



Madame la sénatrice, Monsieur le sénateur,

La proposition de loi (PPL n°296) sur la contractualisation des Mutuelles avec les professionnels de santé est au centre des préoccupations des Français.

Cette proposition, annoncée par François Hollande, dit avoir pour objectif de permettre aux Mutuelles Santé de disposer des mêmes droits que les assureurs privés et les institutions de prévoyance, mais sans pour autant prendre en compte les inégalités de traitement face aux diverses charges dont les mutuelles sont encore bénéficiaires. Elle ne répond pas pour autant à l'ensemble des questions de fond concernant l'organisation de notre Système de Santé. En effet, la question de la légitimité des réseaux de soins se pose.

Cette loi était aussi motivée par la volonté de la rendre conforme aux pratiques de la MGEN; les juridictions saisies dont la CJUE (cour de justice de l'union européenne) ont confirmé l'illégalité des actions de la MGEN.

Avec les réseaux de santé, le malade se verra imposer le choix de son prestataire de santé par les Assurances Complémentaires Santé, vers lequel il sera dirigé préférentiellement. C'est une entrave au libre choix des patients.

La concentration de l'activité de soin dans des réseaux privatifs mutualistes crée une distorsion de concurrence avec les professionnels de santé de ville, et vide les territoires de proximité au profit de regroupements (d'abord dans les grands centres urbains puis à l'étranger). C'est une menace pour l'accès aux soins de proximité.

La vraie question aujourd'hui à se poser est: comment doit-on choisir son professionnel de santé ? Est-ce un choix qualitatif ou financier ?

Les professionnels de santé ne sont pas des distributeurs de vie. Le médecin, le dentiste soignent, l'opticien permet de bien voir, le biologiste analyse, ... Chacun son domaine de connaissance, tous au service du patient. Patient qui vient vers nous non pas en acheteur mais en demandeur.

Les réseaux de soins par leur *numérus clausus* et les obligations tarifaires exigées, tirent la santé sur le plan purement financier. Le patient n'a plus la liberté de choix de son professionnel qui lui même n'a plus la liberté de choix dans le traitement prescrit.

Il s'agit peut être de remettre les acteurs à leur place. Qui sont les experts: les complémentaires ou les professionnels de santé ? Nous avons des diplômes, des contrôles réguliers, des serments, une véritable déontologie. Les mutuelles aux comptes obscurs ou les assurances ont un seul but : le profit. D'ailleurs les comptes des mutuelles ne sont toujours pas publiés.

Un courrier de Monsieur le député François Brottes explique clairement que la proposition de loi Leroux n'est là que pour dédouaner les mutuelles. Depuis quand, le « délinquant » est-il protégé au lieu d'être sanctionné? Aujourd'hui les professionnels de santé ont peur et sont en colère. Leur métier, prendre soin d'autrui, est bafoué dans la presse quotidiennement. Petit à petit depuis une dizaine de mois, la tension monte et des résistances s'organisent.

Le système de santé français, accessible à tous, nous est envié de par le monde. Le privatiser en le donnant aux mutuelles serait l'ouverture à la mise en place d'un nouveau système à plusieurs vitesses. D'un côté les aisés pouvant se soigner où bon leur semble profitant ainsi du professionnalisme, d'un autre côté les autres allant tels des moutons à l'abattage dans les centres agréés au personnel moins qualifié, payé indécentement en dessous de ce que de droit pour une si grande responsabilité : la santé.

## Alors concrètement que va il se passer :

### Opticien :

Le métier d'opticien est déjà en transformation, on ne peut plus s'occuper de la bonne vue du client et beaucoup se contentent de fournir ce que la mutuelle impose malgré le mécontentement du patient. Des grilles tarifaires obligatoires et des remboursements différenciés ou bonus viennent biaiser les règles de la concurrence et le libre choix du demandeur. La mutuelle, qui n'est jamais en contact avec le patient, choisit pour lui, à la place de l'opticien ce qui sera le mieux. Mieux pour qui : le patient ou l'organisme qui rembourse ?

