



**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**

L'Autorité de la concurrence (juge unique),

Vu la lettre, enregistrée le 30 avril 2015 sous le numéro 15/0044F par laquelle la Confédération nationale des syndicats dentaires a saisi l'Autorité de la concurrence de pratiques mises en œuvre dans le secteur des actes prothétiques ou de pose d'implants par les chirurgiens-dentistes ;

Vu le livre IV du code de commerce ;

Vu la décision n° 16-JU-04 en date du 21 juillet 2016 par laquelle le président de l'Autorité de la concurrence a désigné, sur le fondement du dernier alinéa de l'article L. 461-3 du code de commerce, Mme Claire Favre, vice-président, pour adopter seule la décision à rendre sur la saisine visée ci-dessus ;

Vu les autres pièces du dossier ;

La rapporteure, le rapporteur général adjoint, le représentant de la Confédération nationale des syndicats dentaires entendus lors de la séance de l'Autorité de la concurrence du 4 octobre 2016, et le commissaire du gouvernement ayant été régulièrement convoqué ;

Adopte la décision suivante :

I. Constatations

1. Par lettre enregistrée le 30 avril 2015 sous le numéro 15/0044F, la Confédération nationale des syndicats dentaires (ci-après « CNSD ») a saisi l’Autorité de la concurrence (ci-après « l’Autorité ») de pratiques mises en œuvre par la société Santéclair (ci-après « Santéclair ») et les chirurgiens-dentistes affiliés à son réseau de soins dans le secteur des soins dentaires, plus particulièrement, des actes prothétiques ou de pose d’implants par les chirurgiens-dentistes. Par un courrier enregistré le 24 septembre 2015, la CNSD a communiqué des pièces complémentaires à sa saisine.

A. LE SECTEUR D’ACTIVITÉ CONCERNÉ

1. LA CHIRURGIE DENTAIRE

2. La chirurgie dentaire est une profession médicale réglementée par le code de la santé publique (ci-après « CSP »).

a) La profession de chirurgien-dentiste

3. Les chirurgiens-dentistes peuvent prescrire tous les actes, produits et prestations nécessaires à l'exercice de l'art dentaire, qui comporte la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus attenants (articles L. 4141-1 et L. 4141-2 du CSP).
4. L’entrée dans la profession est subordonnée à la possession d’un diplôme français d’État de docteur en chirurgie dentaire ou de chirurgien-dentiste ou d’un diplôme équivalent pour les ressortissants d’un État membre de la Communauté européenne ou partie à l’accord sur l’Espace économique européen (article L. 4141-3 du CSP). L’exercice de cette profession est soumis à l’inscription au tableau de l’Ordre des chirurgiens-dentistes (article L. 4111-1 du CSP).
5. Les pratiques des chirurgiens-dentistes sont encadrées par un code de déontologie, qui figure aux articles R. 4127-201 et suivants du code de la santé publique. Les infractions aux dispositions dudit code relèvent de la juridiction disciplinaire de l’ordre.
6. Les dispositions du code de déontologie établissent un certain nombre de principes : l’indépendance professionnelle du chirurgien-dentiste (article R. 4127-209), le libre choix du chirurgien-dentiste par le patient, le paiement direct des honoraires par le patient au chirurgien-dentiste (article R. 4127-210), l’interdiction de pratiquer la profession dentaire comme un commerce et, notamment, l’interdiction de tous procédés directs et indirects de publicité (article R. 4127-215), l’interdiction de détourner ou de tenter de détourner la clientèle (article R. 4127-262).
7. Au 1^{er} janvier 2016, 42 076 chirurgiens-dentistes exerçaient cette activité en France, dont 88,6 % dans la sphère libérale. La profession est soumise à un numéris clausus (1 199 en 2016)¹.

¹ Source : <http://www.cnsd.fr/actualite/news/618-les-chirurgiens-dentistes-en-chiffres>.

b) Les tarifs des soins dentaires

8. Les chirurgiens-dentistes dispensent plusieurs types d'actes médicaux (consultations, soins dentaires et soins prothétiques et orthodontiques) dont les tarifs relèvent de régimes de prix différents.
9. À cet égard, la CNSD indique dans une fiche relative aux chirurgiens-dentistes sur son site Internet : « *Les tarifs des soins conservateurs (caries, dévitalisations,...) et chirurgicaux (extractions,...) sont fixés par la Convention sans possibilité de "dépassement". Pour les prothèses dentaires et les actes d'orthodontie, l'Assurance maladie ne donne que des bases de remboursement : ce sont les actes à honoraires libres. Les prothèses ont représenté 53 % des honoraires totaux en 2013 et 12 % de l'activité* ».

Les tarifs conventionnels des soins conservateurs et chirurgicaux

10. Les soins dentaires comprennent les soins conservateurs (détartrage, traitement d'une carie, dévitalisation, etc.) et les soins chirurgicaux (extraction, etc.), dont les tarifs sont fixés dans le cadre d'une convention conclue avec l'assurance maladie : la convention nationale des chirurgiens-dentistes destinée à régir les rapports entre les chirurgiens-dentistes et les caisses d'assurance maladie (conclue les 11 et 19 mai 2006 entre, d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, la Confédération nationale des syndicats dentaires et l'Union des jeunes chirurgiens-dentistes Union dentaire).
11. Ces tarifs de responsabilité (tarif opposable) s'imposent aux praticiens conventionnés (98 % des praticiens) qui ne peuvent y déroger qu'en cas d'exigence exceptionnelle du patient, par exemple sur l'horaire ou le lieu de la consultation.

Les tarifs libres des soins prothétiques et orthodontiques

12. Les soins prothétiques et orthodontiques (prothèses dentaires, implants et traitements d'orthodontie) relèvent du régime de la liberté des prix, dans le respect de l'obligation déontologique des chirurgiens-dentistes qui doivent déterminer le montant de leurs honoraires « *avec tact et mesure* » (article R. 4127-240 du CSP) et informer préalablement le patient au moyen d'un devis écrit.
13. Deux principaux éléments, indépendants de la nature des soins, peuvent ainsi être pris en compte par le praticien pour déterminer ses honoraires : sa notoriété et la situation matérielle du patient (article R. 4127-240 du CSP).
14. Les prothèses dentaires sont prises en charge par l'assurance maladie et remboursées à 70 %, sur la base de tarifs dits de responsabilité qui sont « *très inférieurs à leur coût réel* »².
15. Une exception concerne les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (ci-après « CMU C ») : les chirurgiens-dentistes conventionnés doivent respecter des tarifs maxima fixés par arrêté pour les prothèses dentaires et traitements d'orthodontie inclus dans le panier de soins CMU C.

