponible sur: [http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/comment-etre-rembourse/le-parcours-de-soins-coordonnes/objectif-des-soins-coordonnes\\_maine-et-loire.php](http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/comment-etre-rembourse/le-parcours-de-soins-coordonnes/objectif-des-soins-coordonnes_maine-et-loire.php)

37. IRDES. Loi Bachelot Hôpital, Patients, Santé et Territoires [Internet]. 2015 sept. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/loi-bachelot-hopital-patients-sante-et-territoires-hpst.pdf>

38. Conférence Nationale de Santé. Résoudre les refus de soins [Internet]. 2010 juin. Disponible sur: [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapp\\_refus\\_de\\_soins\\_cns\\_221010.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapp_refus_de_soins_cns_221010.pdf)

39. ARS Île-de-France. Qu'est-ce que la démocratie sanitaire ? [Internet]. Agence Régionale de Santé Île-de-France. [cité 11 janv 2016]. Disponible sur:

<http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Qu-est-ce-que-la-democratie-sa.136635.0.html>

40. legifrance. LOI n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024457033&categorieLien=id>

41. PROPOSITION DE LOI modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. juillet, 2011. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/ta/ta0712.asp>

42. Sénat.fr. PROPOSITION DE LOI modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. juillet, 2011. Disponible sur: <http://www.senat.fr/leg/tas10-186.html>

43. Assemblée-nationale.fr. PROPOSITION DE LOI modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. [Internet]. juillet, 2011. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/ta/ta0712.asp>

44. Conseil Constitutionnel. Décision n° 2011-640 DC du 4 août 2011 [Internet]. Disponible sur: <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/les-decisions/acces-par-date/decisions-depuis-1959/2011/2011-640-dc/decision-n-2011-640-dc-du-04-aout-2011.99340.html>

45. VIEL L. Conseil constitutionnel : Inquiétudes pour les réseaux mutualistes. L'argus de l'assurance [Internet]. août 2011 [cité 10 oct 2016]; Disponible sur: <http://www.argusdelassurance.com/institutions/conseil-constitutionnel-inquietudes-pour-les-reseaux-mutualistes.51069>

46. Legifrance. Article L1114-6 du Code la Santé Publique [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=B3DC4FB4612F671B7C3F230447EBF330.tpdila21v\\_2?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000031917057&dateTexte=20161102&categorieLien=id#LEGIARTI000031917057](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=B3DC4FB4612F671B7C3F230447EBF330.tpdila21v_2?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000031917057&dateTexte=20161102&categorieLien=id#LEGIARTI000031917057)

47. Ministère des affaires sociales, de la santé, et des droits des femmes. Décision de Conseil constitutionnel sur la loi de modernisation de notre système de santé. 21 janv 2016; Disponible sur: [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/210116\\_-\\_cp\\_-\\_decision\\_cc\\_loi\\_sante.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/210116_-_cp_-_decision_cc_loi_sante.pdf)

48. Marie-Odile SAFON. Loi de modernisation du système de santé français [Internet]. IRDES; 2016 oct. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/loi-de-modernisation-du-systeme-de-sante-francais.pdf>
49. Adeline LIQUIERE. Pratique du tiers-payant par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées, une enquête auprès de 181 médecins généralistes. [Internet]. UNIVERSITE TOULOUSE III –Paul SABATIER; 2016. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1294/1/2016TOU31043.pdf>
50. Tiers payant : une enquête évalue temps perdu et manque à gagner par les généralistes. Legeneraliste.fr [Internet]. 6 nov 2016 [cité 12 mai 2016]; Disponible sur: [http://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2016/11/06/tiers-payant-une-enquete-evalue-temps-perdu-et-manque-a-gagner-par-les-generalistes\\_306001](http://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2016/11/06/tiers-payant-une-enquete-evalue-temps-perdu-et-manque-a-gagner-par-les-generalistes_306001)
51. Legifrance. Article L4393-8 à L4393-17 du Code de la Santé Publique [Internet]. 2016 [cité 11 févr 2016]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=176EB2468DC46EA73DE486E64D31E636.tpdila21v\\_2?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idSectionTA=LEGISCTA000031920783&dateTexte=20161102&categorieLien=id#LEGISCTA000031920783](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=176EB2468DC46EA73DE486E64D31E636.tpdila21v_2?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idSectionTA=LEGISCTA000031920783&dateTexte=20161102&categorieLien=id#LEGISCTA000031920783)
52. CNAMTS. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses - Propositions de l'Assurance Maladie pour 2016 [Internet]. 2016 juill p. 65. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/rapport-charges-et-produits-2016/data/document.pdf>
53. Frédéric BIZARD. Le marché de dupes du contrat d'accès aux soins. LesEchos.fr [Internet]. 19 mai 2016 [cité 11 févr 2016]; Disponible sur: <http://www.lesechos.fr/idees-debats/cercle/cercle-157106-medecine-le-marche-de-dupes-du-contrat-dacces-aux-soins-1223113.php>
54. BIZARD Frédéric. Complémentaire santé : le scandale. DUNOD. Paris; 2013.
55. Serge Audier. Léon Bourgeois : Fonder la solidarité [Internet]. Michalon. 2007 [cité 11 févr 2016]. 125 pages. (Le Bien Commun). Disponible sur: [http://www.memoireonline.com/05/10/3526/m\\_Solidarite-famille-et-developpement-socio-economique-en-ville-de-Butembo8.html](http://www.memoireonline.com/05/10/3526/m_Solidarite-famille-et-developpement-socio-economique-en-ville-de-Butembo8.html)
56. Sous la direction de Muriel Barlet, Magali Beffy et Denis Raynaud, 2016, « La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties – édition 2016 », Collection Panoramas de la Drees - Santé, avril, 102 p. [Internet]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/oc2016.pdf>

57. Une mutuelle, c'est quoi ? [Internet]. Economie.gouv.fr. 2012 [cité 11 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.economie.gouv.fr/ess/mutuelle-cest-quoi?language=fr>
58. La Mutualité Française. C'est quoi une mutuelle ? - Le fonctionnement [Internet]. Mutualité.fr. [cité 11 avr 2016]. Disponible sur: <https://www.mutualite.fr/la-mutualite-francaise/cest-quoi-une-mutuelle/le-fonctionnement/>
59. Légifrance. article L. 931-1 du Code de la Sécurité sociale.
60. Légifrance. Article L322-26-1 du Code des assurances.
61. URSSAF. Taxe de solidarité additionnelle - Base de calcul et taux [Internet]. Urssaf.fr. [cité 12 févr 2016]. Disponible sur: <https://www.urssaf.fr/portail/home/espaces-dedies/taxe-de-solidarite-additionnelle/base-de-calcul-et-taux.html>
62. Cmu.fr. Rapport d'activité 2015 - Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie [Internet]. 2016. Disponible sur: [http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport\\_activite\\_2015.pdf](http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_activite_2015.pdf)
63. Légifrance. Article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.
64. Améli.fr. Aide au paiement d'une complémentaire santé [Internet]. 2016 [cité 12 févr 2016]. Disponible sur: [http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/cmu-et-complementaires-sante/aide-au-paiement-d-une-complementaire-sante/quels-sont-les-avantages-de-l-acr\\_rhone.php](http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/cmu-et-complementaires-sante/aide-au-paiement-d-une-complementaire-sante/quels-sont-les-avantages-de-l-acr_rhone.php)
65. Infos-acr.fr. Qu'est-ce que l'ACS ? [Internet]. [cité 11 avr 2016]. Disponible sur: [https://www.info-acr.fr/acr\\_qu\\_est\\_ce\\_que\\_l\\_acr.php](https://www.info-acr.fr/acr_qu_est_ce_que_l_acr.php)
66. CAFFET Jean-Pierre. Rapport législatif général au Sénat - Projet de loi de finances pour 2013 : Santé [Internet]. Sénat; 2012 nov. Report No.: 148. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/112-148-326/112-148-3268.html>
67. Cour des comptes. LE FOND DE FINANCEMENT DE LA PROTECTION COMPLEMENTAIRE DE LA COUVERTURE UNIVERSELLE DU RISQUE MALADIE [Internet]. 2015 mai p. 151. Disponible sur: <file:///C:/Users/Sarah/Documents/Th%C3%A8se/20150603-rapport-fonds-financement-pccurm.pdf>
68. Thibault Doidy de Kerguelen. CMU, PUMA : dès 2017, c'est fini selon la Cour des Comptes ! Contrepoints.org [Internet]. juin 2015 [cité 12 avr 2016]; Disponible sur: <http://www.contrepoints.org/2015/06/06/210061-cmu-des-2017-cest-fini>

69. UNOCAM. Le mot du président [Internet]. [cité 20 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.unocam.fr/>
70. Speroni Jérôme. Solvabilité 2 : les textes réglementaires sont parus au Journal officiel. L'argus de l'assurance [Internet]. mai 2015 [cité 12 mars 2016]; Disponible sur: <http://www.argusdelassurance.com/institutions/solvabilite-2-les-textes-reglementaires-sont-parus-au-journal-officiel.93193>
71. Commission Européenne. La Commission adopte des règles prudentielles détaillées pour les banques et les assureurs, afin de stimuler les investissements dans l'économie [Internet]. Communiqué de presse présenté à; 2014 oct 10; Bruxelles. Disponible sur: [http://europa.eu/rapid/press-release\\_IP-14-1119\\_fr.htm](http://europa.eu/rapid/press-release_IP-14-1119_fr.htm)
72. Marguerite Garnero, Catherine Zaidman. La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé [Internet]. DREES; 2011 nov p. 59. Disponible sur: [http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_oc\\_2011.pdf](http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_oc_2011.pdf)
73. Commission Européenne. Liquidity Coverage Requirement Delegated Act: Frequently Asked Questions [Internet]. Mémo présenté à; 2014 oct 10; Bruxelles. Disponible sur: [http://europa.eu/rapid/press-release\\_MEMO-14-579\\_en.htm](http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-14-579_en.htm)
74. Jacod O. et Montaut A., 2015, « Le marché de l'assurance complémentaire santé : des excédents dégagés en 2013 », Études et Résultats, DREES, n° 919, juin [Internet]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er919.pdf>
75. Montaut A., Rapport du gouvernement au Parlement sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé – édition 2014, DREES [Internet]. DREES; 2015 p. 64. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/rapports/article/la-situation-financiere-des-organismes-complementaires-assurant-une-couverture-11062>
76. IGF, IGAS. Les coûts de gestion de l'assurance maladie [Internet]. 2013 sept. Disponible sur: [http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-146P\\_2\\_.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-146P_2_.pdf)
77. VIEL Laure. La publication des frais de gestion santé reportée à 2014. L'argus de l'assurance [Internet]. 10 sept 2012 [cité 12 mai 2016]; Disponible sur: <http://www.argusdelassurance.com/a-la-une/la-publication-des-frais-de-gestion-sante-reportee-a-2014.57751>
78. JIHANE BENSOU DA. Santé : la transparence des assureurs et mutuelles attendra 2014. Le lynx [Internet]. 5 oct 2012 [cité 12 mai 2016]; Disponible sur: <https://www.lelynx.fr/mutuelle-sante/actualites/sante-transparence-assureurs-mutuelles->

[2014-16261/](#)

79. Leparisien.fr. Le pactole caché des mutuelles de santé. 25 sept 2011 [cité 12 mai 2016]; Disponible sur: <http://www.leparisien.fr/economie/le-pactole-cache-des-mutuelles-de-sante-25-09-2011-1624096.php>

80. VIEL Laure. Le gouvernement impose sa transparence. L'argus de l'assurance [Internet]. avril 2012; Disponible sur: <http://www.argusdelassurance.com/a-la-une/le-gouvernement-impose-sa-transparence.55523>

81. Jean-Baptiste Chastand, Maxime Vaudano, Laetitia Clavreul. Complémentaires santé : l'opacité bien orchestrée des frais de gestion. Le Monde.fr [Internet]. avril 2014 [cité 12 mai 2016]; Disponible sur: [http://mobile.lemonde.fr/societe/article/2014/04/24/complementaires-sante-l-opacite-bien-orchestree-des-frais-de-gestion\\_4406590\\_3224.html?xtref=](http://mobile.lemonde.fr/societe/article/2014/04/24/complementaires-sante-l-opacite-bien-orchestree-des-frais-de-gestion_4406590_3224.html?xtref=)

82. SOLVEIG GODELUCK. Médecins : l'assurance-maladie disposée à réviser les tarifs des actes techniques. LesEchos.fr [Internet]. avril 2016 [cité 12 mai 2016]; Disponible sur: [http://www.lesechos.fr/06/04/2016/lesechos.fr/021822149107\\_medecins---l-assurance-maladie-disposee-a-reviser-les-tarifs-des-actes-techniques.htm#EeZI5vkY8ID31vMQ.99](http://www.lesechos.fr/06/04/2016/lesechos.fr/021822149107_medecins---l-assurance-maladie-disposee-a-reviser-les-tarifs-des-actes-techniques.htm#EeZI5vkY8ID31vMQ.99)

83. Syndicat National des Médecins Biologistes. COMMUNIQUE Les syndicats représentatifs des biologistes libéraux signent avec l'Assurance Maladie la prolongation du protocole d'accord sur la biologie médicale [Internet]. Snmbio.com. 2016 [cité 12 mai 2016]. Disponible sur: <https://snmbio.com/>

84. LEDUC Aude, MONTAUT Alexis. Tarification des complémentaires santé : déclin des solidarités dans les contrats individuels. DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. sept 2016;(972).

85. UNME. Le point sur... la réforme de la complémentaire santé [Internet]. 2015 [cité 12 mai 2016]. Disponible sur: [http://www.unme.fr/files/le-point-sur-reforme-complementaire-sante-2014-2016\\_point-au-12-01-15.pdf](http://www.unme.fr/files/le-point-sur-reforme-complementaire-sante-2014-2016_point-au-12-01-15.pdf)

86. AG2R LA MONDIALE. LE CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE - Fiche pratique. février 2015 [cité 12 mai 2016]; Disponible sur: <http://www.ag2rlamondiale.fr/files-ig/Landing%20Page/Webkey/PDF/AG2R-LA-MONDIALE-fiche-pratique-contrat-responsable-fev2015.pdf>

87. Vie-publique.fr. Panorama des lois - Loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi. juin 2013 [cité 12 mai 2016]; Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/actualite/panorama/texte-discussion/projet-loi-relatif-securisation-emploi.html>

88. Légifrance. Décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale [Internet]. Disponible sur:  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029434975&categorieLien=id>
89. Bilan de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 au 03 avril 2015 [Internet]. 215apr. J.-C. avril. Disponible sur: [http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/CONFERENCE\\_THEMATIQUE\\_DU\\_3\\_AVRIL\\_2015\\_-\\_Bilan\\_de\\_la\\_loi\\_de\\_securisation\\_de\\_l\\_emploi.pdf](http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/CONFERENCE_THEMATIQUE_DU_3_AVRIL_2015_-_Bilan_de_la_loi_de_securisation_de_l_emploi.pdf)
90. Jourquin Stéphanie. Ce que prévoit l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2013. Juritravail.com [Internet]. février 2013 [cité 12 mai 2016]; Disponible sur: <http://www.juritravail.com/Actualite/modifier-contrat-pour-motif-economique/Id/48221>
91. SAVARD Jean. Evolution du système de prise en charge des soins et prothèses dentaires par rapport à l'évolution des connaissances et de la pratique odontologique [Chirurgie Dentaire]. Université de Nantes; 2013.
92. Leparticulier.fr. La part employeur de votre mutuelle d'entreprise est imposable. [cité 12 mai 2016]; Disponible sur: [http://www.leparticulier.fr/jcms/p1\\_1556852/la-part-employeur-de-votre-mutuelle-dentreprise-est-imposable](http://www.leparticulier.fr/jcms/p1_1556852/la-part-employeur-de-votre-mutuelle-dentreprise-est-imposable)
93. IRDES. La protection sociale complémentaire en France [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-protection-sociale-complementaire-en-france.pdf>
94. LOI n° 2014-57 du 27 janvier 2014 relative aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, établissements et services de santé [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028526285&categorieLien=id>
95. PROPOSITION DE LOI visant à permettre aux mutuelles de mettre en place des réseaux de soins [Internet]. n°296 oct 16, 2012. Disponible sur: [http://www2.assemblee-nationale.fr/documents/notice/14/propositions/pion0296/\(index\)/propositions-loi](http://www2.assemblee-nationale.fr/documents/notice/14/propositions/pion0296/(index)/propositions-loi)
96. Motifs de censure éventuelle de la loi Le Roux par le Conseil Constitutionnel (texte N°172 : 2012-2013) [Internet]. Disponible sur: [http://opticienslunetiersunis.fr/wp-content/uploads/2016/03/motifs\\_censure.pdf](http://opticienslunetiersunis.fr/wp-content/uploads/2016/03/motifs_censure.pdf)
97. Jade Grandin de l'Eprevier. Santé: faut-il faire payer les assurés en fonction de leur

mode de vie ? Le Monde.fr [Internet]. 6 sept 2016 [cité 12 mai 2016]; Disponible sur: [http://www.lemonde.fr/economie/article/2016/09/06/assurance-votre-vie-privee-vaut-bien-une-ristourne\\_4993378\\_3234.html](http://www.lemonde.fr/economie/article/2016/09/06/assurance-votre-vie-privee-vaut-bien-une-ristourne_4993378_3234.html)

