HAL open science

Le marché des garanties supplémentaires santé et de l'organisation de l'accès au bien-être

Marion del Sol, Anne-Sophie Ginon

To cite this version:

Marion del Sol, Anne-Sophie Ginon. Le marché des garanties supplémentaires santé et de l'organisation de l'accès au bien-être. IODE. Plus d'assurance santé pour moins de protection ? Le patient face au marché (dir. P. Batifoulier et M. Del Sol), , pp.185-198, 2022, Collection Amplitude du droit, 978-2-9581843-1-5. hal-03621008

HAL Id: hal-03621008

https://hal.science/hal-03621008

Submitted on 30 Mar 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Chapitre 13. Le marché des garanties supplémentaires santé et de l'organisation de l'accès au bien-être

Marion DEL SOL

Univ Rennes, CNRS,
IODE (Institut de l'Ouest : Droit et Europe) – UMR 6262

Anne-Sophie GINON

Université Côte d'Azur, Groupe de recherche en droit, économie et gestion
(GREDEG – UMR CNRS 7321)

De plus en plus de contrats, souscrits à titre individuel ou à titre collectif, intègrent des garanties santé visant à rembourser des prestations qui ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO). Ces prestations reçoivent diverses appellations : elles peuvent être qualifiées de prestations « de prévention et de bien-être », (sport sur ordonnance, dépenses de pharmacie non remboursées, contraception, médecines douces, médecines alternatives…), ou encore de prestations « d'assistance » et de « services » (livraison de matériels et de produits médicaux à domicile, aide psychologique, sevrage tabagique…), et s'accompagnent bien souvent de services numériques « innovants », de type « plateformes », « chat » ou « visio », qui sont conçus comme des lieux d'écoute, d'accompagnement ou de téléconsultation[1], mais aussi comme des lieux d'assistance[2].

En effet, presque tous les organismes complémentaires d'assurance maladie (ci-après OCAM) proposent désormais à la souscription des garanties supplémentaires, présentées sous la forme de « packs », de « forfaits » et dont les noms font très souvent rêver le consommateur : « forfait baroudeur », « forfait bien-être », « forfait sport sur ordonnance », « forfait méditation », « forfait expatriés » ou encore des modules, tels les modules de « coaching forme ». Ce que l'on peut constater aussi, c'est que ces offres sont en train de « rencontrer leur public ». La souscription de garanties supplémentaires est devenue « un standard dans les appels d'offres, intégré et incontournable », assure le directeur général de l'assureur SPVie. « Avant la réforme des contrats responsables, entre 10 et 15 % des entreprises en étaient équipées. Aujourd'hui, ce chiffre est inversé : seuls 20 % de

1. Et ce phénomène ne se limite pas à la France, il est aujourd'hui mondial. La Compagnie d'assurance chinoise Ping An a récemment installé des « *one minute clinics* » (« cliniques à la minute ») permettant de réaliser un diagnostic médical rapide, puis de se voir fournir la médication adaptée, service qui est actuellement entièrement offert par l'assureur (*L'Argus de l'assurance*, n° 7683, 20 novembre 2020, p. 30-31).

2. Programme Nesting développé par la mutuelle Mieux-être ; les offres de Viasanté, mutuelle du groupe AG2R ; l'offre santé de l'assureur en ligne Alan. Voir aussi l'offre du courtier Wasari ou encore l'offre santé de la mutuelle Mieux-être.

nos clients-entreprises ne proposent pas de surcomplémentaire santé à leurs salariés », constate la directrice Offre et services du département Santé et prévoyance de Mercer. Le 13e baromètre de la prévoyance CTIP-Credoc montre ainsi que sur 100 salariés bénéficiant d'une assurance santé collective en 2019, 40 ont une complémentaire santé obligatoire avec options facultatives, alors qu'ils n'étaient que 24 en 2017 (*L'Argus de l'assurance*, 30 septembre 2020).

Derrière cette diversité, une caractéristique commune transparaît néanmoins : ces prestations vont bien au-delà des dépenses de soins traditionnellement prises en charge par l'AMO. Ce sont toutes des garanties autonomes, dites supplémentaires, qui s'ajoutent aux prestations de base de l'AMO ainsi qu'aux contrats dits responsables proposés par l'AMC (assurance maladie complémentaire). Ces garanties se déploient sur un nouveau marché : le marché de la supplémentaire santé. Elles se matérialisent ainsi toutes par l'exercice d'options que les assurés peuvent souscrire, toujours à titre facultatif, auprès des différents OCAM. L'analyse de ces garanties montre qu'elles participent à la construction de garanties de santé décroisées (au sens de dissociées) par rapport à l'AMO et diffusent une conception renouvelée de la santé entendue comme le bien-être de la personne (1), procédant, à cette fin, à la mise en place d'un système d'organisation et de régulation de l'accès à ces garanties, essentiellement par le biais de plateformes de services (2).