La qualité est donc tirée vers le bas, les vrais professionnels de l'optique ne souhaitant pas travailler dans ces conditions envisagent soit de licencier du personnel pour prévenir la chute de fréquentation de leur point de vente, soit de fermer boutique. Un sondage OLUUnis en cours montre que sur 150 propriétaires de magasins, 36% envisagent de licencier, 48% pensent à fermer leur boutique, et seulement 16% se disent pour le moment non obligés de changer leurs habitudes.

Les produits de qualité souvent français, seront délaissés par les groupes restants qui, pour survivre, devront encore et toujours baisser leur prix et qu'advientra t'il de nous petites entreprises lunetières ? Les grands groupes verriers français resteront- ils en France si le marché évolue au détriment de leurs produits ?

Récemment plusieurs banques ont placé les opticiens en alerte, refusant tout prêt, découvert,... Allons-nous vers un énorme plan social de plus de 3000 dépôts de bilan et dans les 6 à 8000 chômeurs en plus ? Sachant que dans la majorité des cas les magasins d'optique sont des affaires familiales, qu'advientra-t-il des milliers de familles mises en banqueroute ?

### Médecin:

L'assureur mettra alors en place le remboursement différencié et précisera à ses adhérents qu'ils devront se faire soigner par les professionnels qui ont accepté d'adhérer au réseau. Ainsi le malade qui accepte de se soumettre au choix du professionnel imposé par l'assureur mutuel, sera mieux remboursé avec différents services d'assureurs dont, par exemple, le tiers payant.

Le patient sera mieux remboursé dans le réseau mais moins bien remboursé chez le professionnel de proximité de son choix, le tiers payant en plus, tout cela finit par constituer une clientèle captive. Les assureurs mutuels écrivent eux-mêmes qu'en échange de ce flux de patients forcés, ils se trouveront en position de négocier les prix à la baisse avec les professionnels.

Les professionnels de santé disent leur refus de devoir soigner différemment les malades en fonction de leurs assureurs complémentaires. C'est un refus partagé par les malades en ce qu'il constitue un premier bouleversement de notre système de santé

Les malades doivent comprendre que ces réseaux impliqueront pour eux des déplacements toujours plus lointains et plus nombreux car les professionnels ne pourront pas adhérer à tous les réseaux de quelques 500 assureurs complémentaires.

L'ensemble du secteur associatif et mutualiste français revendique que ce **conventionnement concerne «toute l'offre de soins de ville»**, c'est-à-dire les médecins libéraux. La promesse de la ministre de laisser les médecins libéraux en dehors de ce texte de loi «n'engage» ainsi que la ministre et pas les financiers mutualistes. De même, dans une perspective **d'économies immédiates**, les réseaux mutualistes ont été défendus lors des assises de la coopération et du mutualisme à Bruxelles.

Les intentions de la mutualité sont claires: prendre en main les acteurs de santé de ville, dont les médecins, et **réguler les prix par le bas**.

Avec des coûts de gestion à plus de vingt pour cent, on comprend aisément que ces assureurs ont des besoins financiers sans cesse croissants et qu'ils viennent se financer sur les professionnels soignants.

La qualité des soins, l'indépendance des professionnels médicaux et non-médicaux et plus encore l'égalité d'accès aux soins des malades sont à mille lieues des préoccupations des dirigeants mutualistes.

## Dentistes :

En instaurant une différence au niveau des remboursements des patients, ceux ci seront orientés préférentiellement vers des réseaux de 2 types

- des centres mutualistes (Mutualité Française ou MGEN)
- des cabinets libéraux partenaires de ce réseau

L'aspect qualitatif n'étant pas la préoccupation majeure des mutuelles, seul le critère financier dans ces cabinets partenaires deviendra prépondérant en tirant vers le bas tous les honoraires pratiqués. Les conséquences immédiates seront une baisse de la qualité des soins mais surtout la généralisation de pratiques comme l'exportation de prothèses dentaires via des pays « exotiques » ce qui se fait déjà dans les centres dentaires « low-cost » en France. Des laboratoires de prothésistes français fermeront les uns après les autres, et des postes d'assistantes dentaires seront également supprimés afin de remédier à cette baisse des honoraires.