98. ONCD. Réseaux de soins : liberté, égalité ? 26 mars 2014 [cité 12 mai 2016]; Disponible sur: [http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/annee-en-cours/actualites.html?tx\\_ttnews%5Btt\\_news%5D=445&cHash=5d8d212f6082a7311f441507b86885c8](http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/annee-en-cours/actualites.html?tx_ttnews%5Btt_news%5D=445&cHash=5d8d212f6082a7311f441507b86885c8)

99. Conseil Constitutionnel. Décision n° 2013-686 DC du 23 janvier 2014 [Internet]. Disponible sur: <http://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2014/2013-686-dc/decision-n-2013-686-dc-du-23-janvier-2014.140018.html>

100. Réseaux – 3.0 : ce que la loi Leroux va changer. OpusLine [Internet]. avril 2014; Disponible sur: <http://opusline.fr/2014/04/reseaux-3-0/>

101. UNME. Réseaux de soins mutualistes Loi Le Roux du 19 12 2013. UnmeFr [Internet]. décembre 2016 [cité 12 mai 2016]; Disponible sur: <http://www.unme.fr/files/Loi-Le-Roux-sur-reseaux-soins-19-12-13.pdf>

102. Acuité.fr. Loi Le Roux : Pourquoi le Conseil constitutionnel a-t-il été saisi ? Explications de la députée du Jura. 8 janv 2014 [cité 12 mai 2016]; Disponible sur: <http://www.acuite.fr/acuite-tv/legislation/31610/loi-le-roux-pourquoi-le-conseil-constitutionnel-t-il-ete-saisi>

103. Acuité.fr. Réseaux de soins et loi Le Roux : Où est passé le rapport d'évaluation du Gouvernement ? février 2015 [cité 12 mai 2016]; Disponible sur: <http://www.acuite.fr/actualite/ocam/69888/reseaux-de-soins-et-loi-le-roux-ou-est-passe-le-rapport-devaluation-du>

104. Acuité.fr. Réseaux de soins et protection des données de santé : La mission a été confiée à l'Igas. 13 oct 2016 [cité 12 mai 2016]; Disponible sur: <http://www.acuite.fr/actualite/legislation/100137/reseaux-de-soins-et-protection-des-donnees-de-sante-la-mission-ete>

105. Rapport de Mme Fanélie Carrey-Conte sur la proposition de loi relative aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, établissements et services de santé ) l'Assemblée Nationale [Internet]. 2013 décembre. Report No.: n°1624. Disponible sur: [http://www2.assemblee-nationale.fr/documents/notice/14/rapports/r1624/\(index\)/rapports](http://www2.assemblee-nationale.fr/documents/notice/14/rapports/r1624/(index)/rapports)

106. Ministère des affaires sociales, de la santé, et des droits des femmes. Les réseaux de

santé. Social-sante.gouv.fr [Internet]. 21 sept 2016 [cité 12 mai 2016]; Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-reseaux-de-sante>

107. Yves DAUDIGNY. Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales (2012-2013) sur la proposition de loi relative au fonctionnement des réseaux de soins créés par les mutuelles et aux modalités de mise en oeuvre des conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaire et les professionnels de santé [Internet]. Assemblée Nationale; 2013 juillet. Report No.: 775. Disponible sur: [http://www.senat.fr/rap/112-775/112-775\\_mono.html](http://www.senat.fr/rap/112-775/112-775_mono.html)

108. Autorité de la Concurrence. Avis n° 09-A-46 relatif aux effets sur la concurrence du développement de réseaux de soins agréés [Internet]. 2009 sept. Disponible sur: <http://www.autoritedelaconcurrence.fr/pdf/avis/09a46.pdf>

109. ASTERES. Les réseaux de soins conventionnés : Pour une meilleure régulation des dépenses médicales [Internet]. OBSERVATOIRE CITOYEN DES RESTES A CHARGE EN SANTE; 2016. Disponible sur: <http://www.asteres.fr/wp-content/uploads/2016/10/Aster%C3%A8s-Sant%C3%A9clair-Etude-juin-2016.pdf>

110. Santéclair.fr. Schéma Panel des services [Internet]. Disponible sur: [https://www.santeclair.fr/web/sites/santeclair.fr/files/schema\\_panel\\_des\\_services\\_logo\\_vf\\_2016\\_avec\\_reseau\\_chirurgie\\_ortho.png](https://www.santeclair.fr/web/sites/santeclair.fr/files/schema_panel_des_services_logo_vf_2016_avec_reseau_chirurgie_ortho.png)

111. Céline Deluzarche. Le réseau de soins, la parade des complémentaires santé contre les hausses de tarifs. Journaldunet.com [Internet]. 26 oct 2012 [cité 12 mai 2016]; Disponible sur: <http://www.journaldunet.com/economie/sante/prix-mutuelles.shtml>

112. Santéclair.fr. Qui sommes-nous ? [Internet]. Santéclair - Informations et réseaux de soins. [cité 12 mai 2016]. Disponible sur: <https://www.santeclair.fr/web/qui-sommes-nous>

113. Kalivia. Les Engagements de Kalivia et des complémentaires santé [Internet]. Kalivia-sante.fr. Disponible sur: <https://www.kalivia-sante.fr/Kalivia/accueil/professionnels-de-sante>

114. La Mutuelle Générale. Nos services [Internet]. Lamutuellegenerale.fr. [cité 12 avr 2016]. Disponible sur: <https://www.lamutuellegenerale.fr/nos-atouts/nos-services/>

115. Acuité.fr. Malakoff Médéric (Kalivia) et La Mutuelle Générale officialisent leur rapprochement [Internet]. Acuité - portail des décideurs de l'optique. 2015 [cité 12 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.acuite.fr/actualite/ocam/68211/malakoff-mederic-kalivia-et-la-mutuelle-generale-officialisent-leur>

116. Seveane.com. Sévéane [Internet]. [cité 12 mai 2016]. Disponible sur: [http://www.seveane.com/seveane/web/node1\\_5084/seveane](http://www.seveane.com/seveane/web/node1_5084/seveane)
117. Groupama.fr. Les avantages des réseaux des professionnels de santé Sévéane [Internet]. 2016 [cité 12 mai 2016]. Disponible sur: <https://www.groupama.fr/conseils/sante/les-avantages-du-reseau-de-sante-seveane>
118. Itelys.fr. PRÉSENTATION D'ITELIS [Internet]. [cité 12 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.itelis.fr/complementaire-sante>
119. Aurélien Ferron. Entrez dans les réseaux de soins et allégez vos dépenses. Le particulier. mai 2011;(n° 1061):66-75.
120. Mgen.fr. Partenaire des professionnels de santé [Internet]. [cité 12 mai 2016]. Disponible sur: <https://www.mgen.fr/professionnels-de-sante/partenaire-des-professionnels-de-sante/>
121. Carteblanchepartenaires.fr. Carte Blanche en chiffres [Internet]. [cité 12 mai 2016]. Disponible sur: <https://www.cartelblanchepartenaires.fr/public/nous-connaître/chiffres-cles>
122. Actil.com. Qui est ACTIL ? [Internet]. [cité 12 mai 2016]. Disponible sur: <https://www.actil.com/Portail/quiSommeNous/quiSommesNous.jsp>
123. Carresbleus.fr. Carrés bleus - votre allié santé [Internet]. [cité 12 mai 2016]. Disponible sur: <https://www.carresbleus.fr/>
124. Acuité.fr. Cessation d'activité pour Terciane. Quel réseau de soins pour AG2R-La Mondiale et la Macif ? [Internet]. 2016 [cité 12 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.acuite.fr/actualite/ocam/101425/cessation-dactivite-pour-terciane-quel-reseau-de-soins-pour-ag2r-la-mondiale>
125. Yann Raffoux. DEMANDES DE RADIOS INJUSTIFIÉES : UN CLICHÉ ÉCULÉ ? [Internet]. Fédération des syndicats dentaires libéraux. 2016 [cité 12 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.fsd.fr/demandes-de-radios-injustifiees-un-cliche-ecule/>
126. Jean-Luc Godet. Réponse à votre courrier portant sur le signalement de demandes d'actes exposant aux rayonnements ionisants réalisés par des chirurgiens-dentistes pour le compte d'une mutuelle [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://www.fsd.fr/wp-content/uploads/2016/05/r%C3%A9ponse-ASN.pdf>
127. ONCD. Consulter le Code de Déontologie des chirurgiens-dentistes [Internet]. Ordre-chirurgiens-dentistes.fr. [cité 12 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.ordre-chirurgiens->

[dentistes.fr/code-de-deontologie/consulter-le-code-de-deontologie.html](http://dentistes.fr/code-de-deontologie/consulter-le-code-de-deontologie.html)

128. Légifrance. Article R4127-210 du Code de la Santé Publique.

129. Eugénol.com. Le réseau Itélis, la contre attaque [Internet]. 2014 [cité 12 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.eugenol.com/sujets/406945-r-seau-it-lis-la-contre-attaque>

130. Santéclair.fr. Le principe [Internet]. Le blog de Santéclair. [cité 12 mai 2016]. Disponible sur: <https://www.santeclair.fr/blog/reseaux-de-soins-principe/>

131. Santéclair.fr. Qui sommes-nous [Internet]. Le blog de Santéclair. [cité 12 mai 2016]. Disponible sur: <https://www.santeclair.fr/blog/qui-sommes-nous/>

132. VIEL Laure. Réseaux dentaires : la CNSD porte plainte contre Santéclair devant l'Autorité de la concurrence. L'argus de l'assurance [Internet]. mai 2015 [cité 12 mai 2016]; Disponible sur: <http://www.argusdelassurance.com/acteurs/reseaux-dentaires-la-cnsd-porte-plainte-contre-santeclair-devant-l-autorite-de-la-concurrence.93034>

133. Anne-Sophie Crouzet. Un syndicat dentaire porte plainte contre Santéclair devant l'Autorité de la concurrence. Opticien-presse.fr [Internet]. mai 2015 [cité 12 mai 2016]; Disponible sur: <http://www.opticien-presse.fr/2015/05/05/un-syndicat-dentaire-porte-plainte-contre-santeclair-devant-lautorite-de-la-concurrence/>

134. Autorité de la Concurrence. Décision n° 16-D-23 du 24 octobre 2016 relative à des pratiques mises en œuvre dans le secteur des actes prothétiques ou de pose d'implants par les chirurgiens-dentistes. 23 oct 2016;18.

135. Union-dentaire.com. L'UJCD demande à la justice de prononcer la nullité de Santéclair. 1 oct 2015; Disponible sur: <http://www.union-dentaire.com/lujcd-demande-a-la-justice-de-prononcer-la-nullite-de-santeclair/>

136. Union-dentaire.com. Assignation de Santéclair par L'UJCD : La presse en parle. 2 oct 2015 [cité 12 mai 2016]; Disponible sur: <http://www.union-dentaire.com/assignation-de-santeclair-par-lujcd-la-presse-en-parle/>

137. FSDL.fr. LA FSDL S'OPPOSE À LA DÉMAGOGIE DES POLITIQUES. 17 janv 2014 [cité 12 mai 2016]; Disponible sur: <http://www.fsd.fr/la-fsd-soppose-a-la-demagogie-des-politiques/>

138. Tribunal d'Instance du 13ème arrondissement de PARIS. Jugement du 8 novembre 2011 - Juridiction de proximité de paris 13ème - Minute RG n°91-11-000196 [Internet]. 2011. Disponible sur: <http://www.acuite.fr/shared/doc7302.pdf>

139. VIEL Laure. Santéclair assigne en justice le syndicat dentaire FSDL pour boycott de son réseau. L'argus de l'assurance [Internet]. 23 mars 2015 [cité 12 mai 2016]; Disponible sur: <http://www.argusdelassurance.com/acteurs/santeclair-assigne-en-justice-le-syndicat-dentaire-fsdl-pour-boycott-de-son-reseau.91423>
140. Nicolas Fontenelle. Syndicats dentaires, Santéclair : la guerre... FSDL.fr [Internet]. mai 2015 [cité 12 mai 2016]; Disponible sur: <http://www.fsdl.fr/wp-content/uploads/2015/05/ID-perquis.pdf>
141. Que Choisir. L'Ordre condamné en appel. mars 2010;(n° 479):8.
142. Légifrance. Article R4127-215 du Code de la Santé Publique [Internet]. [cité 22 oct 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913008&dateTexte=&categorieLien=cid>
143. Chambaretaud Sandrine, Lequet-Slama Diane, « Managed care et concurrence aux États-Unis, évaluation d'un mode de régulation », Revue française des affaires sociales, 1/2002 (n° 1), p. 11-37. In. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2002-1-page-11.htm>
144. Mgen.fr. Rapport financier 2014 [Internet]. 2014 p. 100. Disponible sur: [https://www.mgen.fr/fileadmin/documents/5\\_Le\\_groupe\\_MGEN/MGEN\\_FI15\\_MEL.PDF](https://www.mgen.fr/fileadmin/documents/5_Le_groupe_MGEN/MGEN_FI15_MEL.PDF)
145. Phillipe Georges, Cécile Wacquet. Les centres de santé : Situation économique et place dans l'offre de soins de demain [Internet]. IGAS; 2013 juillet p. 138. Report No.: RM2013-119P. Disponible sur: [http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-119P-Centres\\_de\\_sante.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-119P-Centres_de_sante.pdf)
146. Daniel FASQUELLE. PROPOSITION DE LOI visant à garantir le droit du citoyen à la liberté de choix des professionnels de soins et la qualité des prestations de santé [Internet]. n° 3158 oct 21, 2015. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/propositions/pion3158.asp>
147. Jérôme VERT. Réponses reçues à ce jour, aux questions posées par le BLOC, de quatre candidats à la primaire de la droite et du centre pour l'élection présidentielle de 2017 [Internet]. Le-bloc.com. [cité 12 mai 2016]. Disponible sur: <http://site-lebloc.com/>
148. Anne-Sophie Crouzet. Réseaux de soins, remboursements optiques, évolutions professionnelles... : qu'attendre de Fillon et Juppé ? Opticien-presse.fr [Internet]. 22 nov 2016 [cité 12 mai 2016]; Disponible sur: <http://www.opticien-presse.fr/2016/11/22/reseaux-de-soins-remboursements-optiques-evolutions->

[professionnelles-quattendre-de-fillon-juppe/](#)

149. Guillaume Guichard. Actes médicaux : la facture des patients s'alourdit. Lefigaro.fr [Internet]. août 2016 [cité 12 mai 2016]; Disponible sur: [http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2016/08/15/20002-20160815ARTFIG00165-actes-medicaux-la-facture-pour-les-patients-explose.php?redirect\\_premium](http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2016/08/15/20002-20160815ARTFIG00165-actes-medicaux-la-facture-pour-les-patients-explose.php?redirect_premium))

150. Europe1.fr. Complémentaires santé « responsables » : la CFTC « rejette » le système [Internet]. 2016 [cité 12 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.europe1.fr/sante/complementaires-sante-responsables-la-cftc-rejette-le-systeme-2917175>

151. SOLVEIG GODELUCK. Complémentaires santé : des honoraires moins bien remboursés pour les salariés. 28 nov 2016 [cité 12 mai 2016]; Disponible sur: <http://www.lesechos.fr/economie-france/social/0211539781219-complementaires-sante-des-honoraires-moins-bien-rembourses-pour-les-salaries-2046257.php?hyKIz1wbzofOpt11.99#Xtor=AD-6000>

152. Gwendal Perrin. Complémentaire santé : Identités Mutuelle se lance dans le non responsable. L'argus de l'assurance [Internet]. décembre 2016 [cité 12 mai 2016]; Disponible sur: <http://www.argusdelassurance.com/produits-services/sante-prevoyance/complementaire-sante-identites-mutuelle-se-lance-dans-le-non-responsable.113826>

153. Cyrille Chartier-Kastler. Mutuelles : « Contrairement à ce que pensent les Français, il peut être préférable de s'auto-assurer ». Le Monde.fr [Internet]. mai 2015 [cité 12 mai 2016]; Disponible sur: [http://www.lemonde.fr/argent/article/2015/05/06/mutuelles-contrairement-a-ce-que-pensent-les-francais-il-peut-etre-preferable-de-s-auto-assurer\\_4628583\\_1657007.html](http://www.lemonde.fr/argent/article/2015/05/06/mutuelles-contrairement-a-ce-que-pensent-les-francais-il-peut-etre-preferable-de-s-auto-assurer_4628583_1657007.html)

154. Gwendal Perrin. Contrats responsables : passe d'armes entre la ministre de la Santé et le Figaro. L'argus de l'assurance [Internet]. août 2016 [cité 12 mai 2016]; Disponible sur: <http://www.argusdelassurance.com/institutions/contrats-responsables-passe-d-armes-entre-la-ministre-de-la-sante-et-le-figaro.109890>

155. Institut Français d'Opinion publique. Du patient assisté au consommateur éclairé : Quels sont les nouveaux comportements des patients en 2014 [Internet]. UFSBD; 2013 oct. Disponible sur: [http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2014/09/Pr%C3%A9sentation\\_IFOP\\_UFSBD\\_WebDentiste.pdf](http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2014/09/Pr%C3%A9sentation_IFOP_UFSBD_WebDentiste.pdf)

156. Renaud LEGAL, Augustin VICARD. 2015, « Renoncement aux soins pour raisons financières », Dossiers Solidarité Santé n°66, Drees, Juillet [Internet]. Disponible sur:

<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/dossiers-solidarite-et-sante/article/renoncement-aux-soins-pour-raisons-financieres>

157. Aline ARCHIMBAUD. Rapport au Premier ministre : L'accès aux soins des plus démunis, 40 propositions pour un choc de solidarité [Internet]. 2013 sept p. 156.