² Rapport du Sénat fait au nom de la commission des affaires sociales 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, 17 juillet 2013.

2. LE FINANCEMENT DES DÉPENSES DE SOINS DENTAIRES

16. En France, les dépenses de soins dentaires ont représenté 10,6 milliards d'euros en 2014, représentant 5,6 % de la consommation totale de soins et de biens médicaux³.
17. Le financement des dépenses de soins dentaires est assuré par trois catégories d'intervenants : l'assurance maladie (a), les organismes complémentaires de santé (b) et les ménages (c). Les assurés peuvent également bénéficier du système de tiers-payant (d).

a) L'assurance maladie

18. La CNSD indique sur son site Internet dans une fiche relative aux chirurgiens-dentistes, actualisée en avril 2016 : « *La consommation de soins dentaires représente 5,55 % de la consommation de soins et biens médicaux, mais seulement 2,36 % des dépenses de l'Assurance maladie obligatoire* ».
19. La Cour des comptes a relevé dans son rapport sur « *les soins bucco-dentaires* » de septembre 2016 que : « *En 2010, la Cour avait appelé l'attention sur le désengagement de la puissance publique du secteur dentaire et les inégalités d'accès aux soins qu'elle favorise. Six ans plus tard, elle constate que ce désengagement s'est poursuivi, avec des conséquences préjudiciables sur l'état de santé buccodentaire de la population, souvent médiocre par rapport aux pays européens comparables* ».
20. La Cour des comptes avait sur ce point indiqué dans un rapport de septembre 2010 que ce désengagement de l'assurance maladie « *s'explique principalement par l'importance des dépassements de tarifs qui concernent aujourd'hui près de la moitié des honoraires remboursables* ». Observant la baisse continue de la part de prise en charge de l'assurance maladie depuis les années 1980, la Cour des comptes observait également dans son rapport précité : « *Cette tendance a pu nourrir le reproche fait de manière récurrente à l'assurance maladie de donner la priorité à la limitation de ses remboursements (...). Elle aurait pour contrepartie une large liberté tarifaire au profit des chirurgiens-dentistes (dépassements, actes hors nomenclature) et donc d'importants reports de charges sur les organismes complémentaires et les ménages* ».
21. Dans son rapport de septembre 2016, la Cour des comptes a constaté que l'assurance maladie prenait en charge aujourd'hui 33 % des dépenses dentaires, contre 36 % en 2006.

b) Les organismes complémentaires d'assurance maladie

22. En contrepartie, des cotisations versées par les clients ayant souscrit une assurance santé, les organismes complémentaires d'assurance maladie (ci-après « OCAM ») prennent en charge tout ou partie des dépenses de santé non remboursables par l'assurance maladie. Environ 94 % de la population serait affiliée à un OCAM, soit par un contrat individuel souscrit de la propre initiative de l'assuré, soit par un contrat collectif souscrit par une entreprise. Les garanties de remboursement de frais de soins et de biens médicaux varient selon les contrats.
23. Les OCAM peuvent être classés en trois catégories en fonction de leur régime juridique :

³ Rapport de la Cour des comptes – Sécurité sociale 2016 de septembre 2016 – Chapitre XIII « *Les soins bucco-dentaires* », présentation.

- les mutuelles, qui sont des sociétés de personnes de droit privé à but non lucratif, immatriculées au registre national des mutuelles qui ne peuvent intervenir que dans le domaine de l'assurance de personnes et relèvent du code de la mutualité ;
- les sociétés d'assurance, qui sont des personnes morales de droit privé qui interviennent principalement dans le domaine de l'assurance de dommages et sont régies par le code des assurances ;
- les institutions de prévoyance, qui sont des sociétés de personnes de droit privé à but non lucratif qui interviennent essentiellement dans le domaine de la prévoyance collective et qui ne peuvent exercer leur activité que dans le domaine de l'assurance de personnes. Ces institutions relèvent du code de la sécurité sociale ou du code rural (pour celles qui interviennent dans le secteur agricole).

24. Il s'agit d'un secteur particulièrement atomisé où les mutuelles sont prédominantes.
25. En vertu de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi (dite ANI) toutes les entreprises doivent proposer à leurs salariés, depuis le 1^{er} janvier 2016, une complémentaire santé. Cette nouvelle obligation a concerné environ 500 000 structures et près de 4 millions de salariés.
26. Dans son rapport de septembre 2016, la Cour des comptes a indiqué que les assurances complémentaires sont devenues le premier financeur des soins dentaires, avec une prise en charge de 39 % des dépenses dentaires.

c) Les ménages

27. Les ménages financent la partie des dépenses restantes, appelée le « reste à charge ».
28. La Cour des comptes a relevé dans son rapport de septembre 2016 que la part du reste à charge pour les ménages est aujourd'hui de 25 % des dépenses dentaires.

d) Le système de tiers payant

29. Pour leurs dépenses dentaires, les assurés peuvent bénéficier du système de « tiers payant ». Ce système dispense l'assuré, sous certaines conditions, de faire l'avance des sommes remboursables, qui sont alors payées directement au professionnel de santé par l'assurance maladie et/ou l'OCAM concerné.
30. Ce système suppose la mise en place d'accords avec les professionnels de santé. Les OCAM doivent également mettre en place les outils nécessaires au suivi des demandes de prise en charge, à la gestion des factures et aux prestations de télétransmission. Il est fréquent qu'ils s'adressent, pour cela, à des sociétés spécialisées.

3. LES RÉSEAUX DE SOINS

31. En tant que principaux contributeurs au financement de certaines dépenses de santé, plusieurs OCAM ont souhaité développer de nouvelles formes de partenariat avec les professionnels, allant au-delà du système de tiers-payant et visant à limiter le montant de ces dépenses.