1. La construction de garanties santé inédites sur le marché de l'assurance

Comment expliquer le développement mais aussi le succès de garanties santé inédites et autonomes sur le marché de la santé ? L'hypothèse que nous formulons est celle d'une évolution juridique qui a progressivement légitimé la place des trois familles d'assureurs dans la construction de garanties décroisées par rapport aux prestations standardisées offertes aujourd'hui par l'AMO et l'AMC (1.1). Surtout, ces prestations diffusent une conception renouvelée et plus globalisante de la santé, qui s'entend comme la délivrance de prestations assurant le bien-être de la personne dans l'espoir de répondre à des besoins inédits qui sont insatisfaits par ailleurs (1.2).

1.1. Le développement d'offres qui supplémentent les contrats responsables

Les contrats dits responsables ont été institués en 2004 pour que la couverture complémentaire santé participe aux objectifs de responsabilisation que s'est fixée l'AMO et ne prenne pas en charge les dépassements d'honoraires, les franchises et les forfaits[3]. Mais c'est l'introduction

3. Le contrat solidaire et responsable à contenu standardisé est né pour arrimer AMO et AMC dans la poursuite d'un impératif commun : maîtriser les dépenses socialisées. À partir de là, AMO et AMC ont uni leur destin pour contrecarrer les dépenses dites abusives et les comportements de gaspillage qui peuvent résulter du mécanisme assurantiel de solvabilisation des dépenses de santé.

d'un socle identique de garanties dans ces contrats responsables, comme la création d'un panier « 100 % santé » pour certains types de dépenses (optique, audioprothèse et dentaire), qui a progressivement conduit à la mise en place d'un contenu standard pour l'ensemble des garanties complémentaires des frais de santé. Cette standardisation de la couverture complémentaire responsable n'a pas pour autant appauvri la diversité des offres contractuelles sur le marché des garanties « frais de santé ». Cette multitude d'options nouvelles témoigne en effet de l'existence d'espaces supplémentaires d'exercice par les assurés de leur liberté contractuelle, espaces qui contribuent à la configuration d'un marché nouveau : un marché de la supplémentaire santé (voir chapitre 12). L'originalité de ce marché est qu'il repose sur la construction de diverses « formules », « options », « packs » ou encore « forfaits » qui viennent « supplémenter » l'offre « soclée » (ou de base) des contrats responsables.

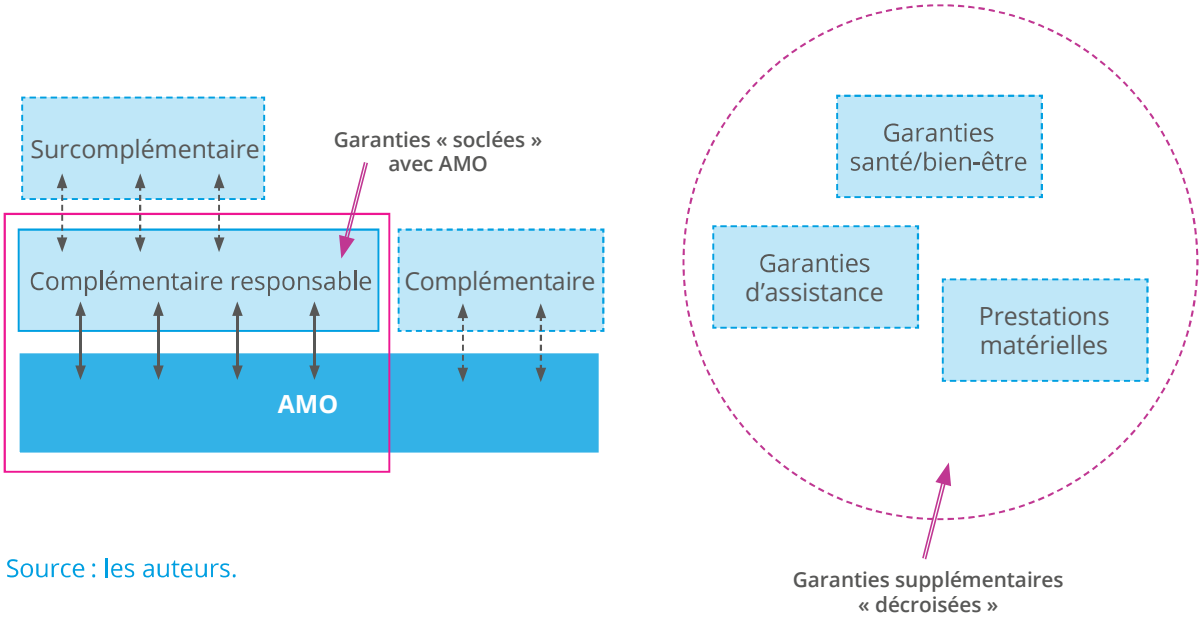
Historiquement, en effet les réformes qui sont intervenues dans le champ de l'AMC se sont toutes illustrées par la volonté marquée et sans cesse renouvelée de définir plus précisément le panier de soins couvert par les contrats d'assurance complémentaire santé. Deux réformes ont constitué un tournant majeur dans la création d'un panier de soins socle à contenu standardisé : c'est d'abord la création de la CMU-C en 1999 qui a donné lieu à la définition complète d'un panier de soins à destination des populations aidées, panier qui a été progressivement étendu par la loi Fillon à tous les dispositifs incitatifs. Puis, c'est la loi portant réforme de l'assurance maladie de 2004 qui a doté les contrats solidaires d'une dimension responsable et a ainsi établi un lien juridique inédit entre incitations (fiscales et sociales) et types de garanties offertes sur le marché de l'assurance. Le législateur a ainsi défini une série d'exclusions de prise en charge (participations forfaitaires, dépassements hors parcours de soins) ainsi qu'une liste précise des prestations à couvrir (forfait journalier hospitalier, ticket modérateur, prestations de prévention).