Disponible sur: [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Acces\\_aux\\_soins\\_des\\_plus\\_demunis\\_Archimbaud\\_2013.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Acces_aux_soins_des_plus_demunis_Archimbaud_2013.pdf)

158. Hélène Revil, Philippe Warin. Le renoncement aux soins des assurés sociaux en Languedoc-Roussillon. Diagnostic dans le régime Général, le régime Social des Indépendants et le régime de la Mutualité Sociale Agricole. [Internet]. Grenoble: Odenore; 2016 mars. Report No.: 2015/2. Disponible sur: [https://odenore.msh-alpes.fr/documents/rapport\\_relatif\\_au\\_diagnostic\\_du\\_renoncement\\_aux\\_soins\\_-\\_languedoc-roussillon\\_-\\_ssoutils\\_-\\_2016.pdf](https://odenore.msh-alpes.fr/documents/rapport_relatif_au_diagnostic_du_renoncement_aux_soins_-_languedoc-roussillon_-_ssoutils_-_2016.pdf)

159. Hélène Revil. La Plateforme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé (PFIDASS). Regard sur un dispositif expérimental de détection du renoncement aux soins et d'action pour accompagner les personnes à la réalisation de leurs soins. [Internet]. Grenoble: Odenore; 2016 mars p. 132. Report No.: 2015/2. Disponible sur: [https://odenore.msh-alpes.fr/documents/rapport\\_accompagnement\\_pfidass\\_-\\_version\\_revue\\_et\\_definitive\\_-\\_2016.pdf](https://odenore.msh-alpes.fr/documents/rapport_accompagnement_pfidass_-_version_revue_et_definitive_-_2016.pdf)

160. Arnaud Lavorel. Réseaux de soins : assureurs et cliniques privées s'affrontent. L'opinion.fr [Internet]. décembre 2015 [cité 12 mai 2016]; Disponible sur: <http://www.lopinion.fr/edition/economie/reseaux-soins-assureurs-cliniques-privees-s-affrontent-91370>

161. Santéclair.fr. Réseau chirurgie orthopédique [Internet]. [cité 12 mai 2016]. Disponible sur: <https://www.santeclair.fr/web/reseau-chirurgie-orthopedique>

162. Generation-complementaire-sante.humanis.com. TSA-TSCA, fusion et simplifications [Internet]. 2016 [cité 12 mai 2016]. Disponible sur: <http://generalisation-complementaire-sante.humanis.com/comprendre-la-reforme/les-avantages/tsa-tsca-fusion-et-simplifications>

## Table des illustrations

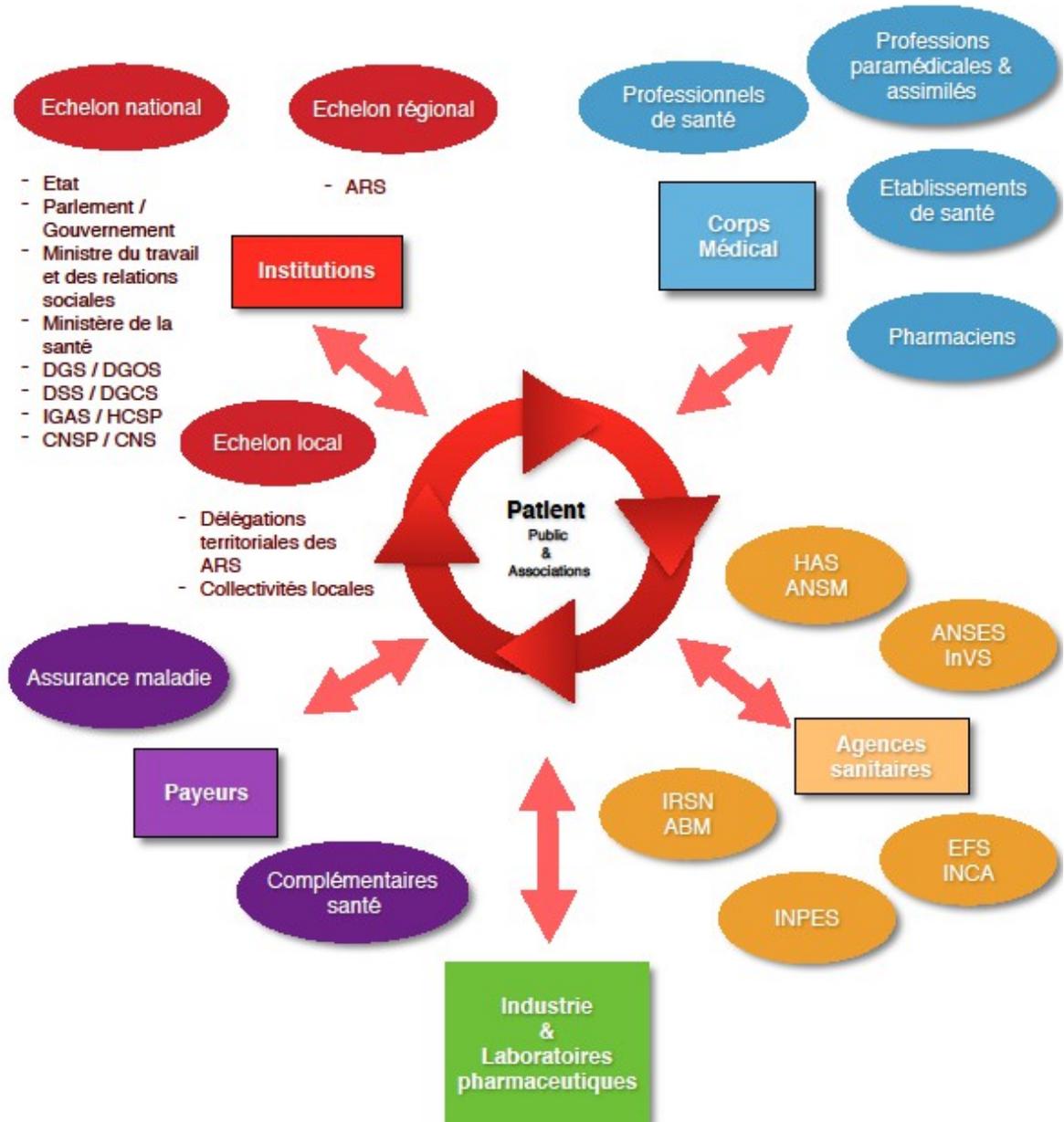
Figure 1: structure de la dépense courante de santé en France en 2015 [3].....	19
Figure 2: la consommation de biens et de soins médicaux en France en 2015 en Milliards d'euros (Md€) [3].....	20
Figure 3: modalités de remboursement sur la totalité des honoraires en France.....	27
Figure 4: répartition des dépenses dentaires entre les différents financeurs en 2006, 2010 et 2014 [12].....	28
Figure 5: proposition de loi le 7 juillet 2011 relative à la loi FOURCADE [41] .....	42
Figure 6: nouvel alinéa dans l'article 22 de la proposition de loi FOURCADE [42] .....	42
Figure 7: exemple de parcours d'assurés CAS et non CAS [53].....	46
Figure 8: montants des droits à l'ACS [64].....	52
Figure 9: structure globale du résultat technique des complémentaires santé [75].....	57
Figure 10: les trois articles de la LE ROUX [94].....	64
Figure 11: l'article L.162-14-3 énonce les domaines concernés par la loi LE ROUX [94].	65
Figure 12: exposé des motifs de la loi LE ROUX [95].....	65
Figure 13: structure des réseaux de soins [109].....	70
Figure 14: organisation des réseaux de soins [109].....	71
Figure 15: un exemple de contrat chez Allianz .....	73
Figure 16: courrier d'information après l'envoi d'un devis.....	74
Figure 17: extrait du site kalivia mentionnant la charte [113].....	75
Figure 18: extrait du site Kalivia à propos de la Charte Qualité [113].....	75
Figure 19: a garantie 10 ans sur les couronnes proposée par kalivia [Cf Annexe 6].....	76
Figure 20: exemple de courriel envoyé par Santéclair à un chirurgien-dentiste.....	78
Figure 21: l'article R4127-210 du code de la santé publique [128].....	79
Figure 22: extrait du site internet de kalivia [113].....	79
Figure 23: une publicité du réseau itélis à Toulouse.....	81
Figure 24: recherche google Itelis à Toulouse.....	81
Figure 25: courrier type envoyé pour déposer plainte à l'Ordre [129].....	82
Figure 26: les raisons du non recours à un chirurgien-dentiste [155].....	95

## Index des tableaux

Tableau 1: remboursement des soins dentaires selon le type d'acte et le tarif applicable [8]	22
Tableau 2: caractéristiques des différents types d'organismes complémentaires en 2013 [56]	48
Tableau 3: produits du Fonds de financement de la CMU de 2005 à 2015 [62]	51
Tableau 4: indicateurs de solidité financière des organismes pratiquant une activité de complémentaire santé [74]	55
Tableau 5: la répartition des contrats en France en 2013 [75]	57
Tableau 6: panorama des réseaux de soins en France [111 à 124]	72

# Annexes

## Annexe 1 : le système de santé français



## Annexe 2 : exemple d'un contrat chez un bancassureur (Crédit Mutuel – CIC)

	
	
	<small>GIE ACM - Envlo : 0000128 - Page : 01 / 01</small>
	

Objet : partenariat *Intégral'Dentaire* Strasbourg, le 01 octobre 2015

Madame,

Vous apportez quotidiennement les meilleurs soins à vos patients et nous souhaiterions y contribuer. Notre démarche vise à faciliter l'accès de nos assurés aux prestations de qualité que vous dispensez.

Permettez-moi de vous présenter notre nouveau service *Intégral'Dentaire* !

Certains de vos patients sont probablement nos assurés. Ils disposent de la carte *Avance Santé*, une carte de paiement exclusive qui leur évite l'avance des frais, vous garantit un règlement rapide et sûr, et vous libère de toutes les contraintes de gestion administrative.

La carte *Avance Santé* nous permet aujourd'hui de mettre en place *Intégral'Dentaire*, pour la prise en charge intégrale d'une prothèse tout céramique posée par un chirurgien-dentiste partenaire. Lorsque notre assuré bénéficie de ce service, il en est informé avant son traitement. Il garde, dans tous les cas, la liberté de choix de son praticien.

Nous vous proposons de devenir partenaire d'*Intégral'Dentaire* afin d'en faire bénéficier tous les patients assurés par notre Groupe. L'adhésion au partenariat est ouverte à tout chirurgien-dentiste qui accepte les conditions tarifaires jointes en annexe. Le partenariat proposé n'implique ni technique, ni fournisseur spécifique.

Pour rejoindre *Intégral'Dentaire*, rendez-vous sur le site [www.pds.acm.fr/fr/dentistes.html](http://www.pds.acm.fr/fr/dentistes.html) et complétez le formulaire d'identification. Nous vous adresserons alors la convention de partenariat.

Si vous souhaitez obtenir des précisions, un technicien de notre service santé se tient à votre disposition. Vous pouvez le joindre au 03 88 13 20 10.

Espérant vous accueillir prochainement parmi nos partenaires, je vous prie d'agréer, Madame, mes meilleures salutations.

  
Etienne Depeyre  
Directeur des assurances de personnes

P.S. Afin de compléter votre information, vous trouverez dans ce courrier une présentation de notre Groupe et une fiche sur le fonctionnement de la carte *Avance Santé* et d'*Intégral'Dentaire*.

Pour accéder directement à notre site, flashez ce code



S 3775 - (06/2016)

ACM IARD SA - Société anonyme au capital de 194 535 776 EUR 352 406 748 RCS STRASBOURG - n° TVA FR87352406748 - Entreprise régie par le Code des Assurances - Siège social : 34 rue du Wacken Strasbourg - Adresse postale : 63 chemin Antoine Pardon 69814 Tassin Cedex

## **Cahier des charges *Intégral'Dentaire* ASSURANCES DU CRÉDIT MUTUEL**

### **Préambule**

Dans le cadre de l'évolution de ses produits, les Assurances du Crédit Mutuel font bénéficier l'ensemble de leurs assurés ou adhérents des dispositions des conventions de partenariat signées entre l'assureur et les chirurgiens-dentistes acceptant le présent cahier des charges.

Les assurés ne sont en aucune façon tenus de s'adresser au chirurgien-dentiste partenaire ; ils conservent leur entière liberté de choix du professionnel auquel ils souhaitent recourir, sans aucune incidence sur l'étendue de leurs garanties contractuelles. De même, l'existence d'un partenariat n'est en aucune façon une condition d'adhésion au contrat de l'assureur.

Les partenariats sont conclus avec des professionnels indépendants.

En cas d'accord des parties, une convention de partenariat sera établie pour concrétisation et signatures. À réception de la convention signée par les deux parties, l'assureur s'engage à communiquer aux adhérents qui en font la demande les coordonnées du chirurgien-dentiste, par tout moyen (internet, téléphone, mail) dans un périmètre géographique le plus proche du domicile de l'assuré.

### **Article 1 – Objet du cahier des charges**

Le présent cahier des charges traduit les engagements impératifs auxquels les chirurgiens-dentistes doivent répondre pour faire partie des partenaires cités auprès des assurés.

Ces engagements s'inscrivent dans le respect des impératifs de libre concurrence entre opérateurs économiques, dans le respect du libre choix du professionnel de santé par l'Assuré et visent à améliorer la qualité du service rendu aux assurés notamment par :

- la réduction du reste à charge des assurés ;
- la garantie accordée aux assurés, qui choisissent de s'adresser à un chirurgien-dentiste partenaire, de se prévaloir des aspects qualitatifs exposés dans le présent cahier des charges.

Aucune exclusivité, ni au profit des Assurances du Crédit Mutuel, ni au profit du chirurgien-dentiste, n'est consentie. Les Assurances du Crédit Mutuel pourront conclure des protocoles d'accord similaires avec tout chirurgien-dentiste. De même, le chirurgien-dentiste pourra conclure des protocoles d'accord similaires avec tout autre organisme complémentaire.

## Article 2 – La charte d'engagement du chirurgien-dentiste

Le chirurgien-dentiste partenaire doit accepter et appliquer la présente charte, afin de garantir, à son client et à l'assureur de celui-ci, une qualité et un coût maîtrisés sur la prestation délivrée, ainsi qu'une totale transparence sur ses produits et services.

- 1 - **Le professionnalisme et la qualité de services du chirurgien-dentiste**
  - Les clients sont accueillis par du personnel qualifié, sous le contrôle d'un chirurgien-dentiste diplômé, professionnel de santé.
  - Le chirurgien-dentiste prendra le temps nécessaire à l'évaluation de la demande du client, sa gêne, ses besoins particuliers, son contexte médical.
  - Le chirurgien-dentiste apporte à chaque client une information claire et objective, avec un langage adapté, sur les produits et les services disponibles. Il préconise la solution la plus adaptée.

## 2 - Ethique et transparence

- Le chirurgien-dentiste s'engage à délivrer et facturer sa prestation en totale conformité avec les références portées sur le devis remis au client.
- En cas de litige ou d'incertitude, la complémentaire santé pourra demander tous justificatifs au chirurgien-dentiste ayant réalisé l'acte bucco-dentaire.

## 3 - Partenariat avec l'assureur

Le chirurgien-dentiste s'engage à facturer les soins en conformité avec les indications portées sur le devis accepté par le client et à se conformer aux modalités de prise en charge définies avec les Assurances du Crédit Mutuel.

## 4 - Sanctions

Le chirurgien-dentiste signataire de la convention s'engage, en cas de non-respect de celle-ci, à se soumettre aux sanctions définies dans la convention de partenariat et qui constitue en premier lieu sa radiation de la liste des partenaires communiqués aux assurés.

## Article 3 – L'engagement tarifaire du chirurgien-dentiste

Les engagements des parties porteront sur les actes dentaires tels que définis ci-dessous, ils ne portent pas sur les soins conservateurs et autres frais annexes qui restent libres de facturation.

**La couronne dentaire dentoportée céramo-céramique (ou en équivalent minéraux)** représente une technique novatrice qui allie dans le respect des indications techniques et biologiques, esthétique, biocompatibilité, propriétés mécaniques et longévité.