32. Depuis quelques années, les OCAM ont développé des réseaux de professionnels agréés avec pour objectif de proposer de meilleurs rapports qualité/prix à leurs assurés. Ces réseaux ont, pour la plupart, été mis en place dans le cadre de partenariats entre plusieurs OCAM et leur gestion a été confiée à des sociétés tierces, telle que Santéclair, agissant en qualité de plateforme.
33. La constitution d'un réseau se traduit en pratique par l'existence de conventions de partenariat entre, d'une part, les professionnels de santé et, d'autre part, le gestionnaire du réseau. Ainsi, lorsque les OCAM ont délégué la gestion du réseau à une plateforme, les conventions sont conclues entre la plateforme et chacun des chirurgiens-dentistes sélectionnés.
34. Les conventions conclues entre les gestionnaires de réseaux et les chirurgiens-dentistes sélectionnés prévoient généralement des engagements des parties concernant l'orientation des assurés vers les chirurgiens-dentistes agréés, la mise en place d'un système de tiers payant au bénéfice des assurés, la qualité des services rendus et le respect d'une certaine modération tarifaire. En effet, la plupart des réseaux ont des grilles tarifaires maxima par produit que les chirurgiens-dentistes ne peuvent dépasser pour les adhérents du réseau.
35. 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 et les professionnels, établissements et services de santé (dite loi Le Roux) a conforté les réseaux de soins en étendant aux mutuelles le droit, déjà reconnu aux sociétés d'assurance et aux institutions de prévoyance, de pratiquer des remboursements bonifiés pour les adhérents qui choisissent librement de se faire soigner dans le cadre des réseaux qu'elles ont constitués avec des professionnels de santé.
36. Elle a par ailleurs introduit un article L. 863-8 du code de la sécurité sociale aux termes duquel les conventions de partenariat « *ne peuvent comprendre aucune stipulation portant atteinte au droit fondamental de chaque patient au libre choix du professionnel* ».
37. L'Autorité considère que l'activité des réseaux de soins est plutôt favorable à l'animation concurrentielle des marchés de soins médicaux. En effet, dans son avis n° 09-A-46 du 9 septembre 2009 relatif aux effets sur la concurrence du développement de réseaux de soins agréés, l'Autorité s'est montrée favorable, d'une manière générale et sous réserve que le processus de sélection des professionnels de santé repose sur une concurrence par les mérites, à la constitution de réseaux de soins. Elle a considéré en effet que, axée sur la régulation de l'offre, et reposant sur une identité d'intérêts entre l'organisme complémentaire – qui cherche à mieux maîtriser ses coûts – et les assurés – qui souhaitent bénéficier d'un reste à charge nul ou limité et d'une prime d'assurance la moins élevée possible –, la mise en place de réseaux de soins soumet les professionnels souhaitant être sélectionnés à l'obligation de respecter des engagements de modération tarifaire. En outre, l'Autorité a considéré que le développement du conventionnement est susceptible d'engendrer un fonctionnement plus concurrentiel du marché dans la mesure où les professionnels non conventionnés par les OCAM seront incités à offrir soit des services supplémentaires (telles que des conditions de paiement différé), soit une qualité de services supérieure ou encore des tarifs attractifs, pour continuer à attirer des assurés.
38. Dans le même sens, la Cour des comptes a indiqué dans son rapport de septembre 2016 que : « *Le développement des réseaux de soins dentaires est de nature à rendre le secteur plus transparent et plus concurrentiel, dans un domaine où la formation du prix des actes prothétiques n'obéit pas à des mécanismes de marché efficients et conduit à des niveaux de tarification qui ne sont pas supportables par la majorité des patients* ».

39. Aujourd'hui, dans le secteur des soins dentaires, les principaux réseaux sont les suivants : Santéclair, Itelis, Sévéane, Carte Blanche et Istya (cote 444).

B. LES ORGANISMES ET ENTREPRISES CONCERNÉS

1. LA PARTIE SAISSANTE : LA CNSD

40. Créée en 1935, la CNSD est le syndicat national majoritaire de la profession. Elle regroupe 14 500 chirurgiens-dentistes exerçant en libéral et se compose de 100 syndicats départementaux dentaires présents sur tout le territoire national.
41. Selon ses statuts, la CNSD « *a pour objet la défense des intérêts matériels et moraux des chirurgiens-dentistes et de la profession* » (cote 33).

2. LA PARTIE MISE EN CAUSE : SANTÉCLAIR

42. Créée en 2003, Santéclair est une filiale de plusieurs organismes complémentaires d'assurance maladie, issus de sociétés d'assurances, de mutuelles ou d'institutions de prévoyance : Allianz, MAAF-MMA, IPECA Prévoyance et la Mutuelle Générale de la Police.
43. Santéclair est présente dans plusieurs secteurs de soins : l'optique, le dentaire, l'audioprothèse, l'hospitalisation et le bien-être/prévention. Sur son site Internet, Santéclair avance : « *Grâce à des négociations tarifaires reconnues comme les plus performantes du marché, les économies réalisées par les assurés peuvent atteindre 40 % en optique, 20 % en dentaire, 40 % en implantologie dentaire, ou encore 35 % sur les audioprothèses, à prestations et qualité équivalentes* ».
44. Santéclair offre ses services à 8,5 millions d'assurés dont 3,5 millions sont couverts par des contrats d'entreprise. Elle emploie 260 salariés dont 160 conseillers santé et 17 professionnels de santé. Santéclair dispose d'un réseau de plus de 7 000 professionnels de santé, dont 3 000 chirurgiens-dentistes et 30 implantologues dentaires. Elle réalise en moyenne 105 000 prises en charge dans le réseau chaque année, pour ce qui concerne les soins dentaires.

C. LES PRATIQUES DÉNONCÉES

45. Selon la CNSD, Santéclair se livre à des pratiques de dénigrement, *via* une entente avec les chirurgiens-dentistes affiliés à son réseau de soins, dans le but de capter la clientèle des chirurgiens-dentistes non affiliés.

1. L'ANALYSE DE DEVIS DE SOINS DES ASSURÉS PAR SANTÉCLAIR

46. Parmi les services proposés par Santéclair figure un service « *Analyse de devis conseil* » dans le cadre duquel les assurés lui soumettent les devis de soins reçus des chirurgiens-dentistes.
47. Le site internet de Santéclair indique : « *En optique, chirurgie réfractive, chirurgie dentaire, implantologie, audioprothèse ou hospitalisation programmée, faites analyser vos devis par nos spécialistes. Si vous souhaitez consulter un praticien qui n'appartient pas à l'un des réseaux Santéclair, nous vous proposons notre service d'analyse de devis conseil.*
 - *Ce service vous permet de vérifier que votre dépense de santé est adaptée à vos besoins tout en payant le prix habituellement pratiqué dans votre région.*
 - *Nos conseillers font l'analyse du devis renseigné par votre praticien habituel, vous donnent un avis objectif et des conseils pour diminuer votre reste à charge sous 72 heures.*
 - *Vous pouvez nous envoyer vos devis ici ».*
48. Ainsi, dans le cadre de ce service, un patient assuré ayant consulté un chirurgien-dentiste adresse à Santéclair le devis de soins réalisé par le praticien. Un conseiller de Santéclair effectue une analyse de ce devis et du niveau de remboursement de l'assuré. Le conseiller contacte le patient assuré, d'abord par téléphone, puis par courrier, pour lui indiquer le niveau de remboursement proposé sur le devis examiné et lui proposer, le cas échéant et si celui-ci en fait la demande, une solution alternative pour réduire son reste à charge : l'assuré reçoit alors un courrier comportant une liste de praticiens partenaires de Santéclair en dentaire autour de son domicile.
49. La CNSD considère que les employés de Santéclair – qui ne sont pas des chirurgiens-dentistes – ne sont pas en mesure, eu égard à leur formation et leur niveau de compétence, d'effectuer une comparaison de prix en l'absence de connaissance technique des actes médicaux. Elle affirme dans sa plainte que « *pour mieux tromper le patient, les opérateurs de SANTECLAIR n'hésitent pas utiliser des formules qui peuvent faire croire que l'analyse médicale de leur cas a été faite par des personnes compétentes et habilitées* ».
50. Selon la CNSD, cette pratique conduit « *inévitablement à un détournement de clientèle au profit de SANTECLAIR via les chirurgiens-dentistes qui y sont affiliés* » et ces comportements relèveraient de la tromperie vis-à-vis des patients, de l'exercice illégal de la chirurgie dentaire, voire d'une pratique commerciale déloyale.

