



**ANTOINE
LEFEVRE**

**SÉNATEUR
DE L' AISNE**

**VICE PRÉSIDENT DE
LA DÉLÉGATION
TERRITORIALE**

MAIRE DE LAON

**PRÉSIDENT DE LA
COMMUNAUTÉ DE
COMMUNES DU
LAONNOIS**

**PRÉSIDENT
DE L' UNION DES
MAIRES DE L' AISNE**

Paris, le 20 décembre 2012

Docteur Sylvain CHARBIT
Président FSDL Picardie
38 avenue de la République
60000 BEAUVAIS

Monsieur le Président,

Vous avez récemment appelé mon attention sur la proposition de loi relative au fonctionnement des réseaux de soins créés par les mutuelles et aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaire et les professionnels de santé présentée par les membres du groupe socialiste-radical-citoyen (SRC) de l'Assemblée nationale.

Elle contient trois articles :

-le premier vise à autoriser les mutuelles à instaurer des différences dans le niveau des prestations servies à leurs adhérents si ces derniers recourent à un professionnel, un service ou un établissement de santé membre d'un des réseaux de soins.

-le second vise à préciser les grands principes que les réseaux de soins mis en place par les organismes d'assurance maladie complémentaire doivent respecter. Ces principes sont totalement indépendants du statut juridique de l'organisme (mutuelle, institution de prévoyance, société d'assurance).

-le troisième propose d'établir une évaluation de la pratique des réseaux de soins. Il prévoit un rapport du Gouvernement au Parlement à compter du 30 juin 2013, chaque année, sur une période de trois ans, sur la base de données transmises par les organismes d'assurance maladie complémentaires. Ces rapports porteront un bilan des conventions signées entre organismes complémentaires et professionnels, services et établissements de santé.

Il convient de rappeler que le conventionnement, en lui-même, ne porte pas atteinte au Code de la mutualité, c'est bien la modulation des remboursements qui a été remise en cause par l'arrêt de la Cour de Cassation du 18 mars 2010.



Le conventionnement est tout à fait légitime s'il permet d'obtenir des tarifs plus avantageux pour les assurés mais il ne doit en aucun cas porter atteinte au droit du patient au libre choix de son praticien et de son établissement de santé érigé en principe fondamental de la législation sanitaire par le Code de la Santé publique. Or les assurés pour la plupart seront contraints de faire le choix le moins onéreux.

Cette proposition de loi porte donc atteinte à la liberté de choix des malades. La concentration des soins par les réseaux mutualistes risque d'aggraver les difficultés géographiques d'accès aux soins. Un tel dispositif entraînera l'apparition d'une médecine à deux vitesses.

De plus, le secteur mutualiste n'a pas de réelle légitimité pour conventionner. Contrairement aux assurances privées et aux instituts de prévoyance, les mutuelles disposent d'avantages fiscaux et sociaux dérogatoires. S'agissant du remboursement, la part du secteur est limitée : seulement 13.9% des dépenses globales – 5.3% des dépenses d'hospitalisation et 19% des honoraires médicaux – sont prises en charge par les mutuelles.

Enfin, cette proposition de loi se caractérise par une absence d'étude d'impact et une absence de concertation. De nombreux professionnels n'ont pas été consultés alors que la portée de ces réseaux changera complètement le système de soins.

Dès lors ce texte risque de modifier profondément la prise en charge des patients dans notre pays. En effet, on ne dispose d'aucune information précise concernant les réseaux déjà existants, sur les critères et engagements de qualité imposés par les Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (OCAM), ni sur les conditions du contrôle de leur respect. La procédure de mise sur le marché de dispositifs médicaux ne permet pas de contrôle a priori. Le danger est donc réel de voir favoriser l'importation de produits *low cost*.

A ce jour, le texte transmis au Sénat n'a pas vu la nomination d'un rapporteur de la commission des affaires sociales, et n'est donc pas encore inscrit à l'ordre du jour, qui sera nécessairement lors d'une « niche » réservée au groupe socialiste.



Pour mémoire : lors de la discussion de la « loi Fourcade » de 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, cette problématique qui est une demande récurrente de la Mutualité française avait été abordée.

Un dispositif avait alors été adopté, en commission mixte paritaire, qui prévoyait d'autoriser, uniquement à titre expérimental pour 3 ans et de manière très encadrée, ces modulations.

- Les conventionnements devaient l'être sur la base de réseaux dits « ouverts » dans lesquels chaque professionnel qui en faisait la demande et qui répondait aux conditions fixées par le gestionnaire du réseau, devait pouvoir adhérer.
- Un décret devait venir fixer les règles de tout conventionnement souscrit entre les professionnels de santé et les mutuelles, institutions de prévoyance et complémentaires santé, pour préserver notamment la qualité et la traçabilité des prestations.
- L'Autorité de la concurrence devait rendre, tous les 3 ans, un rapport sur les réseaux de soins, à la Commission des Affaires Sociales du Parlement.

Cet article (n°54) avait été censuré comme cavalier par le Conseil Constitutionnel (sur saisine de l'opposition de l'époque).

Vous souhaitant bonne réception de la présente, je vous prie de croire, Monsieur le Président, en l'assurance de mes sentiments les meilleurs.


Antoine LEFÈVRE