## L'engagement tarifaire porte sur les actes suivants :

Couronne céramocéramique	550 €
Couronne céramocéramique implantoportée scellée	550 €
Couronne céramocéramique implantoportée transvissée	650 €
Couronne céramométallique	600 €
Couronne coulée	420 €
Couronne provisoire	75 €
Inlay core	300 €
Inlay core clavette	320 €
Bridgde transitoire 3 dents	180 €
Bridgde de base céramocéramique	1 650 €
Inlay supplémentaire céramocéramique	540 €
Pilier supplémentaire céramocéramique	540 €
Appareil transitoire résine 1-8 dents	500 €
Appareil transitoire résine 9-13 dents	600 €
Appareil transitoire résine complet	850 €
Appareil définitif résine 9-13 dents	750 €
Appareil complet définitif résine	1 300 €
Appareil définitif métal 1-7 dents	1 100 €
Appareil définitif métal 8-13 dents	1 350 €
Appareil complet définitif métal	1 600 €
Inlay onlay céramique	320 €

## Article 4 – La mise en oeuvre de la prestation

Le chirurgien-dentiste veillera à la mise en oeuvre des engagements suivants :

- délivrer gratuitement aux assurés, un devis conforme au devis normalisé ;
- proposer aux assurés de payer par carte *Avance Santé* afin de les faire bénéficier du service *Avance Santé*. Si l'adhérent refuse ou n'est pas en possession de cette carte *Avance Santé*, le chirurgien-dentiste facturera la part du régime complémentaire et du reste à charge éventuel directement à l'adhérent par le moyen de paiement choisi par ce dernier ;
- le chirurgien-dentiste établi, après l'exécution des soins, une note d'honoraires qu'il remet à son patient.

## Article 5 – La demande d'adhésion au partenariat

Après avoir pris connaissance du présent cahier des charges, le chirurgien-dentiste communiquera à l'assureur par courriel à l'adresse suivante : [acmdentrelpr@acm.fr](mailto:acmdentrelpr@acm.fr) sa décision de conclure un partenariat.

A cet effet, il adresse à l'assureur le formulaire d'inscription disponible sur le site internet [www.pds.acm.fr/fr/dentistes.html](http://www.pds.acm.fr/fr/dentistes.html).

En cas d'entente, l'assureur adressera au chirurgien-dentiste une convention formalisant leur accord.

### Exemple d'utilisation du service *Intégral'Dentaire*

Muriel, 39 ans, affiliée au régime général de la Sécurité sociale, a adhéré à la formule *Liberté* de notre contrat *Assurance Santé*. Elle doit se faire poser une couronne sur une prémolaire. Elle se rend chez son chirurgien-dentiste qui lui propose de réaliser **une couronne céramo-céramique facturée 550 € dans le cadre du service *Intégral'Dentaire***.

Muriel contacte Telsanté pour connaître la prise en charge de sa complémentaire. Son conseiller lui confirme que sa prothèse sera entièrement prise en charge.

- Le 1<sup>er</sup> juin, la couronne est posée. Muriel règle 550 € à son dentiste avec sa carte *Avance Santé*. **Elle n'avance pas les frais.**  
Le dentiste envoie les informations à la Sécurité sociale grâce à la carte Vitale de Muriel.
- Le 3 juin, **le compte du dentiste est crédité des 550 €.**
- Le 9 juin, le compte bancaire de Muriel est crédité de 75,25 € par la Sécurité sociale.
- Le 11 juin, Muriel reçoit 474,75 € de remboursement de sa complémentaire.
- Le 12 juin, les 550 € payés avec la carte *Avance Santé* sont débités du compte de Muriel.

**Muriel n'a fait aucune avance d'argent  
et sa couronne a été prise en charge en totalité.**



Avec Ecofolio  
tous les papiers  
se recyclent.

## La carte *Avance Santé* : une carte de paiement réservée aux dépenses de santé

### Pas d'avance de frais pour les patients

La carte *Avance Santé* dispense l'assuré de l'avance de ses frais de santé. Elle est mise gratuitement à la disposition des souscripteurs d'une complémentaire santé **Assurances Crédit Mutuel, CIC Assurances ou MTRL**.

La carte *Avance Santé* fonctionne sur un **Terminal de Paiement Electronique** standard (TPE) comme toute carte de paiement, aux conditions définies avec votre banque habituelle et sans aucuns frais supplémentaires. Vous n'avez rien à modifier et il n'est pas nécessaire de vous équiper auprès des établissements désignés ci-dessus.

Cette innovation vous garantit **un règlement rapide de la totalité de vos honoraires** et sans aucune contestation possible, car l'assurance garantit la solvabilité de votre patient.

Véritable alternative au tiers payant coordonné, elle **vous libère des contraintes de gestion administrative** (suivi, recherches, rejets, réclamations...) et protège la transmission des données médicales (seul le montant de la transaction est transféré).

### Un circuit simplifié pour les professionnels de santé

Lorsqu'un patient vous présente sa carte *Avance Santé* :

- vous procédez, avec la Carte Vitale, à la transmission de la feuille de soins électronique à son régime de Sécurité sociale obligatoire ;
- **vous encaissez la totalité de votre facture d'honoraires** (RO, part complémentaire, prestation hors nomenclature, dépassement d'honoraires) avec la carte *Avance Santé*. Le centre de paiement est interrogé afin de vérifier que le TPE est bien celui d'un professionnel de santé. En effet, la carte *Avance Santé* fonctionne exclusivement chez les chirurgiens-dentistes ainsi que les médecins, pharmaciens, opticiens, laboratoires et auxiliaires médicaux ;
- le paiement est crédité **sur votre compte dans les 48 heures** ;
- le compte bancaire du patient n'est débité qu'après l'éventuel remboursement de sa caisse d'assurance maladie et de sa complémentaire santé.

### La carte *Avance Santé* en chiffres

- Près de 700 000 cartes *Avance Santé* en circulation pour 1,5 million de bénéficiaires.
- 6,9 millions de paiements en 2014 auprès de 122 500 professionnels de santé.
- 440 000 paiements auprès de 23 000 chirurgiens-dentistes.
- Un paiement par carte *Avance Santé* toutes les 4,5 secondes.



## Annexe 3 : avant et après la fusion de la TSA et de la TSCA au 1er janvier 2016 [162]

Avant le 1<sup>er</sup> janvier 2016 :

	Taxe de Solidarité Additionnelle	Taxe Spéciale sur les Conventions d'Assurances
<b>Assiette</b>	Montant des primes ou cotisations destinées au financement des remboursements de soins de santé non pris en charge légalement par un régime obligatoire d'assurance maladie	Montant des sommes stipulées au profit de l'assureur et de tous les accessoires dont celui-ci bénéficie directement ou indirectement du fait de l'assuré
<b>Taux</b>	6,27 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>✦ 14 % pour les contrats d'assurance maladie complémentaire « non solidaires et responsables »</li> <li>✦ 7 % pour les contrats d'assurance maladie « solidaires et responsables »</li> </ul>
<b>Recouvrement</b>	URSSAF d'Île-de-France	DGFIP (administration fiscale)
<b>Affectation</b>	Fonds CMU	<ul style="list-style-type: none"> <li>✦ TSCA contrats « solidaires responsables » : - à parts égales entre la CNAM et la CNAF</li> <li>✦ TSCA contrats « non solidaires et responsables » : - 9 points pour les départements ; - 5 points pour la CNAM</li> </ul>
<b>Produit 2013</b>	2 023 millions d'euros	<ul style="list-style-type: none"> <li>✦ TSCA contrats « solidaires responsables » : - 2 100 millions d'euros</li> <li>✦ TSCA contrats « non solidaires et responsables » : - 142 millions d'euros</li> </ul>

« TSA rénovée », après le 1<sup>er</sup> janvier 2016

<b>Assiette</b>	Montant des sommes stipulées au profit des organismes assureurs et de tous les accessoires dont ceux-ci bénéficient directement ou indirectement du fait de l'assuré, à savoir les primes et majorations de primes, les accessoires et diverses autres sommes.
<b>Taux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✦ Contrats complémentaire santé « solidaires et responsables » : 13,27%</li> <li>✦ Contrats complémentaire santé « non solidaires et responsables » : 20,27%</li> </ul>
<b>Recouvrement</b>	Urssaf d'Île-de-France
<b>Affectation</b>	Fonds CMU: 6,27 points A parts égales pour la CNAM et la CCNAF le reste du produit

## Annexe 4 : les règles prudentielles [75]

### Les règles prudentielles

Dans le cadre de Solvabilité 1, les directives européennes et la réglementation française imposent aux organismes assureurs de respecter un certain nombre de règles :

- disposer de provisions, y compris une marge de prudence, telles qu'ils puissent couvrir leurs engagements avec une probabilité suffisante ;
- disposer d'actifs suffisamment sûrs, liquides, rentables et diversifiés, à mettre en regard des provisions techniques ;
- disposer d'un montant minimal de fonds propres, s'ajoutant aux provisions, pour pouvoir faire face à des pertes imprévues.

En particulier, deux principaux ratios, appelés ratios prudentiels, sont calculés afin de vérifier que les organismes respectent ces règles. Il s'agit d'une part du ratio de couverture des engagements réglementés défini comme :

$$\text{Ratio de couverture des engagements réglementés} = \frac{\text{Actifs retenus en couverture des engagements}}{\text{Engagements réglementés}}$$

- Les **engagements réglementés** correspondent aux provisions techniques (i.e. aux engagements des assureurs envers les assurés) et aux autres dettes privilégiées (dettes prioritaires sur les provisions techniques : hypothèques, dépôts reçus à restituer, complément retraite des salariés, dettes fiscales et sociales) ;
- Les codes des assurances, de la mutualité et de la sécurité sociale fixent une liste de valeurs mobilières et autres titres admis en **ouverture des engagements réglementés** : les obligations d'état, les actions d'entreprises, les placements immobiliers, les prêts et les dépôts sont autorisés. En revanche, l'or, les tableaux et le mobilier sont exclus. Par ailleurs, afin de répartir au mieux les risques, certains types de placements ne peuvent excéder un plafond : 65 % des engagements réglementés pour les actions, 40 % pour les placements immobiliers et 10 % pour les prêts. En outre, toujours pour des raisons de diversification du risque, et sauf exceptions, il n'est pas possible de dépasser 5 % des engagements réglementés en valeur émise par une même société (actions d'une même entreprise, appartements d'un même immeuble, ...), afin que la faillite d'une entreprise ou l'incendie d'un immeuble ne puisse à elle seule compromettre la solvabilité d'un organisme.

Il s'agit d'autre part du ratio de couverture de la marge de solvabilité tel que calculé ci-dessous :

$$\text{Ratio de couverture de la marge de solvabilité} = \frac{\text{Fonds propres}}{\text{Marge minimale de solvabilité}}$$

- Les **fonds propres** sont augmentés des **plus ou moins-values latentes** sur les actifs. Ces plus ou moins-values latentes sont estimées comme la différence entre la « valeur de marché » des actifs (estimation de la valeur à laquelle l'actif s'échangerait sur les marchés à la date du bilan) et la « valeur nette » des actifs (valeur d'achat nette de l'amortissement) ;
- La **marge minimale de solvabilité** est proportionnelle à l'activité de chaque organisme et tient compte de la réassurance. En assurance non-vie, elle correspond au maximum entre 16 % des primes et 23 % des sinistres. En assurance vie, elle est la somme d'une marge calculée sur l'activité décès (0,1 % des capitaux garantis en cas de décès) et d'une fraction calculée sur les autres risques (4 % des provisions mathématiques, ramenée à 1 % en cas de contrats en unités de compte).

Ces ratios sont jugés respectés lorsqu'ils sont supérieurs à 100 %. Du fait de leur caractère synthétique, ils sont particulièrement regardés même si le contrôle prudentiel s'appuie aussi sur d'autres indicateurs.

Le régime prudentiel des organismes d'assurance va être modifié en profondeur par l'entrée en vigueur de Solvabilité 2 au premier janvier 2016. En particulier, ce nouveau régime reposera sur de nouveaux critères quantitatifs, notamment le « capital de solvabilité requis », c'est-à-dire le capital économique dont a besoin une entreprise d'assurance pour limiter la probabilité de ruine à 0,5 % sur un an. Ce critère sera complété par un « minimum de capital requis », en deçà duquel l'intervention des autorités prudentielles sera déclenchée. Ces deux critères devront être couverts par un montant équivalent de fonds propres de qualité suffisante (la qualité étant la capacité du fonds propre à absorber les pertes). Enfin, le régime Solvabilité 2 permettra de mieux prendre en compte les groupes dans le contrôle prudentiel. Toutefois, la directive cadre Solvabilité 2 définit différents critères d'exclusion du champ du nouveau régime prudentiel. Sont en particulier exclus les organismes n'appartenant pas à des groupes et qui, sur base individuelle, ont un montant de primes brutes émises inférieur à 5 millions d'euros et un montant de provisions techniques brutes de réassurance inférieur à 25 millions d'euros. Sont également exclues les mutuelles totalement substituées. Ainsi, un grand nombre d'organismes de petite taille (principalement des mutuelles) resteront soumis au régime Solvabilité 1.

## Annexe 5 : charte de bonnes pratiques UNOCAM-CD



### Charte de bonnes pratiques pour les relations entre les chirurgiens-dentistes et les organismes complémentaires d'assurance maladie

L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) d'une part et la Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD) d'autre part ont signé l'accord bilatéral ci-dessous qui définit une charte de bonnes pratiques pour les relations entre les chirurgiens-dentistes et les organismes complémentaires d'assurance maladie. Les parties signataires s'engagent à inviter les chirurgiens-dentistes ainsi que les organismes complémentaires d'assurance maladie, membres des Fédérations qui constituent l'UNOCAM, à respecter les principes de cette charte.

Les parties signataires affirment l'intérêt d'établir des relations privilégiées entre les organismes complémentaires d'assurance maladie et les syndicats représentatifs des chirurgiens-dentistes dans l'objectif de développer des partenariats entre la profession dentaire et l'assurance maladie complémentaire.

D'un côté, les cas de renoncement aux soins pour raison économique sont liés très souvent à la santé bucco-dentaire<sup>1</sup> ; ils portent essentiellement sur les soins prothétiques et non opposables. De l'autre, l'assurance maladie complémentaire est devenue le premier financeur des soins et prothèses dentaires : elle rembourse 38,3% des 10,3 milliards d'euros de frais dentaires en 2011, quand l'assurance maladie obligatoire en solvabilise 32,1%<sup>2</sup>, le reste à charge des patients atteignant 24,9%. L'amélioration de l'accès à l'ensemble des actes de médecine bucco-dentaire nécessite donc une action des partenaires conventionnels en faveur des tarifs opposables, ainsi qu'une action conjointe des chirurgiens-dentistes et des organismes complémentaires d'assurance maladie.

Les parties signataires constatent que les soins conservateurs forment une part importante de l'activité des chirurgiens-dentistes, mais une part limitée de leurs honoraires. La revalorisation des soins dentaires à tarifs opposables devra faire l'objet d'une négociation tripartite, entre les syndicats représentatifs des chirurgiens-dentistes, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et l'UNOCAM. L'UNOCAM est favorable à une

<sup>1</sup> Le renoncement aux soins pour raisons financières, analyse socio-anthropologique. Santé protection sociale. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 19 mars 2012.

<sup>2</sup> Comptes nationaux de la santé. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 14 décembre 2012.

réforme structurelle répondant aux déséquilibres aujourd'hui constatés, qui ont un effet négatif sur l'accès aux soins bucco-dentaires.

Les parties signataires, respectant le caractère médical de la profession de chirurgien-dentiste, se réfèrent à son code de déontologie, qui doit être appliqué dans l'ensemble de ses composantes.

Conformément au code de la santé publique, le devis est un document destiné à l'information préalable du patient. Il doit être compréhensible directement par celui-ci et lui permettre le calcul précis de son reste à charge. La note d'honoraires, qu'il y ait délégation de paiement ou pas, doit reprendre les éléments du devis et doit être accompagnée, s'il y a lieu, de la déclaration de conformité du dispositif médical sur mesure.

Pour les syndicats signataires, l'inscription des codes d'actes de la classification commune des actes médicaux (CCAM) par les chirurgiens-dentistes est la contrepartie du strict respect de la charte par les organismes complémentaires d'assurance maladie.