La profession contrainte d'adhérer à ces réseaux afin de conserver ses patients s'adaptera en diminuant des postes de dépenses divers (plateau technique moderne, investissement gros équipement, consommables etc.) ce qui posera des problèmes secondaires au niveau des fournisseurs en matériel de nos cabinets. Certains ont déjà commencé en se fournissant exclusivement sur des sites « web » étrangers et cette tendance deviendra la norme pour pallier une baisse des revenus.

La vie est un bien précieux, bien vivre est l'aspiration de tous. Les professionnels de santé sont là pour cela. Pour vous soigner, vous apporter des solutions visuelles, dentaires, ...

Au lieu de chercher à brader la santé en ouvrant la porte des dérives aux réseaux, n'est-il pas plus judicieux d'aligner les assurances aux mutuelles ? Une corporation n'est légale que si l'Etat et seulement l'Etat en a le contrôle. Là ce serait des groupes financiers! En totale contradiction avec la Loi Le Chapelier et avec notre constitution.

Les procédures judiciaires en cours, celles faites et celles à venir sont la preuve de la mobilisation de nos concitoyens. Les français qui ont mis leurs espoirs en vous attendent des lois pour les protéger, les défendre et non pas les vendre à des groupes financiers.

Ci-joint en annexe le courrier de Monsieur le député Brottes et quelques pages du compte rendu du tribunal de Chartres condamnant la MGEN.

Madame la sénatrice, Monsieur le sénateur, recevez nos sincères salutations.

**Opticiens Lunetiers Unis -- Union Française pour une Médecine Libre -- Fédération des Syndicats Dentaires Libéraux**

Yann Fournier, président des Opticiens Lunetiers Unis



ASSEMBLÉE  
NATIONALE

**François BROTTES**  
Président de la commission des affaires économiques  
Député de l'Isère  
Membre de l'Isère

Dès lors, la plupart d'entre elles seraient contraintes de constituer des sociétés d'assurance pour maintenir l'existence de ces réseaux. Une telle logique reviendrait à affaiblir profondément le secteur mutualiste au détriment du secteur assurantiel.

Cette modification législative est par ailleurs réclamée par les autorités de contrôle et de régulation. En effet, le rapport de l'ACAS et de l'ICF intitulé « Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM » évoque les réseaux constitués par des complémentaires avec des professionnels de santé, et « préconise d'en favoriser le développement, au regard de leurs effets sur les tarifs pratiqués et donc la réduction des restes à charge ».

S'agissant du secteur mutualiste, le rapport recommande « de modifier le code de la mutualité qui ne permet pas aujourd'hui aux mutuelles de pratiquer des remboursements différenciés selon que leurs affiliés s'adressent ou non aux professionnels recommandés, alors que les institutions de prévoyance et les entreprises d'assurance le peuvent ». Cette prise de position, qui s'ajoute à celle de l'Autonité de la Concurrence (avis n°99-A-46 du 9 septembre 2009) et à celle de la Cour des comptes (proposition n°38 du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre 2010), conforte cette proposition de modifier en ce sens l'article L. 112-1 du code de la mutualité.

Les mutuelles ne sont engagées dans la voie du conventionnement depuis une vingtaine d'années. Les réseaux se développent dans les secteurs où l'assurance maladie s'est le plus désengagée. Ils ne concourent donc pas l'Assurance maladie obligatoire.

Par ailleurs, les réseaux ne remettent pas en cause le libre choix de l'adhérent. En effet, une prestation est versée, que l'adhérent ait recours ou non au réseau agréé. Le reste à charge est simplement moins élevé lorsque l'adhérent fait appel à un professionnel conventionné. En revanche, il est essentiel que l'adhérent dispose d'informations suffisantes, tant sur les caractéristiques des réseaux de soins mis en place par sa complémentaire santé que sur l'impact de ceux-ci sur les garanties souscrites.