2. LA COMMUNICATION DE SANTÉCLAIR

a) Le communiqué de presse de l'Observatoire citoyen des restes à charge en santé

51. Le 25 novembre 2013, Santéclair, le Collectif interassociatif sur la santé et le magazine *60 millions de consommateurs* (édité par l'Institut national de la consommation) ont publié ensemble – dans le cadre de l'Observatoire citoyen des restes à charge en santé (partenariat créé début 2013) – un communiqué de presse « *Soins dentaires : des dérives inacceptables* » (cotes 125 à 141).
52. Ce communiqué de presse dénonce l'importance du reste à charge pour les soins dentaires. Concernant les soins conservateurs et extractions dentaires, le communiqué dénonce les comportements des chirurgiens-dentistes – principalement à Paris – pratiquant des dépassements d'honoraires illégaux. S'agissant des actes prothétiques, l'Observatoire relève

que les chirurgiens-dentistes privilégient les solutions les plus onéreuses pour des techniques qui se valent en qualité de soins. Le communiqué de presse souligne par ailleurs que le reste à charge pour les patients est augmenté par les actes dits « hors nomenclature » (implants et certains actes de parodontie que l'assurance maladie ne rembourse pas) et que les soins d'orthodontie se caractérisent également par d'importants dépassements d'honoraires.

53. Selon la CNSD, ce communiqué de presse – dont Santéclair serait « *auteur pour partie* » – aurait un caractère « *trompeur* » et tiendrait « *les propos dénigrants suivants* » s'agissant des actes prothétiques :

- « *Il arrive aussi que des solutions moins onéreuses existent à qualité de soins reconnue comme équivalente ...sans qu'elles soient privilégiées par nombre de dentistes dans leurs choix thérapeutiques* » (cote 130) ;
- « *Une autre pratique injustifiée en matière de qualité des soins dentaires mais qui se traduit par un surcoût conséquent pour les usagers est la généralisation de la pose d'un inlay-core avant celle d'une couronne. Cette pratique est justifiée lorsque la dent est trop abîmée pour recevoir directement la couronne. Mais depuis 2006 elle tend à devenir quasi systématique, puisqu'elle concerne plus 8 couronnes sur 10* » (cote 131)

54. La CNSD considère que ce communiqué « *laisse accroire à la diffusion de données officielles qui conduisent le consommateur à se détourner de son praticien habituel* », alors que « *le communiqué est étayé par des chiffres dont l'Observatoire est la source lui-même* ».

55. Au titre des effets, la CNSD relève que ce communiqué de presse « *a été repris par de nombreux médias, lui donnant un impact nuisible où seul l'aspect "dérive tarifaire" des chirurgiens-dentistes est retenue* » (voir par exemple cote 143).

b) La communication par le biais des réseaux sociaux

56. La page Facebook de Santéclair reprend des articles de presse portant sur les « *dérives* » des tarifs ou les « *tarifs excessifs* » des soins dentaires (cote 172) et affiche une caricature faisant apparaître un professionnel de santé indiquant au patient qu'il pense pouvoir procéder à l'ablation de son chéquier (cote 176).

57. Le blog de Santéclair reprend également les études et enquêtes publiées au sujet des tarifs et de la qualité des soins en orthodontie et présente une caricature représentant un patient mettant à la poste son devis, qui tombe dans une corbeille (cote 174).

58. Selon la CNSD, Santéclair utilise le « *dénigrement des professionnels de santé* » comme « *outil principal de promotion commerciale* » via sa page Facebook et son blog. Elle considère que « *sous couvert de lutter contre les prétendus dépassements d'honoraires, SANTECLAIR dénigre de manière permanente et pernicieuse les chirurgiens-dentistes* ».

c) La publicité commerciale de Santéclair

59. La CNSD reproche à Santéclair de faire de la publicité au profit des chirurgiens-dentistes partenaires, qui sont tenus par des règles déontologiques de nature réglementaire leur interdisant certaines pratiques commerciales, comme la publicité (cf. paragraphe 6 *supra*).

60. Selon la CNSD, la « *promotion publicitaire* » de Santéclair se fait à deux niveaux :

- en démarchant des patients à chaque demande d'information (cf. paragraphes 46 et s. *supra*) ;

- en diffusant des tracts, des publicités et annonces sur son site Internet (par exemple : « *Le plus Santéclair : un certificat de traçabilité indiquant l'origine de la prothèse. Le plus Santéclair : les chirurgiens-dentistes du réseau ont une pratique spécialisée en implantologie et disposent de plateaux de haute qualité technique* » (cote 178)).
61. Ainsi, selon la saisissante, la publicité commerciale de Santéclair « *fausse le libre jeu de la concurrence au sein de la profession et crée une évidente distorsion qui pénalise les chirurgiens-dentistes qui ont choisi de ne pas conclure d'accord avec SANTECLAIR* ».

II. Discussion

62. L'article L. 462-8 du code de commerce prévoit que l'Autorité peut : « *rejeter la saisine par décision motivée lorsque les faits invoqués ne sont pas appuyés d'éléments suffisamment probants* ».