Le développement de relations partenariales entre les organismes complémentaires d'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes et leurs syndicats s'inscrit dans ces perspectives. Les principes suivants constituent la charte de bonnes pratiques pour les relations entre les chirurgiens-dentistes et les organismes complémentaires d'assurance maladie :

#### 1. Engagements de l'UNOCAM :

L'UNOCAM s'engage à inviter les organismes complémentaires d'assurance maladie :

1. à se conformer à la Déclaration commune portant engagement de bonnes pratiques sur la lisibilité des garanties, rédigée par les Fédérations qui composent l'UNOCAM ;
2. à respecter le caractère médical de la profession de chirurgien-dentiste, en se référant à son code de déontologie ;
3. à renseigner avec discernement les adhérents ou les assurés sur leurs droits et prestations et sur l'estimation de leur reste à charge, en respectant les choix thérapeutiques opérés par le praticien, dès lors qu'ils sont conformes aux référentiels de bonnes pratiques et aux données acquises de la science ; à ne formuler des commentaires sur les honoraires du chirurgien-dentiste traitant qu'à partir d'éléments significatifs qui peuvent être objectivés ;
4. en réponse à une demande d'informations pour trouver un chirurgien-dentiste traitant émanant d'un adhérent ou d'un assuré, à communiquer le nom d'au moins trois praticiens, présentés dans un ordre aléatoire, exerçant indépendamment et correspondant aux souhaits de proximité de l'adhérent ou de l'assuré (l'adhérent ou l'assuré restant totalement libre du choix de son praticien traitant, quelles que soient les propositions des organismes complémentaires d'assurance maladie) ;
5. à utiliser le terme de « chirurgien-dentiste consultant » au sein de l'assurance maladie complémentaire et à réserver celui de « chirurgien-dentiste conseil » au service du contrôle médical de l'assurance maladie obligatoire ; à faire connaître aux chirurgiens-dentistes traitants les prérogatives attachées à la fonction de chirurgien-dentiste consultant ;

6. à utiliser, dans les nouvelles garanties et nouveaux contrats, les expressions de « prise en charge » sur devis ou d'« absence de prise en charge » sur devis au sein de l'assurance maladie complémentaire (ou, le cas échéant, de « refus de prise en charge ») et, en aucun cas, celui de « demande d'entente préalable » (ou, le cas échéant, de « prothèse refusée ») ; à remplacer progressivement cette appellation dans les contrats en cours ;
7. à rendre leur réponse sur les devis et demandes de prise en charge dans un délai de 15 jours au maximum à réception du courrier de l'adhérent ou assuré ;
8. à respecter des délais de paiement inférieurs à 15 jours à réception de l'ensemble des documents nécessaires à l'exécution des garanties ; à ne pas rembourser, lorsque les organismes complémentaires d'assurance maladie en ont connaissance, des actes dentaires effectués dans le cadre d'un exercice illégal ;
9. à utiliser le devis pour traitements et actes bucco-dentaires faisant l'objet d'une entente directe, annexé à l'avenant n° 3 à la convention nationale, sur lequel les syndicats, l'UNCAM et l'UNOCAM se sont accordés, et à le décliner en prise en charge (lorsqu'elle est requise et sauf cas particulier faisant l'objet d'un accord spécifique) et en note d'honoraires.<sup>3</sup>

## 2. Engagements du syndicat signataire :

Le syndicat signataire s'engage à inviter les chirurgiens-dentistes :

1. à mettre leurs patients en mesure d'obtenir les avantages sociaux auxquels leur état leur donne droit, sans céder à aucune demande abusive<sup>4</sup> ;
2. à ne pas demander à leurs patients le niveau de leur garantie pour fixer les honoraires à entente directe ;
3. à utiliser le devis pour traitements et actes bucco-dentaires faisant l'objet d'une entente directe, annexé à l'avenant n° 3 à la convention nationale, et à le décliner en prise en charge (lorsqu'elle est requise) et en note d'honoraires ;
4. à renseigner ces documents de façon exhaustive et précise, conformément aux dispositions conventionnelles.

## 3. Engagements des deux parties :

Les parties signataires s'engagent :

1. à diffuser et porter auprès de leurs membres les principes définis par la présente charte ;
2. à se rencontrer en amont des séances de négociations conventionnelles tripartites, afin de dissiper d'éventuelles incompréhensions et de dégager, dans la mesure du possible,

<sup>3</sup> Le devis/prise en charge et la note d'honoraires sont la déclinaison du document-type défini par l'avenant n° 3 à la convention nationale

<sup>4</sup> Conformément à l'article R 4127-234 du code de la santé publique et selon les recommandations ordinaires

des points de consensus ; à se réunir dans ce but, dans un cadre bilatéral, autant de fois que nécessaire ;

3. à créer une Commission bipartite de suivi de la charte, composée à parité de représentants de l'UNOCAM et des syndicats signataires de la charte et de l'avenant n° 3 à la convention nationale, permettant de contrôler le respect des engagements ;
4. à évoquer ensemble, par courriel ou éventuellement lors de réunions, les difficultés qui pourraient être rencontrées ponctuellement dans l'application de l'accord bilatéral, ainsi que toute question que les parties signataires décideraient de mettre à l'ordre du jour ;
5. en cas de signalement de difficultés rencontrées dans l'application de la charte par un chirurgien-dentiste ou un organisme complémentaire d'assurance maladie (y compris dans l'application de l'article 1.9.), à voir la Commission de suivi bipartite de la charte être saisie par l'une des parties signataires :
  - la Commission étudie le dossier présenté, elle engage une conciliation, elle entend au besoin le chirurgien-dentiste et l'organisme concernés afin de résoudre le différend par tout moyen approprié ;
  - la Commission décide des mesures à engager auprès de l'organisme complémentaire d'assurance maladie ou du chirurgien-dentiste qui ne respecterait pas de façon récurrente les principes de la charte ;
6. à mettre en place ensemble un groupe de travail, rassemblant des chirurgiens-dentistes traitants et des chirurgiens-dentistes consultants et ayant pour objectif d'améliorer les rapports entre les intervenants, afin de définir des règles d'échange ; ce groupe établira un rapport qui sera débattu au sein de la Commission bipartite de suivi de la charte ;
7. à étudier les modalités d'alimentation de bases de données CCAM sur l'activité bucco-dentaire, ainsi que les modalités de partage de ces données au sein de la Commission bipartite de suivi de la charte, en s'appuyant sur un échantillon significatif constitué progressivement par des organismes complémentaires d'assurance maladie volontaires ;
8. à dresser le bilan de l'application du présent accord bilatéral un an après sa signature.

#### 4. Terme de l'accord bipartite :

Les syndicats dentaires envisagent de signer l'avenant n° 3 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes avec l'UNCAM et l'UNOCAM, portant notamment modification du devis prothétique, à la condition que les organismes complémentaires d'assurance maladie respectent effectivement les engagements prévus par cet accord bipartite.

L'UNOCAM envisage de signer cet accord bipartite à la condition que l'avenant n° 3 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes soit tripartite et que soit conclu par ailleurs un accord bipartite entre l'UNCAM et l'UNOCAM sur les nouveaux codes de regroupement des actes de classification commune des actes médicaux volet bucco-dentaire, transmis dans les flux Noémie.

Le présent accord prendra fin avec cette convention nationale. Si celle-ci était reconduite, l'accord le serait également.

Fait à Paris, le 26 juillet 2013

Pour l'UNOCAM,  
M. Fabrice HENRY,  
Président



Pour la CNSD,  
Dr Catherine MOJAISKY,  
Présidente



# Annexe 6 : la présentation du contrat Kalivia et la Charte Qualité complète



Kalivia est né en 2010 de la volonté commune du groupe Malakoff Médéric et de l'Union Harmonie Mutuelles, acteurs majeurs de l'économie sociale et solidaire, d'ouvrir avec les professionnels de santé à l'amélioration de l'accès aux soins de plus de 10 millions de bénéficiaires.

Mandaté par ses membres fondateurs, Kalivia propose aux chirurgiens-dentistes et aux orthodontistes un partenariat, dont l'objectif est de contribuer à l'accès et à une meilleure prise en charge des soins bucco-dentaires des bénéficiaires.

Conçu dans le respect de la Charte de bonnes pratiques pour les relations entre les chirurgiens-dentistes et les organismes complémentaires d'Assurance maladie, ce partenariat est fondé sur des engagements réciproques.

## Nos engagements...

- > **La garantie de votre liberté de prescription et le respect de votre pratique professionnelle.**
- > **Le renforcement de l'accès aux actes de prothèse, d'orthodontie, d'implantologie, de parodontologie et de prévention, grâce à une amélioration d'au moins 15% de la prise en charge complémentaire, dans le cadre de votre partenariat avec Kalivia.**
- > **Une garantie de paiement de la part complémentaire pendant 6 mois et un virement sous 4 jours après facturation.**
- > **La mise en place d'une équipe dédiée qualifiée, encadrée par un praticien, pour vous accompagner dans ce partenariat.**

## Vos engagements...

- > **Le respect de la Charte Qualité, rédigée en étroite collaboration avec des praticiens en exercice, et s'appuyant sur les bonnes pratiques de la profession.**
- > **Le respect du référentiel d'honoraires, qui s'inscrit dans les pratiques moyennes de la profession.**
- > **La pratique du tiers payant selon une procédure dématérialisée, avec réponse en temps réel pour l'accord de prise en charge ; cette procédure respecte les exigences CNIL.**

Kalivia, société par actions simplifiée au capital de 5 000 000 €, 122, rue de Javel - 75015 Paris - RCS Paris 509 626 032

**Kalivia**  
122, rue de Javel  
75015 Paris  
Tél. 01 84 95 15 70  
dentaire@kalivia-sante.fr

■ [www.kalivia-sante.fr](http://www.kalivia-sante.fr)



CHARTRE QUALITÉ  
KALIVIA DENTAIRE • 2016



<b>1. Qualification de l'équipe et environnement de travail</b> .....	<b>4</b>
<b>1.1</b> Qualification et formation de l'équipe	4
1.1.1 Socle commun	4
1.1.2 Critères spécifiques	4
1.1.3 Qualification de l'assistant(e) dentaire	4
<b>1.2</b> Environnement de soins	5
1.2.1 Hygiène, asepsie, équipements	5
1.2.1.1 Socle commun	
1.2.1.2 Critères spécifiques	
1.2.2 Stérilisation et gestion des risques contaminants et polluants	5
1.2.3 Équipements radiologiques	5
1.2.4 Autres équipements	5
<b>2. Qualité, sécurité et traçabilité des dispositifs médicaux sur mesure</b> .....	<b>6</b>
<b>3. Qualité de l'accueil et de la relation avec le patient</b> .....	<b>6</b>
<b>3.1</b> Accueil et relation avec le patient	6
<b>3.2</b> Mise en place d'une garantie de 10 ans sur les couronnes	7
<b>4. Pratiques médicales</b> .....	<b>7</b>
<b>4.1</b> Prévention	7
<b>4.2</b> Soins conservateurs	8
<b>4.3</b> Recommandations	8
<b>4.3.1</b> Socle commun	8
Prothèse conjointe	
Réparation	
Prophylaxie	
<b>4.3.2</b> Implantologie	8
Indications pour la pose d'un implant plutôt que d'un bridge ou d'une prothèse amovible classique	
Contre-indications à la pose d'un implant	
<b>4.3.3</b> Autres actes	9
Contenu de l'examen en orthodontie adulte	
Contenu du bilan précédant tout acte de parodontie médicale ou chirurgicale	
Contenu de la séance de maintenance parodontale	
<b>4.4</b> Échanges confraternels avec le chirurgien-dentiste consultant	10
4.4.1 Qualité du chirurgien-dentiste consultant	10
4.4.2 Périmètre d'intervention	11
4.4.3 Conditions des échanges confraternels	11
<b>5. Annexes</b> .....	<b>12</b>
<b>5.1</b> Textes et normes de référence	12
<b>5.2</b> Lexique des acronymes utilisés	12

La santé bucco-dentaire est un élément essentiel du capital santé, et des soins dentaires de qualité contribuent au mieux-être des patients.

Les Organismes utilisateurs de Kalivia entendent renforcer leur rôle d'acteurs de santé et souhaitent établir des relations durables avec les praticiens afin de permettre à leurs bénéficiaires<sup>1</sup> d'accéder librement à des soins de qualité, de préserver et d'entretenir leur capital santé au moyen d'un suivi régulier auprès de leur chirurgien-dentiste ou orthodontiste.

La présente Charte Qualité répond au besoin croissant d'information de la part des patients. Elle s'appuie sur des textes législatifs et réglementaires ainsi que sur des rapports et recommandations d'autorités compétentes, notamment :

- le Code de la Sécurité sociale, le Code de la santé publique, le Code de l'environnement, le Code du travail, le Code de déontologie et des directives européennes ;
- la Charte de bonnes pratiques pour les relations entre les chirurgiens-dentistes et les Organismes complémentaires d'Assurance maladie ;
- la Commission des dispositifs médicaux de l'ADF (Association dentaire Française) ;
- les Recommandations de la Haute Autorité de santé.

Les Praticiens partenaires s'engagent à exercer leur profession dans le respect de la réglementation en vigueur, des normes et des données acquises de la science. La présente Charte Qualité, rédigée en étroite collaboration avec des praticiens en activité, est constituée d'un socle commun aux Praticiens partenaires<sup>2</sup>, qu'ils soient chirurgiens-dentistes omnipraticiens ou spécialistes.

<sup>1</sup> Les bénéficiaires du conventionnement Kalivia sont les personnes physiques bénéficiant d'une couverture complémentaire santé auprès d'un des Organismes utilisateurs de Kalivia. Ils détiennent un justificatif d'accès aux services Kalivia.

<sup>2</sup> Chirurgien-dentiste, orthodontiste, ou établissement employant des praticiens ayant accepté en ligne le Contrat d'Adhésion sur le site Extranet de Kalivia à l'occasion de la procédure d'adhésion.



## Qualification de l'équipe et environnement de travail

La qualification des Praticiens partenaires et des assistant(e)s est essentielle pour assurer aux patients un accès aux soins optimisé. Elle repose sur une formation initiale et continue.

Les cabinets dentaires peuvent varier en termes de taille et d'environnement, mais les installations doivent répondre à des normes garantissant qualité et sécurité des soins.

### 1.1 Qualification et formation de l'équipe

#### 1.1.1 Socle commun

Les Praticiens partenaires, ainsi que les praticiens employés par des établissements partenaires, doivent être :

- » inscrits à l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes<sup>1</sup> ;
- » conventionnés par l'Assurance maladie obligatoire ;
- » et à jour en matière de développement professionnel continu.

1 En respect de la loi n° 2014-57 du 27 janvier 2014, Kalivia n'est pas autorisé à proposer son partenariat aux médecins stomatologues.

#### 1.1.2 Critères spécifiques

Le Praticien partenaire peut justifier d'une formation ou d'une expérience permettant de maîtriser les spécialité ou orientations déclaré(e)s.

Pour chacune des spécialité ou orientations déclaré(e)s, le Praticien partenaire précise si sa pratique est occasionnelle, régulière ou exclusive.

Pour les actes d'implantologie ou de chirurgie buccale lourde, les Praticiens partenaires doivent obligatoirement recourir aux services d'un(e) assistant(e) dentaire qualifié(e) ou d'un confrère.

#### 1.1.3 Qualification de l'assistant(e) dentaire

Le titre d'assistant(e) dentaire est inscrit au Répertoire National des Certifications Professionnelles classé niveau IV, code CNIS (arrêté du 02/10/2006 - JO du 24/10/2006).

À ce titre, il ou elle assure les opérations telles que définies par le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes.



## 1.2 Environnement de soins

Sont ici rappelés les critères usuellement retenus en matière de qualité de l'hygiène dans les cabinets dentaires.

### 1.2.1 Hygiène, asepsie, équipements

#### 1.2.1.1 Sode commun

Les désinfectants des sols et des mains sont conformes aux normes en vigueur.

**Au-delà de la réglementation, les praticiens respectent les bonnes pratiques suivantes :**

- » dans les zones de soins et de traitement des dispositifs médicaux, les matériaux de revêtement des sols, murs et plans de travail sont lisses, lessivables et non poreux ;
- » une friction des mains avec un produit normé est réalisée à chaque soin/examen ;
- » l'équipe soignante porte systématiquement un masque chirurgical et des gants à usage unique ;
- » une purge des équipements est réalisée dans le respect des derniers référentiels connus ;
- » les dispositifs posés ou essayés en bouche (exemples : films radio, prothèses, empreintes, teintiers, miroirs) sont à usage unique ou sont désinfectés.

#### 1.2.1.2 Critères spécifiques

Pour les actes d'implantologie ou de chirurgie buccale lourde, le cabinet doit au minimum permettre l'isolation d'un espace dédié, utilisé sur un créneau horaire spécifique.

### 1.2.2 Stérilisation et gestion des risques contaminants et polluants

La traçabilité des cycles de stérilisation est assurée et répertoriée conformément à la réglementation en vigueur.

Le Praticien partenaire et son personnel sont à jour de leurs vaccinations obligatoires (hépatite B, diphtérie, tétanos-poliomyélite)

**Les Praticiens partenaires respectent les étapes de la chaîne de stérilisation ci-dessous :**

- » 1. Pré-désinfection des dispositifs médicaux utilisés en bouche avec des produits aux normes en vigueur, puis rinçage (zone humide) ;
- » 2. Nettoyage à la main, aux ultrasons, ou par thermo laveur, puis séchage ;
- » 3. Stérilisation à vapeur d'eau, lorsque le dispositif médical le permet, en privilégiant le «cycle prion» ;
- » 4. Conservation des éléments de traçabilité liés à la stérilisation.

### 1.2.3 Équipements radiologiques

Le Praticien partenaire respecte les obligations édictées par l'ASN et l'ANSM.

Les articles R.4451-1 à R.4451-144 du Code du travail en matière de formation des personnels exposés sont appliqués.

Sauf pratique de l'orthodontie exclusive, le cabinet dentaire est au moins équipé d'un appareil de radiographie rétro-alvéolaire.

Le Praticien partenaire pourra signaler qu'il dispose, dans son cabinet, d'autres équipements radiologiques tels que radiographie panoramique et/ou appareil de radiographie 3D (scanner ou cone beam).

### 1.2.4 Autres équipements

Le Praticien partenaire dispose d'un ordinateur et d'une connexion à Internet.