La création du contrat responsable à contenu standardisé a alors profilé une répartition inédite des rôles entre AMO et AMC. En effet, sur ce marché des contrats responsables, les deux assurances maladie sont parties liées et servent ensemble le même objectif de responsabilisation des assurés face aux déficits publics et aux dépassements d'honoraires. Les contrats prennent la forme de contrats quasi-types, dans lesquels ce sont moins les contenus et les niveaux des garanties qui sont discutés que le rapport entre le coût et les prestations sur lequel les assureurs se livrent une concurrence farouche (Ginon, 2017). Mais, comme les règles relatives aux contrats responsables interviennent sur un marché, le contenu standardisé du contrat responsable est largement dépassable par la volonté des parties qui peuvent créer autant de garanties supplémentaires qu'elles le souhaitent. Le cahier des charges du contrat responsable n'est qu'un socle contractuel type qui n'empêche pas la souscription de garanties supplémentaires.

On pourrait même soutenir l'idée que ce contenu standardisé dont a été doté le contrat responsable constitue aujourd'hui le terreau sur lequel se déploie une nouvelle forme de prévoyance en santé : celle qui consiste à autoriser et à légitimer la souscription facultative d'options, de packs, par lesquels les OCAM expriment leurs différences et leur identité (Ginon, 2014). Ainsi, l'existence d'un socle contractuel standardisé ne doit pas masquer le phénomène, certes récent mais en plein développement, de création de produits d'assurance santé supplémentaires offerts à la souscription facultative. À côté du marché saturé des contrats responsables

se développent désormais des formules santé optionnelles inédites qui viennent supplémenter les contrats de base pour répondre à des besoins en santé non satisfaits et conquérir de nouvelles adhésions. Les contrats d'assurance santé s'enrichissent ici de packs optionnels présentés comme plus adaptés et plus ciblés sur les besoins réels et concrets des assurés. Les OCAM investissent du coup un champ inédit de dépenses et proposent des garanties santé entièrement décroisées (dissociées) par rapport à celles offertes par l'AMO ou par l'AMC responsable. Ces options ouvrent droit à la prise en charge de prestations qui n'ont aucune base de remboursement, ni dans le panier de soins de l'AMO ni dans les cahiers des charges des contrats responsables (voir figure). Pour le dire autrement, ces garanties supplémentaires assurent le financement de dépenses qui ne bénéficient d'aucune reconnaissance réglementaire sur la liste des prestations et des produits remboursables.

Figure : Les espaces de l'AMC



Source : les auteurs.

Légende : Les espaces entourés de pointillés signalent les espaces de liberté des OCAM, c'est-à-dire des espaces non contraints par l'articulation AMO/AMC construite par les contrats responsables couvrir des garanties (articulation matérialisée par le carré).

Surtout, ce marché de la supplémentaire santé porte sur un segment de besoins non satisfaits, renouvelant par là le sens traditionnellement conféré à l'assurance santé, laquelle doit désormais s'entendre aussi comme le service de prestations destinées à la préservation du bien-être des assurés.