A. RAPPEL DES PRINCIPES

1. SUR LA CONSTITUTION DE RÉSEAUX DE SOINS

63. L'Autorité considère que l'activité des réseaux de soins est plutôt favorable à l'animation concurrentielle des marchés de soins médicaux (cf. paragraphe 37 *supra*). Dans le même sens, la Cour des comptes a indiqué que le développement des réseaux de soins est de nature à rendre le secteur plus transparent et plus concurrentiel (cf. paragraphe 38 *supra*).
64. Pour qualifier une convention d'entente anticoncurrentielle, il faut que l'accord de volontés porte sur une pratique ayant un objet ou un effet anticoncurrentiel (Décision n° 16-D-12 précitée, paragraphe 73, s'agissant du réseau de soins Carte Blanche Partenaire).
65. Or, dans son avis n° 09-A-46 sur les réseaux de soins et sa décision n° 13-D-05 Kalivia, l'Autorité a considéré que, dès lors que les accords ne comportaient pas de « *clauses noires* », la constitution de réseaux de soins n'était pas une entente verticale par objet. En effet, les réseaux de soins agissent pour le compte des OCAM qui eux-mêmes « *agissent [...] dans une certaine mesure comme des « clients par subrogation » des assurés* », ce qui induit que le comportement d'un client final ne peut par sa nature même restreindre la concurrence. Par ailleurs, le référencement des produits susceptibles d'être vendus dans un réseau « *est objectivement justifié par des considérations légitimes* », « *motivées par le souhait de proposer aux assurés [...] des produits et services de qualité à des prix compétitifs* » (Avis n° 09-A-46 du 9 septembre 2009 relatif aux effets sur la concurrence du développement de réseaux de soins agréés, paragraphes 69 à 71 et décision de l'Autorité de la concurrence n° 13-D-05 du 26 février 2013 relative à des pratiques mises en œuvre par la société Kalivia dans le secteur de l'optique-lunetterie, paragraphes 161, 170 et 171. Voir également décision n° 16-D-12 du 9 juin 2016 relative à des pratiques mises en œuvre par Carte Blanche Partenaires dans le secteur de l'optique, paragraphe 75).

2. SUR LES CRITÈRES D'ANALYSE DU DÉNIGREMENT

66. L'Autorité est compétente pour qualifier une pratique de dénigrement au regard des règles de concurrence dans le cas où elle résulte notamment d'une entente. Une pratique concertée qui avait pour but de dénigrer un concurrent pour l'évincer du marché a ainsi été réprimée par le Conseil de la concurrence (Décision n° 04-D-75 du 22 décembre 2004 relative à des pratiques mises en œuvre sur le marché des câbles informatiques pour réseaux locaux).
67. Selon une pratique décisionnelle constante de l'Autorité, le dénigrement consiste à jeter publiquement le discrédit sur une personne, un produit ou un service identifié. Il se distingue de la critique dans la mesure où il émane d'un acteur économique qui cherche à bénéficier d'un avantage concurrentiel en pénalisant son compétiteur (Décision n° 09-D-14 du 25 mars 2009 relative à des pratiques mises en œuvre dans le secteur de la fourniture de l'électricité, paragraphe 57, confirmée par un arrêt de la cour d'appel de Paris du 23 mars 2010. Voir également, décisions n° 12-D-19 du 26 septembre 2012 relative à des pratiques dans le secteur du blanchiment et de l'éclaircissement des dents, paragraphe 92 et n° 13-D-21 du 18 décembre 2013 relative à des pratiques mises en œuvre sur le marché français de la buprénorphine haut dosage commercialisée en ville, paragraphe 454, confirmé par un arrêt de la cour d'appel de Paris du 26 mars 2015).
68. Pour apprécier l'existence d'une pratique de dénigrement, l'Autorité s'attache d'abord à vérifier si le discours commercial de son auteur relève de constatations objectives et vérifiables ou s'il procède d'assertions non vérifiées.
69. L'Autorité s'appuie également sur la jurisprudence commerciale en matière de dénigrement (Décision précitée n° 12-D-19, paragraphes 94 et s.). Ainsi, ne constituent pas des pratiques fautives de dénigrement : un discours présenté sous une forme humoristique et caricaturale, de manière modérée et non agressive (cf. décision du tribunal de commerce de Paris, 16ème Ch. 18 novembre 1996 relative à un dénigrement à l'encontre de la société exploitant le tunnel sous la Manche ; cf. arrêt de la cour d'appel de Paris, 1ère Ch. du 14 mars 1995 confirmé par Cass. ass. plén. du 12 juillet 2000, n° 99-19004, relatif au dénigrement d'une marque automobile à l'occasion d'un journal d'information imaginaire) ou encore les propos médiatisés, modérés en la forme, s'analysant en une appréciation critique de la politique commerciale d'un concurrent (arrêt de la cour d'appel de Paris, 4ème Ch., sect. A du 24 novembre 2004). Dans sa décision n° 10-D-32 du 16 novembre 2010 relative à des pratiques mises en œuvre dans le secteur de la télévision payante, l'Autorité a considéré qu'un discours vif, reflet d'une rivalité normale entre entreprises, ne relève pas du dénigrement.

B. ANALYSE DES PRATIQUES DÉNONCÉES PAR LA CNSD

1. LA CONVENTION DE PARTENARIAT ENTRE SANTÉCLAIR ET LES CHIRURGIENS-DENTISTES AFFILIÉS

70. Pour la CNSD, l'accord de volontés entre Santéclair et les chirurgiens-dentistes affiliés serait matérialisé par la convention de partenariat liant la première aux professionnels de santé adhérant à son réseau de soins.
71. L'Autorité relève toutefois que la saisissante n'apporte aucun élément probant permettant de suspecter l'existence d'un quelconque objet ou effet anticoncurrentiel de cet accord.

72. En effet, l'« *accord de partenariat réseau dentaire-praticien* » en cause précise les engagements des parties notamment en termes de qualité de soins, de traçabilité ou de fixation des honoraires mais ne contient pas de disposition tendant à dénigrer les chirurgiens-dentistes non affiliés ni même à valoriser la qualité de membre affilié.
73. Au contraire, le préambule du contrat rappelle que « *dans le cadre du libre choix du praticien par le patient, les bénéficiaires n'ont aucune obligation, du fait de leur qualité d'assurés en complémentaire santé ayant conclu un accord avec Santéclair, de s'adresser aux signataires des accords de partenariat* » (cote 368), en conformité avec la loi n° 2014-57 du 27 janvier 2014 (cf. paragraphe 36 *supra*).
74. L'accord de partenariat précise par ailleurs qu'il « *ne comporte aucune exclusivité, chaque partie reste libre de conclure des accords ou conventions avec d'autres partenaires* » (cote 368) : il ne contient donc pas de disposition de nature à limiter la possibilité pour des réseaux concurrents de pénétrer le marché. Enfin, il comprend un engagement tarifaire du professionnel de santé de « *limiter ses honoraires* » par la mise en place de grilles de tarifs maxima (cotes 371 et 372), ce qui est de nature à favoriser une baisse des prix.
75. Au surplus, l'Autorité relève que le réseau de soins dentaires de Santéclair est ouvert à tous les professionnels de santé souhaitant y adhérer, sans *numerus clausus*.
76. Par conséquent, la CNSD n'apporte aucun élément de nature à démontrer que la convention de partenariat contiendrait des dispositions anticoncurrentielles, et plus particulièrement visant au dénigrement des chirurgiens-dentistes non affiliés.