Ainsi, cette proposition de loi vise à sécuriser et encadrer juridiquement des réseaux de soins, mis en œuvre par les mutuelles depuis une vingtaine d'années, afin d'améliorer l'accès aux soins des assurés. Cette mesure renforcera, par là même, le secteur mutualiste constitué de sociétés de personnes à but non-lucratif protégeant 38 millions de personnes.

Je vous prie de croire, Monsieur, à l'assurance de ma considération distinguée.

*F. Brottes*  
François BROTTES

Monsieur Yann Fourmier  
Yann Fourmier Opticien  
6 rue de l'église

38790 St Georges d'Espérance - Tél. : 01 46 63 25 27 - Fax : 01 46 63 25 27 - Email : [yann.fournier@yannfournier.com](mailto:yann.fournier@yannfournier.com)

Adresse postale : Assemblée nationale : 126, rue de l'Université, 75355 Paris cedex 07 SP  
Circulaire : Les Portes de Créalles - Bndm Pain du Bâton - 38027 Créalles - Tél. : 04 76 92 18 96 - Fax : 04 76 92 18 98  
francois.brottes@wanadoo.fr - www.francois-brottes.com

Paris, le 21 novembre 2012

**François BROTTES**  
Président de la commission des affaires économiques  
Député de l'Isère  
Membre de l'Isère

097185201229

*F. Brottes*  
Monsieur,

J'ai bien reçu votre courrier dans lequel vous me faites part de vos inquiétudes concernant la proposition de loi visant à autoriser les mutuelles à mettre en place des réseaux de soins.

Cette proposition de loi a pour objet unique de permettre aux mutuelles d'améliorer le remboursement de leurs adhérents lorsqu'ils consultent un professionnel avec lequel leur mutuelle a passé une convention, comme les assureurs et institutions de prévoyance ont le droit de le faire.

Jusqu'à présent, les audits réalisés ont conforté l'utilité des réseaux de soins pour réduire le reste à charge des patients et pour réguler l'offre lorsque cela était nécessaire, en particulier dans le secteur de l'optique. Elles ont aussi révélé la nécessité de préciser le périmètre d'intervention des réseaux et de renforcer leur encadrement.

Les mutuelles, comme les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance, pratiquent avec les offreurs de soins un conventionnement fondé sur des critères de qualité et visant à mieux encadrer les tarifs. Or, cette possibilité a été contestée en justice et la Cour de cassation a, dans un arrêt du 18 mars 2010, remis en cause le principe même de ce conventionnement mutualiste, en interdisant à une mutuelle de pratiquer des modulations dans le niveau de prestations, selon que l'adhérent consulte, ou non, un praticien conventionné par cette mutuelle. Cette règle ne s'impose pas aux autres organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM), ce qui pose des problèmes d'égalité au plan de la concurrence.

La loi dite Fourcade de 2011 portant réforme de la loi HPST a tenté, dans son article 22 soutenu par le groupe SRC, de rétablir par la loi la possibilité pour les mutuelles de mettre en place ces réseaux de soins. L'article a été censuré non pour des raisons de fond, mais parce que le Conseil constitutionnel a estimé qu'il s'agissait d'un cavalier législatif.

Le vote d'une loi dans les meilleurs délais est souhaitable, dans la mesure où les jugements à l'encontre des mutuelles (notamment de la MGEN), aujourd'hui retardés en raison d'une question préjudicielle posée à la CEDJ, devraient intervenir dans les mois à venir. Concrètement, cela signifie qu'à partir de 2013, en l'absence de modification du code de la mutualité, les mutuelles peuvent être juridiquement condamnées pour leurs réseaux de soins. Je vous prie de croire, Monsieur, à l'assurance de ma considération distinguée.

