

Les réseaux de soins reposent sur des conventions établies entre un ou plusieurs organismes d'assurance maladie complémentaire, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers, et des établissements ou professionnels dispensant des soins. Ces conventions comportent des engagements relatifs au niveau ou à la nature des garanties pour l'organisme assureur, et aux prestations et tarifs pour le professionnel de santé. En 2021, sept organismes complémentaires sur dix, couvrant 85 % des bénéficiaires, sont liés à un réseau d'opticiens ; près de la moitié des organismes, couvrant 53 % des bénéficiaires, sont associés à un réseau de dentistes.

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

Les réseaux de soins se sont développés sur des marchés pratiquant des prix libres et souvent élevés, principalement les marchés de l'optique (voir fiche 22), des prothèses dentaires (voir fiche 23) et des aides auditives (voir fiche 24).

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

Il existe deux types de réseaux, un réseau ouvert et un réseau fermé. Dans un réseau ouvert, l'organisme complémentaire établit un cahier des charges à respecter. Tous les professionnels de santé voulant intégrer le réseau et acceptant les conditions du cahier des charges sont alors conventionnés. Dans un réseau fermé, l'organisme complémentaire définit un nombre de professionnels qu'il cherche à intégrer dans son réseau et établit les conditions sur lesquelles

les dossiers des professionnels souhaitant être conventionnés seront évalués. Les critères définis doivent être objectifs et transparents.

La loi n° 2014-57 du 27 janvier 2014, dite « loi Le Roux »¹ encadre l'action des réseaux de soins. Elle étend aux mutuelles la possibilité de moduler les taux de remboursement selon que l'assuré a recours ou non aux réseaux. Par ailleurs, l'Autorité de la concurrence a rendu plusieurs décisions depuis 2009 sur les réseaux optiques, dentaires et audiologiques mettant en avant leurs effets vertueux, à la fois pour les consommateurs (prix avantageux) et les professionnels de santé (visibilité).

À partir de 2019, la mise en application progressive de la réforme du 100 % santé est venue encadrer les tarifications en vigueur sur les marchés des soins optiques, dentaires et audiologiques. La régulation de ces marchés peut réduire l'intérêt des organismes complémentaires à s'associer à un réseau de soins (Gay, 2021). Cependant, l'encadrement sur les prix mis en œuvre par la réforme est restreint à une liste circonscrite de biens rattachés à un panier dit « 100 % santé ». Pour les biens du panier dit « libre », non soumis à un prix limite de vente, l'association à un ou des réseaux de soins permet aux organismes complémentaires de conserver leur capacité de régulation des tarifs. Par ailleurs, l'importance des réseaux de soins peut jouer sur le recours aux biens du panier libre : lorsque le

1. Article L. 112-1 du Code de la mutualité et article L. 863-8 du Code de la Sécurité sociale.

reste à charge proposé grâce aux réseaux de soins est faible, voire nul, les bénéficiaires n'ont alors pas d'intérêt particulier à se tourner vers les biens du panier 100 % santé. Ce constat pourrait contribuer à un recours moins important aux biens 100 % santé en optique (voir fiche 29).

Sept organismes complémentaires sur dix sont liés à un réseau d'opticiens et quatre sur dix à un réseau de dentistes

Apparus dans les années 1990, les réseaux de soins ont pris leur essor au milieu des années 2000 avec la création des plateformes qui gèrent des réseaux de soins pour le compte d'organismes complémentaires.

En 2021, 68 % des organismes complémentaires, couvrant 85 % des bénéficiaires, sont liés à au moins un réseau d'opticiens et 42 %, couvrant 53 % des bénéficiaires, à au moins un réseau de dentistes (tableau 1)². Cette part est restée relativement stable par rapport à 2019. Les entreprises d'assurance sont plus souvent liées à un réseau de dentistes que les institutions de prévoyance ou les mutuelles. Par ailleurs, les mutuelles liées à un réseau couvrent en moyenne davantage de bénéficiaires que l'ensemble des mutuelles.

En effet, 64 % des mutuelles, représentant 84 % des bénéficiaires d'un contrat de mutuelle, sont liées à un réseau en optique ; 35 % des mutuelles, représentant 54 % des bénéficiaires, sont liées à un réseau en dentaire.

Les personnes couvertes par les entreprises d'assurance ont plus fréquemment accès à un réseau que celles couvertes par une institution de prévoyance ou une mutuelle en dentaire (respectivement 60 % d'entre elles contre 41 % et 54 %). En optique, la part des bénéficiaires couverts par un contrat lié à un réseau est élevée (plus de huit sur dix), quelle que soit la famille d'organismes. Enfin, les personnes couvertes par un contrat individuel ont plus souvent accès aux réseaux d'opticiens et de dentistes (respectivement 89 % et 60 %) que celles couvertes par un contrat collectif (respectivement 80 % et 47 %) [tableaux 2 et 3].

Un accès à des tarifs négociés pour la majorité des bénéficiaires, et à des remboursements plus élevés pour une minorité

Lorsque le bénéficiaire passe par un réseau de soins, le reste à charge après remboursement par la complémentaire santé est plus faible en

Tableau 1 Part des organismes complémentaires et des bénéficiaires de contrats liés à un réseau de soins, en 2021

En %

Réseaux de soins	Types d'organismes	Part des organismes liés à un réseau de soins	Part des bénéficiaires dont l'organisme est lié à un réseau de soins
Dentistes	Mutuelles	35	54
	Institutions de prévoyance	40	41
	Entreprises d'assurance	60	60
	Ensemble	42	53
Opticiens	Mutuelles	64	84
	Institutions de prévoyance	79	84
	Entreprises d'assurance	75	87
	Ensemble	68	85

Lecture > En 2021, 54 % des bénéficiaires de contrat souscrit auprès d'une mutuelle sont couverts par un organisme membre d'un réseau de dentistes.