## 2

# Qualité, sécurité et traçabilité des dispositifs médicaux sur mesure

Dans un souci de sécurité et d'information du bénéficiaire, le Praticien partenaire :

- » n'utilise que des amalgames de dernière génération, dits «non gamma 2», en capsules prédosées (rapport et recommandations Afsaps 10/2005) ;
- » ne pose que des implants dentaires répondant aux normes réglementaires et portant le marquage CE ;
- » exige des fabricants de dispositifs médicaux sur mesure que chacune des livraisons de prothèses soit accompagnée de sa déclaration de conformité, dûment remplie, avec les documents de traçabilité :
  - la déclaration de conformité sera remise au patient conformément au devis conventionnel
  - la fiche de traçabilité est archivée dans le dossier du patient
- » en cas de pose d'implant et de prothèse implanto-portée, remet au bénéficiaire un passeport implantaire et/ou prothétique, mentionnant a minima les informations contenues dans les passeports téléchargeables sur le site de l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes.

## 3

# Qualité de l'accueil et de la relation avec le patient

## 3.1 Accueil et relation avec le patient

La qualité de la prise en charge d'un patient passe aussi par la qualité de la relation que le praticien entretient avec son patient.

La présente Charte Qualité s'attache donc aussi à rappeler ce qu'il est convenu d'appeler les bonnes pratiques en matière de prise en charge de l'ensemble des patients, y compris les Bénéficiaires de la CMU, notamment :

- » l'accessibilité du cabinet pour les personnes handicapées ;
- » la prise en compte du confort et du stress du patient ;
- » le respect du secret concernant des informations relatives au patient ;
- » le respect autant que possible des horaires de rendez-vous ; le praticien définissant un temps de retard au-delà duquel il prévient le patient et propose une alternative ;
- » en dehors des heures d'ouverture du cabinet, une information minimum du patient (exemple : horaires d'ouverture mentionnés sur une messagerie) ;
- » la mise à disposition, la diffusion et/ou la projection de supports pédagogiques sur l'hygiène bucco-dentaire et sur la prévention ;
- » la remise d'un devis conventionnel avant l'exécution de tout acte à honoraires non opposables ou non remboursables conformément à l'article L.1111-3 du Code de la santé publique et à l'arrêté du 26 novembre 2013 ou tout autre texte réglementaire applicable.

### 3.2 Mise en place d'une garantie de 10 ans sur les couronnes

Étant préalablement entendu qu'une prothèse dentaire est un dispositif médical sur mesure, soumis aux aléas thérapeutiques, et non un bien de consommation courante, le Praticien partenaire et les Organismes utilisateurs de Kalivia s'associent pour garantir pendant 10 ans toute couronne unitaire dento-portée, posée en France dans le cadre du conventionnement Kalivia.

**Cet engagement permet d'assurer une véritable continuité des soins auprès des bénéficiaires<sup>1</sup>, dans les conditions ci-après :**

- Pour une première période de 1 an, le Praticien partenaire, qui a posé la couronne, s'engage à réaliser, sans frais pour le Bénéficiaire ni pour l'organisme partenaire de Kalivia, tout acte lié au remplacement de la couronne.
- Ensuite, pour une période de 9 ans, les Organismes utilisateurs de Kalivia s'engagent à rembourser au bénéficiaire son éventuel reste à charge<sup>2</sup> pour tout acte lié au remplacement de la couronne, à due concurrence des honoraires de la couronne initiale, dans la mesure où l'acte lié au remplacement est réalisé par le praticien partenaire qui a posé la couronne initiale.
- Ces garanties s'exercent à l'exception des cas suivants :
  - utilisation impropre des maxillaires (ex : bris d'objets durs impropres à la consommation) ;
  - suivi bucco-dentaire irrégulier (moins d'une consultation par an) ;
  - mauvaise hygiène bucco-dentaire ;
  - effets de l'usure normale ;
  - accidents, traumatismes ;
  - pièce défectueuse avec responsabilité engagée du fabricant (laboratoire de prothèse).

<sup>1</sup> Dans la mesure où ces derniers sont toujours bénéficiaires d'une couverture santé auprès de l'Organisme utilisateur au moment de la survenance du sinistre.

<sup>2</sup> Part des honoraires restant à la charge du bénéficiaire, déduction faite des éventuelles prises en charge obligatoire et complémentaire de la prothèse initiale.

## 4

### Pratiques médicales

#### 4.1 Prévention

La promotion d'une prévention efficace est gage d'une maintenance des soins effectués, et permet à terme une meilleure gestion économique de ces derniers.

**Les Organismes utilisateurs de Kalivia s'engagent ainsi à contribuer à :**

- promouvoir les programmes de prévention mis en place de l'Assurance maladie obligatoire (exemple : MT Dents), et plus généralement le suivi annuel auprès d'un chirurgien-dentiste, qui peut notamment être l'occasion de rappeler les bonnes pratiques en termes de brossage et d'hygiène bucco-dentaire ;
- réaliser des actes de prophylaxie (apport éventuel de fluor, scellement de sillons) ;
- dépister précocement les caries.



## 4.2 Soins conservateurs

Le Praticien partenaire s'engage, chaque fois que c'est possible, à favoriser les soins conservateurs plutôt que les soins prothétiques.

## 4.3 Recommandations

Les pratiques métier relèvent de la compétence du praticien traitant, mais dans un souci de promotion de la qualité des soins, les recommandations suivantes aideront l'exercice des Praticiens partenaires.

Et pour tenir compte de situations médicales particulières pouvant justifier une dérogation à ces recommandations, Kalvia propose aux Praticiens partenaires un échange confraternel avec le chirurgien-dentiste consultant.

### 4.3.1. Socle commun

Les praticiens partenaires respectent les recommandations métier ci-après :

#### Prothèse conjointe

- » Hors groupe incisivo-canin mandibulaire, pas de bridge avec un nombre d'inters supérieur au nombre de piliers.
- » Pas de bridge avec plus d'un inter en extension par hémi arcade.
- » Le bridge collé ou à ailettes est réservé aux dents antérieures (groupe incisivo-canin).
- » Pas de couronne définitive sur dent de lait (sauf cas d'agénésie).

#### Réparation

- » La dépose et la repose d'une couronne fixe dento-portée, par le praticien ayant réalisé la prothèse, ne sont pas facturées si la prothèse a été posée il y a moins d'un an.

#### Prophylaxie

- » Le scellement de sillons sur prémolaires doit être pratiqué avant l'âge de 14 ans et doit être réservé aux enfants avec risque carieux élevé.

### 4.3.2. Implantologie

Il appartient au Praticien partenaire de s'assurer d'éventuelles contre-indications en amont de son traitement d'implantologie. Afin de l'aider dans cette analyse, sont rappelées ici à titre indicatif les principales indications et contre-indications relevant des données acquises de la science, qui pourront faire l'objet d'évolutions en fonction de parutions officielles.

#### Indications pour la pose d'un implant plutôt que d'un bridge ou d'une prothèse amovible classique

- » Environnement parodontal favorable, examens radiologiques nécessaires et suffisants, occlusion favorable, motivation à l'hygiène, implication en matière de suivi, agénésies dentaires.
- » En cas d'édentement unitaire ou plural : dents adjacentes saines, dents irrécupérables, âge du patient, demande expresse du patient d'une thérapeutique conservatrice.  
En cas d'édentement complet : instabilité et insatisfaction de la réhabilitation par une prothèse amovible classique, refus psychologique de port d'une prothèse adjointe, habitudes parafunctionnelles qui compromettent la stabilité d'une prothèse adjointe classique.

#### Contre-indications à la pose d'un implant

##### ➤ Générales relatives :

- Avec risques élevés : cardiopathies à risque et à haut risque d'endocardite infectieuse, infarctus récent, insuffisance cardiaque sévère, déficits immunitaires congénitaux et acquis (Sida), patients traités par immunosuppresseurs ou corticoïdes au long cours, affections nécessitant ou devant nécessiter une transplantation d'organes, cancers en évolution, affection du métabolisme osseux (ostéomalacie, maladie de Paget, ostéogénèse imparfaite).
- Avec risques modérés : diabète, grossesse, insuffisance coronarienne, angor, traitements anticoagulants, maladies auto-immunes (lupus, polyarthrite rhumatoïde, sclérodémie), séropositivité, tabagisme important, maladies psychiatriques (paranoïa, schizophrénie,...), toxicomanes, éthylisme, irradiation cervico-faciale.

##### ➤ Contre-indications locales :

Dermatoses buccales, maladies parodontales, bruxisme, volumes osseux limités et proximité des structures anatomiques, occlusion défavorable, présence de lésions osseuses avoisinantes (lésions parodontales/endodontiques, granulomes/kystes périapicaux, pathologies sinusiennes, dents incluses), hygiène bucco-dentaire déficiente ou négligée.

Par ailleurs, les Praticiens partenaires respectent les recommandations métier ci-après :

- tout acte implantaire doit être obligatoirement précédé par un examen radiologique permettant de repérer les entités anatomiques ;
- le guide chirurgical en implantologie doit être utilisé en cas d'édentement supérieur ou égal à 5 dents contigües ;
- les barres de connexion doivent reposer sur minimum 2 connectiques sur la mandibule et 4 connectiques sur le maxillaire.

Par ailleurs, dans les cas où le traitement implantaire est réalisé par deux praticiens distincts, l'un pour la partie chirurgicale, l'autre pour la partie prothétique, une bonne coordination est indispensable.

#### 4.3.3. Autres actes

Les Praticiens partenaires respectent les recommandations métier ci-après :

Contenu de l'examen en orthodontie adulte :

- cliché panoramique ;
- téléradiographie de profil et analyse céphalométrique ;
- empreintes, moulages, et éventuellement photos ;
- diagnostic ;
- plan de traitement.

Contenu du bilan précédant tout acte de parodontie médicale ou chirurgicale :

- bilan radiologique panoramique, voire long cône, sondage des poches parodontales, charting ;
- le cas échéant, tests microbiologiques (sonde ADN, par culture), test PST ;
- contrôle de plaque (révélateur), motivation à l'hygiène.

**Contenu de la séance de maintenance parodontale; la maintenance a pour objectif de prévenir les récurrences de maladies parodontales, fait partie du traitement des parodontites et permet de pérenniser les résultats thérapeutiques. On distinguera :**

➤ **La maintenance parodontale immédiate (3/6 mois) :**

- sondage des poches, charting;
- test de mobilité dentaire;
- mesure des récessions gingivales;
- rappel de motivation à l'hygiène dont recommandations des techniques de brossage.

➤ **La maintenance parodontale médiate (2/3 ans) :**

- bilan radiologique panoramique, voire long cône;
- sondage des poches, charting;
- test de mobilité dentaire;
- mesure des récessions gingivales;
- rappel de motivation à l'hygiène dont recommandations des techniques de brossage.

Sauf situation médicale particulière, la pose de gouttière occlusale et les séances de suivi sont réservées aux patients, dont la croissance est terminée.

**Contenu de l'analyse occlusale :**

- occlusion statique et dynamique avec papier à articuler;
- empreintes et moulages, montage sur articulateur avec arc facial;
- diagnostic;
- le cas échéant, plan de traitement.

La pose de coiffe pédodontique avec ou sans mainteneur d'espace n'est pratiquée que sur les enfants de moins de 12 ans.

## **4.4 Échanges confraternels avec le chirurgien-dentiste consultant**

Conformément à la Charte de bonnes pratiques pour les relations entre les chirurgiens-dentistes et les Organismes complémentaires d'Assurance maladie, et par souci de transparence, Kalivia souhaite faire connaître aux Praticiens partenaires les prérogatives attachées à la fonction de chirurgien-dentiste consultant, qu'il travaille pour Kalivia ou pour chacun des Organismes utilisateurs de Kalivia.

### **4.4.1. Qualité du chirurgien-dentiste consultant**

Le chirurgien-dentiste consultant est un praticien inscrit à l'Ordre national des chirurgiens-dentistes et enregistré au niveau du conseil départemental comme « chirurgien-dentiste consultant ». En outre, son contrat de travail n'interfère pas avec son obligation déontologique d'indépendance professionnelle.

#### 4.4.2. Périmètre d'intervention

Le chirurgien-dentiste consultant agit en tout premier lieu pour faciliter les relations entre bénéficiaires et praticiens partenaires, et la prise en charge complémentaire dans le cadre du conventionnement Kalivia.

Il est donc fondé à entrer en contact avec le Praticien partenaire au titre du suivi des recommandations métiers telles que définies dans la présente Charte, et en cas d'anomalie flagrante. Dans la mesure du possible, les interventions du chirurgien-dentiste consultant sont préopératoires. Toutefois, une incohérence manifeste entre le devis et la facture peut justifier une intervention postopératoire.

**Afin de limiter l'intervention du chirurgien-dentiste consultant, le Praticien partenaire peut être invité à argumenter la nécessité du traitement choisi dans les cas suivants :**

- » 4 couronnes, 4 piliers, 4 implants ou plus ;
- » bridge 3 éléments sur deux piliers reconstituables durablement ;
- » actes peu fréquents de chirurgie implantaire ou parodontale ;
- » recours important aux soins prothétiques plutôt qu'aux soins conservateurs (exemple : recours à l'inlay-core, plutôt qu'à la reconstitution au fauteuil).

**Par ailleurs, le chirurgien-dentiste consultant pourra intervenir dans les cas suivants et apparentés, pour optimiser leur traitement administratif :**

- » problèmes de codification ;
- » actes concernés par la mise en place de la garantie de 10 ans.

Dans les cas précités, le chirurgien-dentiste consultant ne s'immisce pas dans le plan de traitement établi entre le patient et le praticien traitant, et son intervention ne pourra s'apparenter à une demande d'entente préalable.

Dans le cadre de ses interventions, et suivant une procédure respectant la protection du secret médical, le chirurgien-dentiste consultant peut être amené à demander des pièces médicales via le patient. Le plus souvent, il s'agira de clichés radiographiques médicalement justifiés. Toutefois, dans certains cas, d'autres pièces pourront être demandées, comme des photos de moulages, ou la déclaration de conformité du dispositif médical sur mesure.

#### 4.4.3. Conditions des échanges confraternels

Le Praticien partenaire, comme le chirurgien-dentiste consultant, s'engage à prendre contact dans les 48 heures ouvrées, hors période de vacances, suite à une sollicitation par téléphone ou par courrier.

**Lorsque des pièces doivent être échangées :**

- » le Praticien partenaire s'engage à les adresser au patient dans un délai de 15 jours maximum après la date de demande de simulation de prise en charge ou de réception de la facture ;
- » et le chirurgien-dentiste consultant s'engage à statuer et à répondre dans les mêmes délais.

Si le chirurgien-dentiste consultant est amené à demander, avec l'accord du patient, un examen complémentaire non inclus dans le plan de traitement et non encore réalisé par le Praticien partenaire, ce dernier est fondé à demander une participation financière des Organismes utilisateurs de Kalivia à due concurrence de la base de remboursement de la sécurité sociale, ou à défaut sur entente avec le chirurgien-dentiste consultant.

Les appels confraternels et les échanges de pièces se font dans le respect des règles déontologiques et réglementaires en vigueur, au regard de la protection du secret médical et des données personnelles.

### 5.1 Textes et normes de référence

La présente Charte Qualité se fonde notamment sur les éléments suivants :

- » Loi n° 91-1414 du 31/12/1991 et décret n° 2001-1016 du 5/11/2001 ;
- » Normes NF EN 14885 et CE (directive 93/42/CEE) ;
- » Normes NF EN 1040/1275/12054/14476/1500/12791,
- » Directives 2000/70/CE et 2001/104/CE ;
- » Art. R.5212- 1 et suivants du Code de la santé publique ;
- » Art. L.3111-1 à L.3111-4 Code de la santé publique, arrêté du 6/3/2007 ;
- » Décret n° 97-10-48 du 6/11/1997, art. R.1335-1 à R.1335-6 du Code de la santé publique, art. R.4127-269 du Code de la santé publique ;
- » Norme Afnor NFX30-500/501/502 ;
- » Norme NF EN 13060 et NF EN ISO 17665-1 ;
- » Directive européenne 93/42/CEE ;
- » Norme ISO 10993-1 et 7405 ;
- » Code de la santé publique - Décret du 30/12/2011 ;
- » Code de déontologie- art. R.4127-214 ;
- » Code de l'environnement art. L.592-1, L.592-21 et L.592-22 ;
- » Code de la santé publique art. L.1333-17 et R.1333-98 ;
- » Code du travail art. R.4451-1 à R.4451-144 ;
- » Formation continue et développement professionnel continue : articles L.4361-2 à L.4361-5 du Code de la santé publique.

### 5.2 Lexique des acronymes utilisés

- » ADF: Association dentaire française ;
- » ADN: Acide désoxyribonucléique ;
- » ANSM: Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ;
- » ASN: Autorité de sûreté nucléaire ;
- » PST: Periodontal susceptibility test ;
- » 3D : 3 dimensions.

**Kalivia**  
122, rue de Javel - 75015 Paris  
TÉL. 01 84 95 15 70  
dentaire@kalivia-sante.fr



www.kalivia-sante.fr

Kalivia, société par actions simplifiée au capital de 5 000 000€, ayant son siège social : 122, rue de Javel - 75015 Paris - RCS Paris 509 622 552.

# Annexe 7 : Contrat et tarification Santéclair

Avenant à l'accord de partenariat réseau dentaire – praticien – applicable au 01/01/2017

---

## **Au préambule,**

Le 1- est remplacé par : « 1-Santéclair, filiale de MAAF, MMA, MGP, Allianz, IPECA, souhaite, par le présent partenariat, faciliter l'accès aux soins dentaires et garantir des soins de qualité aux bénéficiaires définis à l'article 2 du présent accord. Cette démarche vise également le développement de la prévention bucco-dentaire, l'amélioration de la prise en charge des soins prothétiques, de la parodontie et de l'implantologie et la traçabilité des prothèses posées. ».