1.2. Vers la mise en marché du bien-être ?

On l'a vu, progressivement s'est mis en place un marché de la supplémentaire santé qui est porteur, au moins implicitement en tout cas, d'une nouvelle façon de concevoir la dépense de soin. Cette dernière s'entend en effet moins comme la prestation à dimension curative et à vocation principalement thérapeutique que comme une prestation plus globale à visée préventive, qui s'intéresse désormais à « l'état complet de bien-être » de l'assuré.

Si l'on reprend la liste, même non exhaustive, des options facultatives qui sont proposées sur ce marché, on perçoit que ces garanties, au-delà d'être « décroisées », entendent surtout faire porter les remboursements sur des prestations relatives à l'entretien de la santé des assurés. Les forfaits de « prévention », de « coaching », de « sport sur ordonnance » ou encore « d'automédication », mais aussi de « méditation » ou de « médecines douces » investissent non plus l'aspect curatif de la santé, mais son aspect préventif dans la perspective de fournir un support à l'entretien du « capital santé ». Il s'agit ici d'aider l'individu à entretenir sa santé à tous les moments de sa vie pour prévenir et limiter le développement des pathologies. Les garanties décroisées ne représentent donc pas uniquement des remboursements de dépenses de soins réalisés : les prestations sont délivrées par le biais de plateformes et de services en ligne (voir *supra*), s'inscrivent dans le cadre de programmes qui organisent l'avenir et s'expriment très souvent en la forme d'objectifs qui investissent le quotidien des assurés. On peut citer à titre d'exemples les programmes Vivre dans une maison saine ou encore Linecoaching « pour se réapproprier vos sensations alimentaires et prendre du recul sur vos émotions pour maigrir durablement » proposés par la mutuelle MGC santé et prévoyance. L'accès à ces prestations est organisé à partir de plateformes en ligne qui présentent tous les signes de la modernité (immédiateté, réactivité et facilité d'utilisation). Mais, comme l'entretien de ce capital santé a un coût, les offres d'assurance proposent plutôt des forfaits plafonnés avec un droit de tirage de l'assuré pour un nombre limité de séances ou un niveau de frais déterminé à l'avance.

Ces garanties résonnent fortement avec la définition de la santé qu'avait livrée l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dès 1946[4] puisqu'elles saisissent de façon globale l'état de santé de l'individu. Surtout, elles ne s'adressent pas qu'à l'individu dont le risque maladie s'est réalisé, mais s'intéressent à tous les individus et, tout particulièrement, aux bien-portants. Le marché de la supplémentaire santé est construit pour des assurés volontaires qui souhaitent, par l'exercice d'une option tarifaire, « supplémenter leur santé » en recourant à des prestations améliorant leur bien-être. On assiste ainsi non seulement à un décroisement des garanties, mais également à un détachement du modèle traditionnel médical de type curatif sur lequel s'est construit le panier de soins de l'AMO. Ce sont en effet désormais des dépenses dites de confort, pour réutiliser le vocabulaire de l'AMO, qui sont proposées au remboursement sur ce marché.

4. La santé est définie par l'OMS comme « un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » selon le préambule à la Constitution de l'OMS, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la santé, New York, 19 au 22 juin 1946, signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États (*Actes officiels de l'Organisation mondiale de la santé*, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

Et cette façon de répondre aux besoins non satisfaits des assurés comme le succès rencontré par ces offres sont révélateurs de la place centrale qu'occupent désormais les préoccupations liées au bien-être dans la vie quotidienne. Parce que la santé est désormais conçue comme une ressource pour la vie quotidienne, ces produits diffusent, implicitement au moins, les principes fondamentaux portés par les discours néolibéraux sur la « santéisation » de la société (voir chapitre 22 et encadré).

Encadré : Le concept de « santéisation »

Le terme « santéisation » est une traduction de *healthism*, concept qui a été développé à l'origine par le sociologue Peter Conrad (1992). On parle aujourd'hui de « santéisation » pour désigner la redéfinition des enjeux sociaux et comportementaux en termes de santé (Robert et Frigon, 2006). Cette notion est aussi devenue la norme à observer, le principe à partir duquel les individus doivent se conformer et se transformer : elle se manifeste par une attitude comportementale qui se situe entre deux pôles qui peuvent se définir en termes de pertes et de gains de santé. Vers le pôle négatif se situent les comportements à risques induisant une « perte de santé » et, vers le pôle positif, les comportements sains qui permettent d'acquérir la santé, de faire des « gains de santé » pour ainsi produire un capital-santé (Dinel, 2014).