2. L'ANALYSE DE DEVIS DE SOINS DES ASSURÉS PAR SANTÉCLAIR

77. À titre liminaire, le délit d'exercice illégal de la chirurgie dentaire allégué par la CNSD ne relève pas de la compétence de l'Autorité.
78. Du reste, ainsi que l'Autorité l'a constaté dans son avis n° 09-A-46 sur les réseaux de soins : « *tous les partenariats entre professionnels de santé et OCAM reposent sur la volonté affichée de permettre aux assurés de bénéficier de prestations à coût modéré* » (paragraphe 108) et ce, par le biais d'une « *orientation des assurés de l'OCAM concerné vers les professionnels de santé membres du réseau* » (paragraphe 36). Le service « *Analyse de devis conseil* » de Santéclair correspond à cet objectif.
79. S'agissant du processus d'analyse des devis effectuée par les OCAM, l'Autorité a indiqué dans ce même avis : « *l'Autorité ne peut qu'appeler de ses vœux la mise en place de processus d'évaluation apportant effectivement des garanties d'objectivité, notamment par la prise en compte d'avis de plusieurs praticiens représentatifs de différentes sensibilités ou écoles médicales, mais elle ne saurait faire à cet égard de recommandations précises* » (paragraphe 119).
80. En l'espèce, la saisissante ne fournit aucun élément probant laissant suspecter l'existence d'une concertation entre Santéclair et les chirurgiens-dentistes ayant pour objet de mettre en doute la probité des chirurgiens-dentistes non affiliés quant à la détermination de leurs honoraires et de jeter la suspicion sur leur activité au travers de ce service « *Analyse de devis conseil* ».
81. Tout d'abord, l'Autorité constate que le site Internet de Santéclair indique que le service « *Analyse de devis conseil* » est un service au travers duquel Santéclair apprécie – non pas, ainsi que l'allègue la CNSD, « *l'adéquation des soins aux besoins du patient assuré* » – mais l'adéquation des dépenses de santé aux besoins du patient, en lui proposant, le cas échéant,

des solutions pour diminuer son reste à charge (cf. paragraphe 48 *supra*). Aucun élément du dossier ne permet de considérer que les patients assurés seraient trompés sur le fait que les conseillers de Santéclair auraient effectué une « *analyse médicale de leur cas* ».

82. Ensuite, il ressort des pièces du dossier que Santéclair effectue une analyse des devis communiqués par les patients assurés au regard des prix « *habituellement constatés* » dans leur région. La CNSD n'apporte aucun d'élément probant de nature à démontrer que l'analyse des devis par rapport aux prix constatés du marché, effectuée dans le cadre de ce service « *Analyse de devis conseil* » ne serait pas objective et relèverait d'assertions non vérifiées.
83. Les éléments versés au dossier par la CNSD montrent d'ailleurs que lorsque le patient communique un devis d'un praticien dont les honoraires correspondent à ceux habituellement constatés dans la région, Santéclair en informe le patient et ne l'oriente pas vers un autre praticien (cote 265 : « *nous avons le plaisir de vous annoncer que les honoraires proposés par votre praticien correspondent à ceux habituellement constatés dans votre région pour ce type d'actes* »).
84. S'agissant enfin de l'orientation des assurés vers les membres du réseau de soins Santéclair, l'Autorité relève que l'article 3.4 de la convention de partenariat conclue entre Santéclair et les chirurgiens-dentistes affiliés précise que « *les coordonnées des différents signataires géographiquement les plus proches seront communiquées uniquement à la demande du bénéficiaire [le patient assuré], dans le respect du libre choix de leur praticien et du code de la santé publique et sans que leur nombre ne puisse être inférieur à trois* » (cote 370).
85. Il apparaît donc que les services de Santéclair communiquent aux patients assurés les coordonnées des chirurgiens-dentistes affiliés au réseau de soins s'ils en font la demande, comme en attestent plusieurs pièces du dossier (voir par exemple cote 123), sans que la CNSD n'ait fourni d'éléments sérieux démontrant le contraire.
86. Il résulte de ce qui précède que les allégations de la CNSD sur le caractère anticoncurrentiel du service « *Analyse de devis conseil* » de Santéclair ne sont pas étayées d'éléments suffisamment probants.

3. LA COMMUNICATION DE SANTÉCLAIR

a) Le communiqué de presse de l'Observatoire citoyen des restes à charge en santé

Sur l'absence de cible identifiée

87. Le communiqué de presse de l'Observatoire fait état, de manière générale, de l'importance du reste à charge dans les soins dentaires, résultant de pratiques des chirurgiens-dentistes que l'Observatoire juge critiquables (dépassements d'honoraires, choix thérapeutiques onéreux, etc.).
88. L'Autorité relève que le communiqué vise l'ensemble de la profession des chirurgiens-dentistes : il dénonce des pratiques professionnelles qui peuvent potentiellement concerner un très grand nombre de chirurgiens-dentistes, sans cibler une catégorie de professionnels en particulier.
89. Ni les passages visés par la CNSD dans sa plainte (cf. paragraphe 53 *supra*), ni les autres développements du communiqué de presse ne visent spécifiquement les chirurgiens-dentistes non affiliés à Santéclair. Les informations figurant dans ce communiqué de presse ne permettent d'ailleurs pas non plus d'identifier les chirurgiens-dentistes affiliés au réseau

de soins Santéclair comme adoptant des pratiques différentes de celles dénoncées par l'Observatoire.