Au 2-, les mots « , conventionnés par l'assurance maladie obligatoire, » sont ajoutés après « centres dentaires ».

Au 3-, les mots « du fait de leur qualité d'assurés en complémentaire santé de l'un des organismes d'assurance complémentaire santé ayant conclu un accord avec Santéclair, » sont supprimés.

Sont ajoutés un 5- et 6- ainsi libellés :

« 5-Conformément à la loi Le Roux n° 2014-57 du 27 janvier 2014, relative aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, établissements et services de santé, ce réseau ne comporte pas de numerus clausus.

6-Santéclair fait évoluer le contenu du partenariat afin de tenir compte des évolutions du contexte légal et réglementaire des praticiens et des organismes complémentaires, généralisation du tiers-payant et conditions imposées aux contrats de couverture santé pour bénéficier des aides sociales et fiscales (« contrats responsables »).

**A l'article 1 : Objet,** la phrase est remplacée par la phrase suivante :

« Le présent contrat a pour objet de préciser le cadre du réseau dentaire, le fonctionnement du partenariat, les obligations des Parties, les modalités d'évolution et les règles applicables à la vie du contrat. ».

**A l'article 2 : les bénéficiaires,** le premier alinéa est remplacé par :

« Les bénéficiaires sont les personnes physiques (assurés et ayant-droit) soit couvertes par un contrat santé souscrit auprès des organismes d'assurance complémentaire santé clients de Santéclair (ci-après désignés « OCAM »), soit bénéficiant d'un accès au réseau dentaire Santéclair en dehors d'une couverture santé, dans le cadre d'un accord passé avec un autre organisme client de Santéclair (ci-après désignés « Autres Organismes »).

Au 2<sup>ème</sup> alinéa, la parenthèse « (Spécimens joints en annexe1) » est remplacée par « pour les bénéficiaires des OCAM ou d'un support papier ou dématérialisé portant la mention Santéclair pour les autres organismes. La mention « Santéclair » sur une carte de tiers-payant (TP) l'emporte sur les autres possibilités de TP ouvertes sur cette même carte pour le praticien. »

**A l'article 3 : les engagements de Santéclair,** les 3.1 à 3.3 sont remplacés par :

### **« 3.1. Services mis à la disposition des praticiens**

Santéclair met à disposition un bouquet de services dédiés au domaine dentaire, constitué des éléments suivants:

- Un espace public dédié aux chirurgiens-dentistes et centres dentaire sur [www.santeclair.fr](http://www.santeclair.fr) leur permettant de postuler aux appels d'offres du réseau dentaire.
- Un espace sécurisé propre à chaque partenaire via le site internet [www.santeclair.fr](http://www.santeclair.fr), espace personnel qui lui permet notamment, d'accéder au Frontal de Flux « FFL », portail de saisie dématérialisé, et à son manuel d'utilisation.
- Un centre d'appels facilitant le fonctionnement et la gestion des relations entre Santéclair et les bénéficiaires d'une part, et Santéclair et les praticiens d'autre part. Le numéro de téléphone dédié aux praticiens du réseau dentaire ainsi que les horaires de disponibilité de cette ligne sont indiqués dans l'espace sécurisé.
- D'une adresse de messagerie électronique mise à disposition du praticien pour lui permettre de communiquer directement avec l'équipe du réseau dentaire.

### **3.2. Règlement direct des praticiens par l'OCAM**

Par l'intermédiaire de Santéclair, l'OCAM s'engage à mettre en œuvre, pour ses bénéficiaires, une procédure de dispense d'avance de frais dite tiers-payant pour la part qu'elle prend en charge.

La procédure de dispense d'avance de frais dite tiers-payant fait référence à deux types de situations :

d'une part, une procédure de facturation en tiers-payant pour les actes opposables pour lesquels, le Frontal de Flux (FFL) permet la facturation à l'OCAM directement à l'issue de la réalisation des actes et, d'autre part, une procédure de demande de prise en charge à Santéclair pour tous les autres actes, qui doit être initiée à la remise du devis au bénéficiaire. A noter que la demande de prise en charge peut également comporter des actes opposables. Cette souplesse permet de répondre à deux types de situation en cas de pose de prothèses dentaire : facturation des soins opposables au fur et à mesure de leur réalisation sans attendre la pose de la prothèse ou bien facturation des actes opposables à la fin du plan de soins. Dans le cadre d'une demande de prise en charge, le praticien doit attendre l'accord de prise en charge avant de réaliser les actes objet de la prise en charge.

Les modalités d'utilisation de la procédure de dispense d'avance de frais sont décrites ci-dessous :

- La facturation en tiers-payant pour les actes opposables se fait à partir de l'espace sécurisé du site [www.santeclair.fr](http://www.santeclair.fr) sur FFL pour les organismes pour lesquels le TP sur les soins est ouvert pour la convention Santéclair.
- La demande de prise en charge se fait à partir de l'espace sécurisé du site [santeclair.fr](http://santeclair.fr) sur le même outil FFL, sauf pour l'orthodontie dans l'attente de l'ouverture de FFL aux actes d'orthodontie, les spécificités transitoires pour l'orthodontie sont indiquées dans l'article 3.3.
- Le praticien veille avant de transmettre la facturation en tiers payant ou la demande de prise en charge à Santéclair à l'imprimer à partir de FFL pour la faire signer par le bénéficiaire, ou son représentant légal s'il est mineur, pour attester de son accord pour transmettre les données le concernant.
- Santéclair se réserve le droit de refuser la demande de prise en charge en cas de tarification non conforme, exagérée, non justifiée ou en contradiction avec le contrat.
- Délais de réponse :
  - Le respect des délais de réponse ci-dessous implique trois prérequis : la demande de prise en charge doit être correctement renseignée, les engagements tarifaires doivent être respectés, les droits du bénéficiaire doivent être ouverts.
  - Pour les demandes de facturation d'actes opposables, la demande de remboursement est disponible dans FFL en temps réel dès lors que le système de gestion de l'OCAM est accessible et qu'une simulation de calcul a confirmé le montant RC associé à l'acte.
  - Pour les demandes de prise en charge, l'accord de prise en charge est disponible dans FFL en temps réel dès lors que le système de gestion de l'OCAM est accessible, à défaut sous 3 jours ouvrés.
  - Dans le cas où Santéclair nécessite, pour traiter le dossier, des informations complémentaires, le praticien est contacté, le délai est suspendu, le temps de recueillir ces informations.
- Une fois les soins terminés, le praticien doit indiquer sur la demande de facturation ou l'accord de prise en charge le numéro de sa facture, la date de facturation, tamponner et signer l'accord et le faire dater et signer par le bénéficiaire ou son représentant légal s'il est mineur. L'original doit être conservé par le praticien pour répondre à ses obligations légales et fiscales, au minimum 2 ans et 3 mois, et ce quel que ce soit le mode de facturation ultérieur. Cet accord de prise en charge signé par le bénéficiaire sert de facture subrogatoire et constitue un engagement à payer pour l'OCAM sous réserve du respect des dates de validité.
- L'accord de prise en charge porte une durée de validité qui peut être différente selon les OCAM et qu'il est important de respecter.
- Mode de facturation : La facturation se fait de manière dématérialisée directement via FFL impérativement avant la fin de validité de l'accord.
- L'OCAM effectue le règlement dans les 7 jours ouvrés, par virement bancaire sur un compte bancaire en France, étant précisé qu'elle ne s'engage sur ce délai de règlement que si la facturation a bien été effectuée par le praticien avant la date de fin de validité de l'accord.
- La date de l'ordre de virement est restituée sur FFL.
- La responsabilité de Santéclair et/ou de la complémentaire santé ne peut en aucune manière être recherchée en cas de non-paiement par le bénéficiaire de la part de la dépense restant à sa charge.

### **3.3. Règlement direct des praticiens par l'OCAM – spécificité pour l'orthodontie**

Pour les actes d'orthodontie, la procédure décrite au 3.2 s'applique, à l'exception des trois spécificités ci-après et ce dans l'attente de l'ouverture de FFL aux actes d'orthodontie

- Le praticien adresse par mail ou par défaut par télécopie une demande de prise en charge « papier » en utilisant le formulaire prévu à cet effet et disponible dans l'espace sécurisé.
- Délais de réponse : Pour les demandes de prise en charge en orthodontie, l'accord de prise en charge est adressé par mail ou par fax au praticien sous 3 jours ouvrés.
- Mode de facturation : Le praticien respecte les instructions d'adressage indiquées sur l'accord. »

**A l'article 4 : les engagements du praticien, les 4.1 et 4.2 sont remplacés par les stipulations suivantes :**

#### **« 4.1. Engagements professionnels**

La signature de cet accord implique, de la part du praticien, le respect de toutes les règles applicables à sa Profession et notamment de celles relatives à :

- L'éthique et à la déontologie :
  - Le praticien s'oblige à respecter le Code de la Santé Publique et le Code de Déontologie, et en particulier les principes suivants :
    - Le praticien apportera ses conseils en matière d'hygiène dentaire et de prévention, il ne manquera pas de permettre à son patient d'exprimer un réel consentement éclairé en lui fournissant des explications sur les soins et en lui présentant toutes les alternatives thérapeutiques.
    - Le praticien, titulaire des diplômes requis pour l'exercice de l'art dentaire, pratiquera des soins consciencieux, selon les obligations déontologiques.
    - Le praticien s'engage à entretenir et perfectionner ses connaissances, notamment en participant à des actions de formation continue.
  - En outre, avant l'élaboration d'un traitement pouvant faire l'objet d'une entente directe sur les honoraires, le praticien respectera son obligation d'établir un devis descriptif écrit, comportant tous les éléments obligatoires selon les textes en vigueur.
- La qualité des soins : Le praticien s'engage à mettre en œuvre les référentiels scientifiques opposables en matière de qualité de soins. A ce titre, il pourra être demandé par les chirurgiens-dentistes consultants de Santéclair, des documents pour s'assurer de l'application de ces référentiels.
- L'hygiène et à la sécurité des soins au sein de son cabinet. Le praticien se conformera notamment aux mesures et recommandations en vigueur en matière d'hygiène et d'asepsie.
- La traçabilité des dispositifs médicaux sur mesure (prothèses dentaires – appareillage d'orthodontie).

#### **4.2. Engagements administratifs**

- Le praticien s'engage à respecter ses obligations légales et réglementaires comptables et fiscales, à remplir l'ensemble de ses obligations en tant qu'employeur et à bénéficier d'une couverture de responsabilité professionnelle adaptée à son activité.
- Le praticien s'engage à informer Santéclair en cas de cessation d'activité, de déménagement ou encore de changement de coordonnées bancaires et plus généralement de tout changement ayant un impact sur le partenariat au plus tard dans le délai d'un mois après la survenance de l'événement. »

Au 4.3, alinéa 2, le mot « dispositions » est remplacé par « stipulations ».

Au 4.4, il est ajouté un alinéa 1 ainsi rédigé « En conformité avec la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, le dispositif de tiers-payant mis à la disposition des praticiens du réseau permet de pratiquer la dispense d'avance de frais sur la partie complémentaire pour l'ensemble des actes. » et il est ajouté à la fin du 2<sup>ème</sup> alinéa nouveau « que ce soit pour la part obligatoire que pour la part complémentaire ». La phrase « Le non respect à l'un ou l'autre de ces quatre engagements sera considéré comme un manquement contractuel. » est supprimée. »

**A l'article 5 : Détermination des honoraires,**

Au 5.1, le chiffre « 4 » est supprimé.

Au 5.2, au 1<sup>er</sup> alinéa, le mot « *aujourd'hui* » est supprimé ; la dernière phrase « *Toute fausse déclaration est un manquement contractuel.* » est supprimée.

Au 5.3., après « *actualiser* » sont ajoutés les mots suivants « *à la hausse ou à la baisse* » ; après « *actes négociés* » est ajouté « *en fonction de l'évolution des honoraires moyens constatés par zone géographique et des règles de prise en charges des actes dentaires par l'assurance maladie, obligatoire et/ou complémentaire.* » ; « *cette* » est remplacé par « *. Cette* »

A la 2<sup>ème</sup> phrase, « *par courrier recommandé* » est remplacé par « *par lettre recommandée avec accusé de réception ou par un dispositif électronique conforme aux exigences de l'article 1316-1 du code civil* »

Aux 3<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> phrases, « *le mois* » est remplacé par « *4 semaines* »

**L'article 6 : Commission de règlement amiable** est supprimé.

**L'article 14 : Non cessibilité de l'accord** devient l'article 6. Dans le titre, les mots « *de l'accord* » sont supprimés. Les alinéas 2 et 3 sont supprimés. Le 1<sup>er</sup> alinéa est complété par « *au cessionnaire de l'activité du praticien. Le nouvel acquéreur devra répondre à un appel d'offres afin de pouvoir intégrer le réseau Santéclair.* »

**L'article 7 : Clause d'extension** est supprimé.

**Un nouvel article 7 est créé, intitulé « Formalisme »** dont le contenu est le suivant :

« *Les actes de gestion courante, ainsi que l'évolution du référentiel des actes, font l'objet d'information du praticien, par tous moyens tels que mails, courriers simples, informations sur l'espace partenaires.*

*Pour les actes autres que ceux-ci, et notamment pour ce qui concerne les avenants, mises en demeure et notifications de résiliation, Santéclair pourra procéder à son choix par lettre recommandée avec accusé de réception ou par un dispositif électronique conforme aux exigences de l'article 1316-1 du code civil. Les avenants sont considérés comme acceptés par le praticien à défaut de refus expressément notifié à Santéclair par lettre recommandée avec accusé de réception ou par un dispositif électronique conforme aux exigences de l'article 1316-1 du code civil dans les quatre semaines suivant leur réception. Le refus entraîne la résiliation immédiate du présent contrat. »*

**A l'article 8 : Durée**, il est ajouté un dernier alinéa ainsi rédigé « *Pour les contrats signés jusqu'au 31 décembre 2016, le présent accord prend effet au 1 janvier 2017.* »

**L'article 9 : Résiliation pour inexécution est renommé « Résiliation ».**

**A l'article 9** est ajouté un premier alinéa ainsi rédigé « *La résiliation de plein droit ou pour manquement aux engagements rappelés à l'article 4.1 empêche le praticien de postuler dans les deux ans suivant la date de résiliation effective.* »

Le 9.1. est supprimé et remplacé par « **9.1. Résiliation pour inexécution**

*En cas de non-respect des dispositions contractuelles par l'une ou l'autre des Parties, l'autre Partie sera fondée à résilier le contrat, sans préjudice de tous dommages et intérêts auxquels elle pourrait prétendre.*

*La résiliation prendra effet dix jours à compter de la réception de la notification motivée de la volonté de résilier, adressée à l'autre Partie par lettre recommandée avec accusé de réception ou par dispositif électronique conforme aux exigences de l'article 1316-1 du code civil.*

*Lorsque Santéclair constate une inexécution de la part du praticien, elle prend contact (mail et/ou téléphone) avec lui afin de l'informer du constat de dysfonctionnement et de lui permettre d'apporter tout élément y répondant. A défaut d'explication ou de justification valable, Santéclair est fondé à résilier le présent accord pour inexécution.»*

Au 9.2., les mots « *se rattachant à l'exercice de son activité* » sont supprimés et remplacés par « *ayant causé un préjudice à un patient ou à un organisme d'assurance maladie* »

A la fin du 2<sup>ème</sup> alinéa, il est ajouté « *en adressant par courrier votre demande au CIL Santéclair, 78 boulevard de la République 92100 Boulogne-Billancourt ou par email : cil@santeclair.fr et en joignant un justificatif d'identité.* »

**A l'article 11 : Informatique et Libertés**, au dernier alinéa, le mot « *conservent* » est remplacé par « *conserve* » et le mot « *assurés* » est remplacé par « *bénéficiaires* »

Un nouvel article 14 est créé, intitulé « **Changement de lieu d'exercice** » et rédigé ainsi : « **Le changement de lieu d'exercice professionnel nécessitera la signature d'un nouveau contrat si ce changement a pour effet de modifier la zone tarifaire d'exercice.** »

A l'article 15 : **Compétence juridictionnelle, « au Tribunal du lieu d'exercice du défendeur » est remplacé par « aux Tribunaux de Paris ».**

Fait en deux exemplaires, à ....., le .....