38790 St Georges d'Espérance - Tél. : 01 46 63 25 27 - Fax : 01 46 63 25 27 - Email : [yann.fournier@yannfournier.com](mailto:yann.fournier@yannfournier.com)

Adresse postale : Assemblée nationale : 126, rue de l'Université, 75355 Paris cedex 07 SP

Circulaire : Les Portes de Créalles - Bndm Pain du Bâton - 38027 Créalles - Tél. : 04 76 92 18 96 - Fax : 04 76 92 18 98

francois.brottes@wanadoo.fr - www.francois-brottes.com

**JURIDICTION DE PROXIMITÉ DE CHARTRES**

**JURIDICTION DE PROXIMITÉ JUEGEMENT CONTRADICTOIRE**

5, rue Mathurin-Régner  
28000 CHARTRES

du 7 Juin 2013.

**DEMANDEUR** : Monsieur FONTAINE Hervé, demeurant 18 rue Jean Pinault, 28300 JOUY,  
représenté(e) par STE JAKUBOWICZ-MALLET-GUY ET ASSOCIES, avocat du barreau de  
LYON

**INTERVENANTS VOLONTAIRES**:

Monsieur BARBE Christophe, demeurant 15 boulevard Clémenceau, 28130 MAINTENON,  
représenté(e) par STE JAKUBOWICZ-MALLET-GUY ET ASSOCIES, avocat du barreau de  
LYON

FEDERATION DES SYNDICATS DENTAIRES LIBERAUX (FSLD), dont le siège social est  
20 rue de la marnie, 94140 ALFORTVILLE, représenté(e) par STE JAKUBOWICZ-MALLET-  
GUY ET ASSOCIES, avocat du barreau de LYON

ASSOCIATION SYNDICALE DES SPECIALISTES EN ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE  
(ASSO-ODF), dont le siège social est 9 avenue Victor Hugo, 13200 ARLES, représenté(e) par  
STE JAKUBOWICZ-MALLET-GUY ET ASSOCIES, avocat du barreau de LYON

**D'une part,**

**DEFENDRESSE** : MUTUELLE GENERALE DE L'EDUCATION NATIONALE, dont le  
siège social est 3 square Max Hymans, 75748 PARIS CEDEX 15, représenté(e) par SCP  
LECAT ET ASSOCIES, avocat du barreau de PARIS

**D'autre part,**

**COMPOSITION DE LA JURIDICTION DE PROXIMITÉ :**

Juge : Madame AVEZOU-FRANCH Sylvie, Juge de la Jurisdiction de Proximité de  
CHARTRES.

Greffier : Madame GAUDIN Isabelle.

**DEBATS** : L'affaire a été plaidée à l'audience du 9 avril 2013, et mise en délibéré au 7 juin  
2013.



**2-3 La Jurisprudence et l'évolution des textes nationaux**

Attendu tout d'abord que la Cour de Cassation, dans son arrêt en date du 15/03/2010, censurant une décision de la Jurisdiction de Proximité de Paris 15<sup>ème</sup> du 19/02/2008, a considéré que valider le fait de servir des prestations différentes selon que le praticien choisit par l'adhérent a ou non adhéré à une convention signée avec la MGEN, sans que cette différence dans le niveau des prestations servies ne soit fonction ni des cotisations payées, ni de la situation de famille des adhérents, constituait une violation de l'article L. 122-1 alinéa 3 du Code de la Mutualité ;

Que force est de constater en effet, à l'exception de quelques décisions isolées que la majeure partie des jugements rendus en la matière procèdent à une interprétation littérale du texte précité ;

Que de même, s'agissant des normes supra nationales, au terme d'une jurisprudence également constante en la matière, les compagnies d'assurances et les mutuelles ne sont pas considérées comme étant des acteurs placés dans des conditions similaires sur le marché, les mutuelles ne pouvant être qualifiées d'entreprises au sens de l'article 101 du TFUE ;