Sur l'objectivité du discours

90. En premier lieu, il convient de relever que ce communiqué de presse a été publié par l'Observatoire citoyen des restes à charge en santé. Cet observatoire regroupe – outre Santéclair – le magazine *60 millions de consommateurs* (édité par l'Institut national de la consommation) et le Collectif interassociatif sur la santé, qui rassemble 43 associations de patients et d'usagers du système de santé comme la Ligue nationale contre le Cancer, Aides, Médecins du Monde, etc.) (cotes 364 et 365).
91. Il ne s'agit pas d'un discours émanant de la seule Santéclair, mais de trois partenaires (intervenant dans le champ de la santé et du conseil aux consommateurs) qui se sont rapprochés pour une exploitation commune des données statistiques sur les dépenses de santé en France.
92. L'article 1^{er} de la convention de partenariat précise que les données exploitées dans le cadre des travaux de l'Observatoire sont, en particulier, des données agrégées issues du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (ci-après « SNIIRAM ») (cote 364). De telles données présentent de fortes garanties de fiabilité.
93. À cet égard, la CNSD n'apporte aucun élément probant de nature à mettre en doute la qualité et l'objectivité des travaux de l'Observatoire.
94. En deuxième lieu, l'Autorité constate que le communiqué de presse est transparent sur la source des données utilisées dans son étude, qui sont à la fois publiques (Institut des données de santé et SNIIRAM) et privées (moyennisation de devis reçus par Santéclair des patients assurés).
95. En effet, le communiqué de presse indique en page 2 : « *l'essentiel des chiffres présentés dans ce dossier est issu des données publiques de santé auxquelles a accès le CISS en tant que membre de l'Institut des Données de Santé (IDS), et basé sur l'analyse des données pour l'année 2012. Lorsque des chiffres issus d'autres données sont présentés, ils sont alors accompagnés de leur source* » (cote 126). De même, en page 8 : « *Les chiffres dont nous disposons dans le cadre de notre Observatoire citoyen des restes à charge en santé sont principalement issus de données du SNIIRAM, enregistrées par la Sécurité sociale* » et « *les 177 000 devis analysés par Santéclair apportent quelques éléments d'information complémentaires* » (cote 132) ou encore en page 14 : « *Les chiffres de l'Observatoire proviennent de bases de données anonymisées. Celles-ci sont issues du Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM), auquel a accès le CISS en tant que membre de l'Institut des données de santé (IDS) et qu'il a décidé d'utiliser dans le cadre d'un travail commun* » (cote 138).
96. La CNSD n'est donc pas fondée à soutenir que « *le communiqué est étayé par des chiffres dont l'Observatoire est la source lui-même* ». Elle n'est pas plus fondée à soutenir que ce communiqué « *laisse accroire à la diffusion de données officielles* », les termes du document précisant sans ambiguïté qu'il s'agit d'une analyse effectuée par l'Observatoire sur la base des données privées et publiques de santé auxquelles les partenaires ont accès dans le cadre de leurs activités respectives.
97. Le communiqué de presse ne tente donc aucunement de tromper le lecteur sur l'origine et la valeur des données exploitées par l'Observatoire.

98. D'ailleurs, un article du journal Le Monde daté du 25 novembre 2013 reprenant le contenu de l'étude de l'Observatoire fait clairement apparaître qu'aucune ambiguïté n'était possible sur l'origine des données utilisées puisqu'il indique que l'Observatoire « *a analysé les données de l'assurance maladie et 177 000 devis* » et que cette étude « *a été rendue possible par le Collectif interassociatif sur la santé : il est en effet l'un des rares acteurs à pouvoir accéder aux bases de données anonymisées de l'assurance maladie* » (cotes 328 et 330).
99. Au surplus, contrairement à ce qu'indique la CNSD, rien ne laisse penser dans le communiqué de presse que l'Observatoire serait « *un organisme officiel émanant du ministère de la Santé* », le document indiquant précisément l'identité et les coordonnées des partenaires ayant créé l'Observatoire (cote 125).
100. En troisième lieu, la CNSD n'apporte pas d'éléments sérieux de nature à amener l'Autorité à considérer que les affirmations litigieuses du communiqué de presse constitueraient des assertions non vérifiées, qui auraient été relayées par la presse.
101. Tout d'abord, l'identification précise de ses sources, en particulier d'origine publique, est de nature à en démontrer la fiabilité et l'objectivité. Ensuite, si l'analyse effectuée par l'Observatoire est critique, le propos reste modéré. Enfin, les « *dérives* » dénoncées par l'Observatoire correspondent à une réalité pointée par les pouvoirs publics.
102. Ainsi, s'agissant des pratiques de dépassements d'honoraires pour les soins conservateurs à Paris dénoncées dans le communiqué de presse, celles-ci sont confirmées par la présidente de la CNSD, qui a affirmé à ce sujet : « *cela se sait, ces pratiques sont devenues habituelles à Paris* » (cote 329). La CNSD reconnaît donc elle-même l'existence de dépassements d'honoraires s'agissant des soins conservateurs.
103. S'agissant plus spécifiquement des soins prothétiques, la Cour des comptes relevait dans son rapport de septembre 2010 : « *on note une poursuite de la progression des dépassements sur les soins prothétiques avec un taux de croissance annuel de 3,4 % en 2007, puis 3,8 % en 2008, principalement imputable à la hausse des prix moyens puisque l'activité stagnait en volume (+0,4 %). Pour les soins prothétiques, le poids des dépassements dans les honoraires totaux augmente, passant de 70,7 % en 2006 à 72,2 % en 2008* ».
104. Le même rapport notait à propos des tarifs des prothèses dentaires : « *(...) les honoraires afférents aux soins prothétiques sont très variables. Ils dépendent de la qualité des matériaux (...), et de la difficulté relative de la tâche, mais aussi de la notoriété du chirurgien-dentiste, du quartier où il exerce, du niveau de revenu du patient (d'où des tarifs élevés à Paris, Nice et quelques autres grandes villes) et, fréquemment, du niveau de couverture que lui assure son assurance maladie complémentaire. Il est presque de règle que le praticien s'informe de celle-ci, de sorte que cette couverture complémentaire contribue de facto à tirer les prix à la hausse et bénéficie en bonne part au prestataire de soins* ».
105. De même, dans son rapport de septembre 2016, la Cour des comptes a insisté sur le fait qu'il fallait « *maîtriser impérativement la dérive des coûts des soins prothétiques* ».
106. À l'occasion de son avis n° 12-A-06 du 29 février 2012 relatif aux effets sur la concurrence de l'exclusivité de la vente des prothèses dentaires par les chirurgiens-dentistes, l'Autorité a sur ce point relevé : « *Selon la HCAAM, 'les prix des prothèses s'écartent souvent de manière importante des tarifs de responsabilité'. Le Haut Conseil a montré que pour une dépense moyenne de prothèses dentaires de 970,7 € par patient en 2007, le remboursement moyen était de 20,1 %, avec un dépassement représentant 71,7 % de la dépense moyenne* » et a envisagé, parmi les remèdes proposés, que soient pris des « *engagements en matière de tarification des actes prothétiques* ».