**Le praticien,**  
Nom et prénom :

**pour Santéclair,**  
Nom prénom :



*Spécial Santéclair.fr*

MONTANT MAXIMUM DES HONORAIRES (EN €)

Tarification à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010

CATEGORIES	TYPES D'ACTES	HONORAIRES MAXIMA 2010
SOINS	Sc, Dc...	Tarifs de Convention
PREVENTION	Scellement sillons prémolaires	21.69 €
	Renouvellement d'un scellement sillons molaires	21.69 €
	Examen de dépistage des maladies parodontales	100 €
	Test salivaire	90 €
	Vernis fluoré / dent	7.50 €
	Coiffe pédodontique	100 €
PROTHESES	Couronne ou inter provisoire ou transitoire	55 €
	Couronne ou inter métallique métal non précieux	245 €
	Couronne ou inter métallique métal semi précieux	315 €
	Couronne ou inter métallique métal précieux	345 €
	CIV ou inter CIV céramique métal non précieux	365 €
	CIV ou inter CIV céramique métal semi précieux	405 €
	CIV ou inter CIV céramique métal précieux	435 €
	Couronne ou inter céramo-métallique métal non précieux gamme STANDARD	455 €
	Couronne ou inter céramo-métallique métal non précieux gamme INTERMEDIAIRE	405 €
	Couronne ou inter céramo-métallique métal semi-précieux gamme STANDARD	505 €
	Couronne ou inter céramo-métallique métal semi-précieux gamme INTERMEDIAIRE	455 €
	Couronne ou inter céramo-métallique métal précieux gamme STANDARD	530 €
	Couronne ou inter céramo-métallique métal précieux gamme INTERMEDIAIRE	480 €
	Couronne ou inter céramo-céramique	550 €
	Inlay Core sans clavette en métal non précieux	183 €
	Inlay Core sans clavette en métal semi-précieux	198 €
	Inlay Core sans clavette en métal précieux	215 €
	Inlay Core céramisé	233 €
	Inlay Core avec clavette en métal non précieux	216 €
	Inlay Core avec clavette en métal semi-précieux	236 €
	Inlay Core avec clavette en métal précieux	250 €
	Inlay/Onlay céramique	265 €
Inlay/Onlay composite	235 €	
Inlay/Onlay métallique métal non précieux	190 €	
Inlay/Onlay métallique métal semi-précieux	210 €	
Inlay/Onlay métallique métal précieux	260 €	
Prothèse adjointe résine définitive 1-3 dents	360 €	
Prothèse adjointe résine définitive 4-6 dents	440 €	
Prothèse adjointe résine définitive 7-10 dents	520 €	
Prothèse adjointe résine définitive 11-13 dents	685 €	
Prothèse adjointe complète unimaxillaire	785 €	
Stellite 1-3 dents	740 €	
Stellite 4-6 dents	830 €	
Stellite 7-10 dents	900 €	
Stellite 11-13 dents	940 €	
Stellite 14 dents	1050 €	
Supplément "Résine Molle" pour les prothèses amovibles (résines et stellites)	100 € en plus	

IMPLANTOLOGIE	Implant	825 €
	Pilier implantaire	280 €
	Couronne transitoire sur implant en résine	85 €
	Couronne sur implant en céramique sur métal non précieux	560 €
	Couronne sur implant en céramique sur métal semi-précieux	590 €
	Couronne sur implant en céramique sur métal précieux	620 €
	Couronne sur implant en céramo-céramique	620 €
	Couronne sur implant en métal non précieux	270 €
	Couronne sur implant en métal semi-précieux	340 €
	Couronne sur implant en métal précieux	370 €
PARODONTIE	Prophylaxie (thérapeutique initiale) /séance	90 €
	Détartrage sus et sous gingival /séance	28,92 €
	Curetage - surfaçage /sextant	250 €
	Chirurgie parodontale d'assainissement /sextant (sans le matériau de comblement)	350 €
	Elongation coronaire /dent	100 €
	Grefte gingivale libre /greffe	450 €
ESTHETIQUE	Blanchiment des 2 arcades	450 €
ORTHODONTIE	Diagnostic	85 €
	Appareil amovible <b>enfant ou adulte</b>	480 €
	Appareil multi-attaches adulte	565 €
	Appareil multi-attaches esthétique adulte	660 €
	Appareil multi-attaches enfant	488 €
	Appareil multi-attaches esthétique enfant	565 €
	Première année de contention	315 €
	Seconde année de contention	115 €

## Annexe 8 : le démarchage d'un patient adhérent à la complémentaire Allianz

Vous nous avez fait parvenir un devis, nous avons un conseil à vous apporter vous permettant d'économiser 412,00 € mais nous n'avons pas pu vous joindre par téléphone pour vous en informer.

Je vous invite à nous recontacter rapidement au 09 70 80 98 15 du lundi au vendredi de 9h00 à 19h30 et le samedi de 9h00 à 17h00.

Pour information, vous trouverez ci-dessous, selon les critères retenus dans votre devis, l'estimation de vos remboursements. Si votre devis comportait des actes de soins dentaires ou de radiologie, ces derniers ne figurent pas dans le tableau mais seront intégralement remboursés (sous réserve du respect de la réglementation et de votre garantie).

Identification Patient (P) / N° REF : ██████████

Allianz

Détail de l'évaluation de remboursement : 22/06/2016

Montants calculés d'après la nature de l'acte, suivant la CCAM dentaire en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2014.  
Sur la base des prestations applicables pour l'année civile en cours

Nature de l'acte	Cotation	Code gestion	Montant dépenses	Montant remboursé RO*	Montant remboursé complémentaire**	Restant à charge pour l'assuré
Couronne sur implant		n.s.	1000,00	75,25	193,50	731,25
Total en Euros			1000,00	75,25	193,50	731,25

## **Annexe 9 : le démarchage commercial de Santéclair**

## Le respect du mode de vie est un moment de dans la relation Conseil / Assuré et le Santéclair

- C'est l'occasion de créer la relation avec l'Assuré
  - On lui permet de baisser son RAC
  - On lui fait connaître Santéclair et l'équipe d'experts Conseillers qui est à son service
  - On contribue à fidéliser l'Assuré à son Assureur/Mutuëlle
- L'Assuré a fait l'effort d'envoyer son devis à Santéclair pour analyse, les Conseillers Santéclair doivent lui présenter l'analyse de son devis (sauf cas précis, exemple seuil de 250 € pour le dentaire)
- Donc il est impératif que les Conseillers
  - Cherchent le n° de téléphone de l'assuré sur les documents dont on dispose (devis, mail, devis précédent, demande à l'agent pour GPS,...)
  - A défaut, cherchent le n° de téléphone de l'assuré dans les pages jaunes
  - Appellent l'assuré au moins 3 fois à des heures différentes sur 24 heures

Santéclair



- L'objectif de ce document est de faciliter la restitution pour les Conseillers en partageant les bonnes pratiques expérimentées au fil du temps par des Conseillers.
- Le document présente
  - Les avantages du réseau Santéclair : tarifs, qualité, tiers payant
  - Le déroulement de la restitution par étape : ① ② ③ avec des exemples de formulation pour les Conseillers
  - Le traitement par les Conseillers des questions fréquentes des Assurés : à chaque question de l'Assuré, des exemples de réponse possible pour le Conseiller
  - Les points de vigilance sont signalés avec 

***Les Conseillers doivent lire et connaître ces pages pour pouvoir ensuite s'adapter à la discussion avec chaque Assuré***



- Apporter de l'information à l'Assuré
  - Lui expliquer sa garantie (exemple : cas de garantie en équipement souvent mal connue de l'Assuré)
  - Lui donner les montants de remboursement et de RAC / lui clarifier les différents montant (RO, RC, RAC)
- Eviter le renoncement aux soins par l'Assuré
  - Lui présenter, quand c'est possible, une alternative technique (exemples : prothèses de fond de bouche en céramo-métal, traitements de verres)
  - Lui présenter, quand c'est possible, une alternative de traitement / équipement comparable lui permettant de baisser ou d'annuler son RAC
    - NB : Pas d'information sur les réseaux de soins Santéclair, quand les soins sont commencés ou l'équipement est commandé
      - En dentaire : ces soins sont : commandés (= expérience) ? ; si oui, pas d'information sur le réseau dentaire
      - En optique : l'assuré a signé le devis, l'équipement est commandé ? ; si oui, pas d'information sur le réseau optique
- Laisser le choix à l'Assuré
  - Lui expliquer que c'est à lui de choisir d'aller ou non dans un Réseau de soins Santéclair

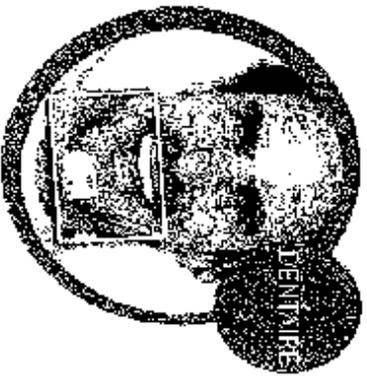
Santéclair







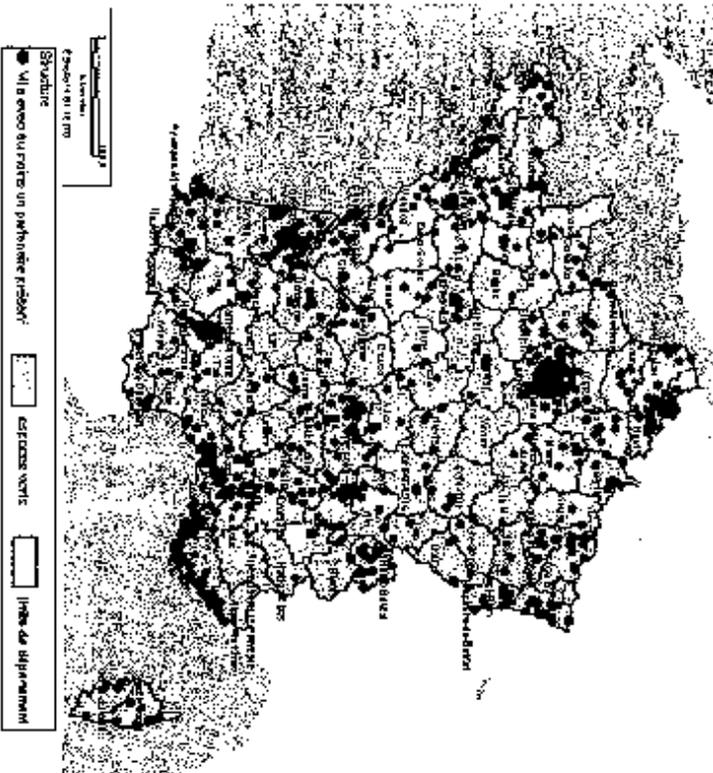
- La restitution du devis dentaire
  - Les avantages du réseau
  - Le déroulement de la restitution de devis
  - La réponse aux questions des Assurés





## Un partenaire dentaire de 200 praticiens

Catégorie du réseau dentaire des partenaires Santéclair pour la France entière



Un réseau dentaire ouvert  
offrant une réelle proximité:

56% des assurés ont un  
partenaire dans leur ville.

71% des assurés sont orientés  
à moins de 5 km.

87% des assurés sont  
orientés  
à moins de 15 km.

Santéclair

- Faciliter l'accès aux soins en contractualisant un partenariat avec les dentistes sur la connaissance et l'application de l'ensemble des référentiels qualité (notamment celui de la Haute Autorité de Santé) et sur la traçabilité des matériaux :

- Qualité

- 4.1. Engagement sur la qualité

Il s'engagera à mettre en oeuvre l'ensemble des règles scientifiques opposables en matière de qualité de soins. A ce titre, il pourra être demandé par les chirurgiens-dentistes consultants de Santéclair, des documents pour s'assurer de l'application de ces référentiels.

- Traçabilité

- 4.2. Engagement sur la traçabilité :

La traçabilité des dispositifs médicaux et de leurs composants doit pouvoir être assurée, il est de la responsabilité du praticien d'identifier le fabricant, l'origine de la prothèse et sa composition afin de pouvoir transmettre ces informations aux assurés qui en feraient la demande conformément à l'article (L111-3 du Code de la Santé Publique)





Mon dentiste ne connaît pas les nouvelles techniques de dentelle.  
 Je dois aller ailleurs pour me faire faire une dentelle.

4

Question de l'assuré	Argumentation possible pour le conseiller
<p>Je ne veux pas changer de dentiste</p>	<p>« C'est vous (l'Assuré) qui choisissez votre dentiste, mon rôle consiste à vous donner de l'information pour comparer. Le choix final du dentiste vous appartient</p> <p>* Dans certains cas, présentation d'une alternative au plan de traitement ; exemple : proposer une prothèse métal au lieu d'une prothèse céramo-métal en fond de bouche. Cela ne convient pas dans tous les cas, il peut y avoir allergie, parlez-en à votre dentiste.</p>

Santéclair



**4**

Question de l'assuré

Argumentation possible pour le Conseiller

<p>Je doute de la qualité, car le prix est trop bas</p>	<p>• <b> votre Complémentaire Santé vous donne accès à un tarif préférentiel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ce sont des tarifs négociés : la négociation des tarifs concerne 6,5 millions d'Assurés ; votre Complémentaire Santé a pu avec Santéclair obtenir des honoraires plus bas</li> <li>- Il y a aujourd'hui plusieurs réseaux dentaires, le réseau dentaire de Santéclair existe depuis 12 ans / Il y a plus de 2900 dentistes dans le réseau Santéclair / Plus de 30 Complémentaires Santé recommandent les réseaux Santéclair</li> <li>- Votre prothèse est garantie 10 ans (X, B) prothèses fixes seulement ; pour les Assurés concernés seulement ; contact : idées Passant seulement pour Coll &amp; Co)</li> <li>- Votre Complémentaire Santé n'a aucun intérêt à vous pousser vers des soins bas de gamme, que vous devrez refaire et qu'elle devra rembourser une 2ème fois.</li> </ul> <p>• <b> la qualité est contrôlée dans le réseau de soins dentaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La qualité est contrôlée par les dentistes-conseillers de Santéclair (contrôle radios,...) qui sont à votre disposition si besoin</li> <li>- Le dentiste partenaire du réseau Santéclair vous fournira un certificat de travailité pour les prothèses réalisées, demandez-le</li> </ul>
<p>Le dentiste partenaire proposé est trop loin</p>	<p>• <b> C'est à vous (l'Assuré) de faire le choix.</b></p>



## Annexe 10 : les dérives du CAS



Villeurbanne, le 25 octobre 2016

Dossier suivi  
N° Adhérent  
Objet : demande de simulation de remboursement

Cher Adhérent,

Nous avons bien reçu votre demande de simulation de remboursement.

Cependant, nous vous informons que les actes présents sur votre devis ne seront pas pris en charge par votre Mutuelle.

En effet, votre praticien n'a pas adhéré au Contrat d'Accès Aux Soins (C.A.S.) auprès de l'Assurance Maladie.

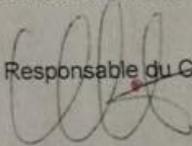
A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016, cette adhésion est obligatoire pour qu'une partie du dépassement d'honoraire soit prise en charge.

Si votre chirurgien vous confirme son adhésion au C.A.S., nous vous invitons à nous renvoyer ce courrier accompagné de votre devis et d'une attestation d'adhésion de ce dernier.

A réception de ces informations, nous recalculerons votre devis et vous l'enverrons par courrier ou mail.

Nous vous prions de croire, Cher Adhérent, à l'assurance de nos sentiments mutualistes.

PO / Le Responsable du Centre



Centre de Traitement Prestations Adhérents  
3, avenue Condorcet | CS60070 | 69623 Villeurbanne  
Tél. : 09 72 72 02 02 | Fax : 04 37 42 71 00 | www.mnt.fr  
Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité, RNM MNT 775 678 584

groupe  
**istya**  
MUTUALITÉ  
FRANÇAISE

L'évolution du système de santé en France : Analyse et perspectives des réseaux de soins / **BARMIO Sarah.**- p. 164 : ill. 26 ; tabl. 6 ; réf. 162

**Domaines :** Economie de la santé, Santé Publique

**Mots clés Rameau:** Sécurité Sociale – Histoire, Sécurité Sociale – Droit, Assurance Complémentaire santé, Santé Publique – Droit,

**Mots clés FmeSH:** Prestations des soins de santé, Assurance Maladie, Assurance Maladie Complémentaire, Réforme des soins de santé, Politique de santé

**Mots clés libre :** Réseaux de soins, Système de santé

La sécurité sociale naît en 1945 de valeurs fondatrices : la liberté, l'égalité et la fraternité. Qualifié en 2000 de meilleur système de santé au monde, l'assurance maladie obligatoire tente de se parfaire par des réformes successives, qui le complexifient. La connaissance du parcours et du fonctionnement de ce système , ainsi qu'une vision globale de la santé, permettent de situer l'exercice de la chirurgie dentaire et son avenir.

Parallèlement, l'assurance maladie complémentaire se développe et acquiert une place inédite dans le monde de la santé, posant néanmoins la question de son efficacité . Les complémentaires santé s'orientent vers une véritable gestion de la santé, notamment en créant des réseaux de soins, destinés à proposer des moindres tarifs aux patients en échange d'apport de flux de patientèle aux professionnels de santé. Ce phénomène s'étend, à la manière des HMO aux Etats-Unis, et concerne de plus en plus de domaines : optique, dentaire, audioprothèse, chirurgie orthopédique... Ce travail a pour objectif de porter une analyse sur cette tendance, afin d'éveiller les réflexions sur l'avenir et la refonte possible de notre système de santé, à la veille de la présidentielle de 2017

**JURY :**

**Président : Madame le Professeur DELCOURT-DEBRUYNE Elisabeth**

**Assesseurs : Monsieur le Docteur François DESCAMP**

**Monsieur le Docteur Jérôme VANDOMME**

**Madame le Docteur Aurélie MARECHAL**

**Membres invités : Madame le Docteur Marie BISERTE**

**Monsieur le Docteur Nicolas GRAVINA**