Que ces décisions exigent, pour l'application de l'article 101 du TFUE, qu'il y ait « entente » anticoncurrentielle, caractérisée par une rencontre de volontés soit l'expression d'une volonté commune de se comporter sur le marché d'une manière précise ET que la disposition nationale susceptible d'être sanctionnée, ait pour objet ou effet de créer ou renforcer les effets d'une telle entente;

Que toutefois l'interdiction faite aux mutuelles de moduler les remboursements des frais de santé en fonction de l'appartenance du professionnel de santé à un réseau, n'est pas assimilée à une entente et donc à une pratique anticoncurrentielle, aucun élément ne permettant d'affirmer que les praticiens de l'odontologie aient entendu aligner leurs prix à un niveau unique ;

Que rien ne permet d'affirmer, en l'état, que l'article L. 121-1 alinéa 3 du Code de la Mutualité aboutirait à placer les sociétés d'assurances et Institutions de prévoyance en position dominante, au détriment des mutuelles ;

Qu'en effet la Loi Fourcade n'a pas été adoptée et la proposition de loi relative au fonctionnement des réseaux de soins créés par les mutuelles et aux modalités de mise en ouvre des conventions conclues entre les organismes de protection sociale et les professionnels de santé, si elle a effectivement été adoptée en première lecture par l'Assemblée Nationale le 28/11/2012, n'est pas encore passée au Sénat ;

Que ce texte qui vise à entériner la possibilité donnée aux mutuelles d'instaurer des différences au niveau des prestations servies selon que l'assuré choisit ou non un professionnel conventionné, n'est donc pas applicable pour l'instant ;

Que de plus les avis, qu'ils émanent de la Cour des Comptes, du Conseil et/ou de l'Autorité de la concurrence, ne lient pas le Juge ;

Qu'ainsi les évolutions espérées par la MGEN des dispositions législatives actuellement applicables combinées aux avis précités ne constituent pas, en l'état, le droit normatif applicable ;

Attendu par ailleurs que le principe d'ordre public du libre choix par le patient de son praticien, prévu par l'article L. 1110-8 du Code de la Santé Publique, implique qu'en

Que la MGEN sera condamnée dépendant à lui verser la somme de 800 € au titre de l'article 700 du Code de Procédure Civile ;

### 3-2 sur les demandes du Docteur BARBE

Attendu que le préjudice moral et financier allégué par le Docteur BARBE du fait de la politique discriminatoire de la mutuelle, n'est étayé par aucun élément probant ;

Que cette demande sera par conséquent rejetée ;

Qu'il ne paraît pas inéquitable en revanche de condamner la MGEN à lui verser la somme de 800 € au titre des frais irrépétibles de l'instance ;

### 3-2 sur les demandes de publication

Attendu qu'il convient d'ordonner à la MGEN de publier à ses frais dans les revues professionnelles « L'INDEPENDENTAIRE », « L'INFORMATION DENTAIRE », « LE CHIRURGIEN DENTISTE DE FRANCE », « LA LETTRE », ainsi qu'en première page de son manuel d'information et en haut de la première page de son site internet, pendant une année, la mention figurant au dispositif ;

Que la MGEN sera déboutée de ses demandes y compris au titre des frais irrépétibles.

### PAR CES MOTIFS

La Juridiction de Proximité, statuant, après en avoir délibéré, par jugement contradictoire, rendu en dernier ressort ;

Déclare Monsieur FONTAINE, le Docteur BARBE, la FSDI et l'ASSO-ODF recevables et partiellement bien fondés en leurs demandes dirigées à l'encontre de la MGEN,

Rejette l'exception d'inconventionnalité soulevée par la MGEN,

DIT que le MGEN a commis une faute en procédant à un remboursement différent de celui servi pour des soins identiques,

CONDAMNE la MGEN à payer à Monsieur FONTAINE la somme de 157,75 € (cent cinquante sept euros et soixante quinze centimes) correspondant au complément de prise en charge du traitement d'orthodontie au titre des soins prodigués au fils du requérant d'août 2010 à février 2011, majorés des intérêts au taux légal,