Champ > Ensemble des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé hors CSS, France entière.

Source > DREES, enquête OC 2021.

2. Les réseaux de soins en audiologie ne sont pas couverts par l'enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (enquête OC), au contraire des réseaux de soins dentaires et optiques.

Tableau 2 Part de bénéficiaires ayant accès à un réseau d'opticiens, tarif négocié ou remboursement différencié

	En %	
	2019	2021
Part des bénéficiaires couverts par un organisme lié à un réseau d'opticiens		
Contrats collectifs	84	80
Contrats individuels	90	89
Ensemble	87	85
Part de bénéficiaires d'un réseau de soins ayant accès à un tarif négocié au sein du réseau		
Contrats collectifs	75	82
Contrats individuels	90	91
Ensemble	83	87
Part de bénéficiaires d'un réseau de soins ayant un remboursement différencié au sein du réseau		
Contrats collectifs	27	25
Contrats individuels	34	32
Ensemble	30	29

Lecture > En 2021, 87 % des personnes couvertes par un contrat souscrit auprès d'un organisme membre d'un réseau d'opticiens ont accès à un tarif négocié au sein du réseau.

Champ > Ensemble des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé hors CMU-C, ACS et CSS, France entière.

Sources > DREES, enquête OC 2019 et 2021.

raison d'un accès à des biens à tarif négocié³ ou d'une meilleure prise en charge par les contrats de complémentaire.

Ainsi, en 2021, près de neuf bénéficiaires couverts par un organisme lié à un réseau d'opticiens sur dix ont accès à un tarif négocié (tableau 2) ; c'est le cas de huit bénéficiaires couverts par un organisme lié à un réseau de dentistes sur dix (tableau 3). Cette part est un peu plus élevée parmi les bénéficiaires de contrat individuel que parmi ceux disposant de contrat collectif.

Par ailleurs, 29 % des bénéficiaires d'un contrat souscrit auprès d'un organisme lié à un réseau d'opticiens et 18 % de ceux liés à un réseau de dentistes disposent de garanties de remboursement plus élevées lorsqu'ils recourent à ces réseaux. L'écart entre les garanties est

en moyenne de 24 euros pour des prothèses dentaires, de 33 euros en optique simple et de 80 euros en optique complexe⁴. Ces écarts ont augmenté en optique simple et complexe depuis 2016 : ils s'élevaient alors respectivement à 13 euros et à 61 euros en moyenne. En revanche, l'écart entre garanties de remboursement dans et hors réseau de dentistes a diminué de moitié depuis 2016, où il était de 48 euros. Néanmoins, le fait de passer ou non par un réseau peut conduire l'assuré à modifier son comportement de consommation. Un remboursement plus élevé peut notamment encourager à choisir un produit ou une prestation de meilleure qualité. C'est pourquoi ces différences de garanties ne se traduisent pas nécessairement par une baisse équivalente du reste à charge. ■

3. D'après un rapport de 2017 de l'Inspection générale des Affaires sociales (IGAS) [Durand, Emmanuelli, 2017], l'écart de prix pour les soins ou les produits consommés via un réseau est d'environ - 20 % pour des verres adultes, de - 10 % pour des montures, et jusqu'à - 37 % pour certaines références de verres. En dentaire, les différences de prix sont plus incertaines car elles varient fortement selon les réseaux. L'IGAS fait état d'une pression tarifaire forte en optique mais modérée dans les secteurs dentaire et audiolgique, ce qui est cohérent avec les écarts de prix présentés. Néanmoins, les prix plus faibles pratiqués dans les réseaux pourraient s'expliquer à la fois par la capacité de ceux-ci à peser sur les prix via les tarifs négociés, mais aussi par des effets de sélection, soit parce que les réseaux sélectionnent des professionnels de santé moins chers, soit parce que les professionnels de santé plus compétitifs demandent à y adhérer.

4. Ces garanties portent sur des prothèses dentaires de type céramo-céramique sur dent visible et sur des équipements optiques de type monture et verres à correction simple ou complexe du panier libre uniquement, tel que délimité par la réforme du 100 % santé.

Tableau 3 Part de bénéficiaires ayant accès à un réseau de dentistes, tarif négocié ou remboursement différencié

	En %	
	2019	2021
Part des bénéficiaires couverts par un organisme lié à un réseau de dentistes		
Contrats collectifs	50	47
Contrats individuels	61	60
Ensemble	55	53
Part de bénéficiaires d'un réseau de soins ayant accès à un tarif négocié au sein du réseau		
Contrats collectifs	84	71
Contrats individuels	76	85
Ensemble	80	79
Part de bénéficiaires d'un réseau de soins ayant un remboursement différencié au sein du réseau		
Contrats collectifs	18	23
Contrats individuels	36	14
Ensemble	28	18

Lecture > En 2021, 79 % des personnes couvertes par un contrat souscrit auprès d'un organisme membre d'un réseau de dentistes ont accès à un tarif négocié au sein du réseau.

Champ > Ensemble des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé hors CMU-C, ACS et CSS, France entière.

Sources > DREES, enquête OC 2019 et 2021.

Pour en savoir plus

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

> Gay, R. (2021). Les assureurs privés au service d'un meilleur accès à certains biens de santé ? *La Revue de l'Ires*, 103-104, p. 157-184.