107. S'agissant plus spécifiquement des pratiques de poses injustifiées d'« *inlay-core* », la CNSD n'apporte pas d'éléments permettant de constater que les affirmations du communiqué de presse de l'Observatoire sont erronées.
108. Sur ce point, l'Autorité relève en particulier qu'en 2006, l'assurance maladie avait fixé pour les reconstitutions au fauteuil, un ratio de 86 % (soit 8,6 reconstitutions pratiquées à tarif encadré pour 10 pratiquées à tarif libre). Il était à l'époque de 78 %. En 2012, ce ratio était tombé à 58 % (cote 297). Ces données montrent effectivement une généralisation grandissante de la pose d'« *inlay-core* » à tarif libre, au détriment des prestations de soins à tarif encadré. Elles attestent également de l'échec de la convention de 2006.
109. Dans le même sens, la Cour des comptes a constaté dans son rapport de septembre 2016 que : *« En dépit des engagements conventionnels visant à privilégier, à efficacité comparable, les stratégies thérapeutiques les moins onéreuses, l'inlay-core a supplanté les actes de reconstitution de la dent après que son tarif a été déplaçonné. Alors que la convention prévoyait de porter de 8 en 2006 à 8,8 en 2011 le nombre de reconstitutions dentaires pour 10 inlay-core, leur proportion a au contraire chuté à 5,8 en 2013. En 2015, les reconstitutions de dents ne font même plus partie des dix soins les plus fréquents, tandis que l'inlay-core est devenu le premier des dix actes à tarif non opposable les plus fréquents. »*
110. Les allégations de la CNSD sur le caractère anticoncurrentiel du communiqué de presse de l'Observatoire ne sont donc pas étayées d'éléments suffisamment probants.

b) La communication sur les réseaux sociaux

111. En premier lieu, comme cela ressort des paragraphes 56 et 57 *supra*, les articles de presse dénoncés par la CNSD ont un propos modéré et ne font que reprendre une présentation des faits pointée par les pouvoirs publics notamment.
112. S'agissant plus spécifiquement des caricatures figurant sur le blog et sur la page Facebook de Santéclair, il convient de relever que :
 - aucune cible ne peut être identifiée : aucun élément de ces caricatures ne permet de considérer que celles-ci visent la profession des chirurgiens-dentistes, pas plus que les chirurgiens-dentistes non affiliés au réseau de soins Santéclair. Elles visent tous les professionnels de santé et revêtent un caractère très général ;
 - les caricatures en question sont modérées et ne présentent aucun caractère d'agressivité : elles présentent, sous une forme humoristique, la problématique du coût des soins de santé.
113. La CNSD n'apporte aucun élément de nature à démontrer le caractère excessif de ces caricatures et des articles publiés sur son blog ou sur sa page Facebook.
114. Les allégations de la CNSD sur le caractère anticoncurrentiel de la communication de Santéclair sur les réseaux sociaux ne sont donc pas étayées d'éléments suffisamment probants.

c) La publicité commerciale de Santéclair

115. En premier lieu, le non-respect d'une interdiction prévue par le code de déontologie des chirurgiens-dentistes (qui interdit toute forme de publicité commerciale, directe ou indirecte, cf. paragraphe 6 *supra*) relève de la compétence disciplinaire de l'ordre professionnel des chirurgiens-dentistes.

116. En second lieu, la saisissante n'apporte pas d'éléments de nature à démontrer que la publicité commerciale effectuée par Santéclair serait créatrice d'une quelconque distorsion de concurrence entre les chirurgiens-dentistes.
117. À cet égard, l'Autorité considère, du point de vue du fonctionnement concurrentiel des marchés, que la publicité commerciale, pour autant qu'elle soit loyale, est un facteur d'animation de la concurrence.
118. Or, en l'espèce, la CNSD ne démontre aucunement en quoi la publicité commerciale de Santéclair serait constitutive d'une concertation entre Santéclair et les chirurgiens-dentistes affiliés visant à dénigrer l'activité des chirurgiens-dentistes non affiliés.
119. D'une part, l'Autorité relève que l'annonce « *Le plus Santéclair : un certificat de traçabilité indiquant l'origine de la prothèse* » n'est pas infondée et repose sur des considérations objectives.
120. En effet, ainsi que l'Autorité l'a constaté dans son avis n° 09-A-46, les réseaux de soins « *reposent sur une combinaison d'engagement réciproques des professionnels de santé et des OCAM* », parmi lesquels figure un « *contrôle de la qualité des services rendus aux assurés (gamme de produits et de services offerts, respect de certaines normes et pratiques professionnelles (...))* » (paragraphe 36). Dans ce sens, la convention de partenariat conclue entre Santéclair et les chirurgiens-dentistes affiliés au réseau de soins comporte des engagements que ces derniers se sont engagés à respecter. En particulier, l'article 4.2 de la convention de partenariat impose aux chirurgiens-dentistes affiliés un engagement sur la traçabilité des dispositifs médicaux sur mesure, parmi lesquels figurent les prothèses dentaires (cote 371).
121. D'autre part, l'Autorité constate que l'affirmation « *Le plus Santéclair : les chirurgiens-dentistes du réseau ont une pratique spécialisée en implantologie et disposent de plateaux de haute qualité technique* » est objectivement justifiée. L'article 4.1 de la convention de partenariat comporte en effet un engagement des professionnels de santé sur la qualité des soins (cotes 370 et 371), confirmant les propos de Santéclair dans sa communication commerciale dénoncée par la CNSD.
122. Les allégations de la CNSD sur le caractère anticoncurrentiel de la publicité commerciale de Santéclair ne sont donc pas étayées d'éléments suffisamment probants.

4. À TITRE SUPERFÉTATOIRE, LES EFFETS ALLÉGUÉS CONSISTANT EN UNE PERTE DE CHIFFRE D'AFFAIRES

123. La CNSD indique qu'il est « *difficile* » de « *connaître l'amplitude de la perte en activité et en recettes* » que les pratiques de Santéclair généreraient pour un chirurgien-dentiste non affilié, en proposant néanmoins une estimation s'établissant entre 40 000 et 60 000 euros par an et par praticien.
124. La perte de chiffre d'affaires alléguée – dont les modalités d'estimation ne sont pas explicitées ni étayées de preuves documentaires – n'est que la conséquence d'une mise en concurrence par les prix générée par l'activité des réseaux de soins. Une pratique qui a pour effet de permettre à un patient d'arbitrer entre plusieurs professionnels et plusieurs prix et de conduire *in fine* à une baisse du prix des prestations est selon toute vraisemblance pro-concurrentielle.
125. La CNSD n'apporte donc aucun élément probant laissant suspecter l'existence d'effets anticoncurrentiels des pratiques de Santéclair dans le cadre de son réseau de soins.

III. Conclusion

126. Il résulte de l'ensemble de ce qui précède que 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.

DÉCISION

Article unique : La saisine au fond enregistrée sous le numéro 15/0044F est rejetée.

Délibéré sur le rapport oral de Mme Céline Devienne, rapporteure et l'intervention de M. Éric Cuziat, rapporteur général adjoint, par Mme Claire Favre, présidente de séance.

La secrétaire de séance,
Caroline Chéron

La présidente de séance
Claire Favre