DEBOUTE Monsieur FONTAINE de sa demande au titre du préjudice prétendument subi, CONDAMNE la MGEN à verser à Monsieur FONTAINE la somme de 800 € (huit cents euros) au titre des frais irrépétibles de l'instance,

DEBOUTE le Docteur BARBE de sa demande au titre du préjudice prétendument subi,

CONDAMNE la MGEN à lui verser la somme de 800 € (huit cents euros) au titre des frais irrépétibles de l'instance,

ORDONNE à la MGEN de publier à ses frais dans les revues professionnelles « L'INDEPENDENTAIRE », « L'INFORMATION DENTAIRE », « LE CHIRURGIEN DENTISTE DE FRANCE », « LA LETTRE », ainsi qu'en première page de son manuel d'information et en haut de la première page de son site internet, pendant une année, la mention suivante: « La Juridiction de Proximité de Chartres, par jugement en date du 07/06/2013, a condamné la MGEN pour remboursement discriminatoire de l'un de ses

adhérents pour n'avoir pas consulté un chirurgien dentiste ayant signé une convention avec elle, ledit système de conventionnement étant prohibé par le Code de la Mutualité »,

DEBOUTE les parties de toutes prétentions plus amples ou contraires,

CONDAMNE La MGEN aux entiers dépens de l'instance.

Ainsi jugé et prononcé par mise à disposition au Greffe les jour, mois et an susdits et après relecture le Juge de Proximité a signé avec le Greffier.

Le Greffier

Le Juge

En conséquence, la République Française mandate et ordonne à ses Ministres, et à tous les Juges, sur ce requis, de mettre la dite décision à exécution, de faire publier le présent jugement et aux Procureurs Généraux et aux Procureurs de la République de Chartres, de faire afficher et de faire lire le présent jugement par les Tribunaux de Grande Instance de Chartres, de Chartres, de Chartres, de Chartres et de Chartres. En fait, que la présente copie certifiée à la demande et en vertu de la formule exécutoire a été signée et délivrée par le Greffier du Juge de Proximité de Chartres le 07/06/2013.



de dispositions légales contraaires, ainsi que c'est le cas en l'espèce, des actes identiques donnent lieu à des remboursements identiques ;

Qu'il n'y a donc pas lieu d'écarter l'application de l'article L. 122-1 alinéa 3 du Code de la Mutualité, sa compatibilité aux textes communautaires ne pouvant être remise en cause ;

Qu'en effet les mutuelles ne pouvant être assimilées à des entreprises, les articles 101 et 102 du TFUE ne sont donc pas applicables en l'espèce ;

Qu'enfin il n'appartient pas au juge d'apprécier les mérites allégués et contestés par les parties, des réseaux de soins ;

Que l'exception d'inconventionnalité sera par conséquent rejetée ;

### 3- Sur les demandes des requérants

#### 3-1 sur les demandes de Monsieur FONTAINE

Attendu qu'il résulte de ce qui précède qu'en l'état du droit national et communautaire applicable, les mutuelles ne peuvent différencier les remboursements qu'en fonction des cotisations payées ou de la situation de famille de leurs adhérents, et non selon que ces derniers ont ou non fait appel à un praticien conventionné ;

Que le niveau de remboursement ne saurait donc être différent pour un même acte, selon le choix du praticien, car cela constituerait une remise en cause du principe du libre choix du praticien et créerait une discrimination entre les adhérents ;

Que contrairement aux affirmations de la MGEN, interdire aux mutuelles de différencier les prestations hors ou dans le réseau ne crée pas de distorsion de concurrence entre opérateurs d'assurance ;

Que cette interdiction, dont l'objet est d'assurer une meilleure solidarité, a pour corollaire des avantages consentis par le législateur au profit des mutuelles lesquelles ne se retrouvent donc pas dans une situation de concurrence défavorable par rapport aux autres organismes complémentaires d'assurance maladie ;

Qu'il apparaît en outre que cette prohibition serait plutôt de nature à favoriser la concurrence ainsi que l'a d'ailleurs relevé la CJUE dans son ordonnance en date du 21/11/2012 ;

Qu'en l'espèce il est incontestable, et au demeurant incontesté, que la MGEN n'a remboursé à Monsieur FONTAINE que la somme de 290,15 € au lieu des 448 € payés à ceux ayant consultés un praticien « agréé », soit une différence de 157,75 € demeurée à la charge de Monsieur FONTAINE ;

Qu'en procédant de la sorte, la MGEN n'a pas respecté l'article L121-1 alinéa 3 du Code de la Mutualité ;

Que le protocole en vertu duquel la MGEN a procédé au remboursement litigieux, ne peut donc qu'être déclaré discriminatoire et inopposable à Monsieur FONTAINE ;

Qu'il ne peut donc qu'être fait droit à la demande de ce dernier de sorte que la MGEN sera condamnée à lui rembourser cette différence, soit 157,75 € ;

Attendu en revanche que Monsieur FONTAINE ne rapporte pas la preuve du préjudice allégué et sera par conséquent débouté de ce chef de demande ;



# La Cour de cassation PIÉTINE LES ARGUMENTS

## DES PRO-RÉSEAUX

Dans deux arrêts du 14 mars 2013 condamnant la MGEN, la Cour de cassation estime que l'interdiction des remboursements différenciés favoriserait la concurrence et ne serait pas contraire au droit européen. Selon les juges, les mutuelles ne seraient pas non plus défavorisées sur ce point par rapport aux assurances et institutions de prévoyance.

Pour la Cour de cassation, l'article 112-1 du Code de la mutualité, qui interdit aux mutuelles de pratiquer les remboursements différenciés, est une disposition « claire, sans difficulté de compréhension et ne contient aucune contradiction ». Il respecterait la législation communautaire, qui proscrie les pratiques pouvant générer des distorsions de concurrence : « la prohibition de la modulation des remboursements des frais de santé en fonction de l'appartenance du prestataire de soins à un réseau apparaît de nature à favoriser

*la concurrence plutôt qu'à la restreindre »* précisent les juges. Alors que le gouvernement, via la proposition de loi Le Roux, déclare vouloir remettre les mutuelles sur un pied d'égalité avec les assurances et les institutions de prévoyance, la juridiction rejette en bloc cet argument, estimant que cette différence de traitement est au contraire pleinement justifiée : « l'interdiction faite aux mutuelles par le législateur (...) a pour contrepartie d'autres avantages qu'il leur consent et l'appellation spécifique qu'il leur garantit, de sorte qu'elles ne sont pas placées en situation de concurrence défavorable par rapport aux autres organismes complémentaires d'assurance maladie. »

### "Pas de choix libre"

Et si les partisans des remboursements différenciés garantissent que la liberté de choix est respectée dans le cadre des réseaux, cela ne paraît pas si évident aux yeux de la Cour

de cassation. Dans une des deux affaires jugées le 14 mars, elle a en effet souligné que les plaignants « n'avaient pas de choix libre entre un orthodontiste non conventionné à leur porte et un conventionné à 45 kilomètres. » Avec ces nouvelles décisions, la Cour de cassation confirme sa position, en rappelant que les adhérents de la MGEN ayant obtenu un moindre remboursement pour ne pas avoir consulté un professionnel de santé partenaire doivent se voir payer la différence par leur complémentaire santé. Aussi et surtout, elle démonte les principaux arguments avancés par les pro-réseaux. Cette nouvelle jurisprudence constitue en revanche un sérieux atout pour les opposants à la proposition de loi Le Roux, en remettant en cause non seulement le bien-fondé de ce texte, mais aussi le dispositif des réseaux dans son ensemble, qu'ils soient mis en place par des mutuelles, des assurances ou de institutions de prévoyance.