Comme « les habitudes de vie sont considérées comme les premiers déterminants de la santé » (Poliquin, 2015), chacun est désormais invité à entretenir sa santé pour conserver son capital santé, ainsi qu'à identifier ce qui constitue, dans ses habitudes de vie ou ses « styles de vie », des « attitudes à risque ». Le risque santé est en quelque sorte généralisé de façon à prendre en charge l'ensemble de la population sans discontinuité, sans rupture entre les malades et les non-malades, les bien-portants et les mal-portants (Berlivet, 2001). Assise sur une pensée épidémiologique renouvelée qui associe un facteur et une pathologie en termes de probabilités, cette conception renouvelée de la santé se focalise sur les comportements « à risque » (Golse, 2001). Les habitudes saines de vie sont érigées en objectifs pour sensibiliser et diffuser des conduites et des normes à observer. La santé devient alors un objectif de dépassement, d'augmentation des capacités, un idéal à atteindre (Castel, 1983).

On s'aperçoit alors que le marché de l'assurance santé présente des atouts majeurs pour répondre à cette conception nouvelle de la santé : il s'adresse à des individus bien portants volontaires qui ont des capacités financières (les offres sont optionnelles et payantes) pour servir des besoins d'anticipation de situations ou de comportements « à risque » (pack « baroudeur », « bilans et soins nutritionnels », forfait automédication, etc.), en assurant une prise en charge forfaitaire de prestations mixtes qui se composent à la fois d'aides matérielles et de services. Ainsi et sur le modèle de *l'homo economicus*, l'individu devient l'entrepreneur de son bien-être et pourra trouver sur le marché de la supplémentaire santé, une multitude d'offres de santé « augmentée ».

Par les garanties décroisées qu'ils inscrivent dans leurs offres contractuelles (tout particulièrement les forfaits « bien-être » ou « médecines douces »), les OCAM solvabilisent certaines prestations supplémentaires non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire et, par

ricochet, les professionnels qui les réalisent (par exemple, ostéopathes ou chiropracteurs). Cette solvabilisation de nouvelles prestations, certes relative, confère une légitimité à ces prestataires, que les plateformes de services de santé – auxquelles ont recours les assureurs – vont chercher à formaliser à l'occasion de leur « mise en réseau ». D'une certaine façon, ces plateformes mettent en musique l'accès à ces garanties tout autant qu'elles en encouragent le développement.

2. La régulation par le marché des plateformes de l'accès aux prestataires en bien-être

Les OCAM ont très largement recours à des plateformes de services en santé qui organisent l'accès à certaines garanties (souvent supplémentaires) prévues par leurs contrats d'assurance et aux professionnels qui dispensent les prestations. Selon des modalités et des conditions variables, ces plateformes opèrent une médiation entre la demande de prestation, solvabilisée par le contrat d'assurance, et l'offre. Cette médiation a conduit les plateformes à constituer ce que l'on appelle communément des réseaux de soins (voir chapitre 18). Historiquement, ces réseaux se sont déployés dans trois secteurs – optique, dentaire, audiologie –, c'est-à-dire sur des segments de la couverture pour lesquels la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie complémentaire est majoritaire, voire très largement majoritaire. Il s'agissait principalement de répondre à un enjeu économique central pour les OCAM (maîtrise des dépenses) et pour les assurés (diminution du reste à charge). Pour ce faire ont été institués des partenariats avec les professionnels concernés. Pour l'essentiel, il s'est agi de partenariats médico-économiques comportant des engagements tarifaires et d'autres ayant davantage une dimension qualitative (IGAS, 2017).

De façon complémentaire, ces plateformes ont également créé des « réseaux paramédicaux » (pour reprendre les termes du rapport IGAS, 2017, p. 22) concernant une pluralité de professionnels : diététiciens, ostéopathes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, sophrologues… Pour une large part, ce sont ces professionnels qui sont au cœur du déploiement de certaines garanties décroisées supplémentaires (voir *supra*) auxquelles les plateformes participent. Dans son rapport de 2017, l'IGAS ne s'était pas intéressé à ces réseaux paramédicaux, se contentant d'en faire état et de souligner qu'ils avaient une activité et une attractivité limitées (n° 66, p. 22). Un double mouvement devrait toutefois conduire à un activisme plus fort des plateformes en la matière. Il s'agit, d'une part, de la réforme du 100 % Santé dont on peut faire l'hypothèse qu'elle rend moins pertinents les réseaux de soins dans les domaines de l'optique, du dentaire et de l'audioprothèse (voir chapitre 19) ; il s'agit, d'autre part, du développement des garanties décroisées supplémentaires dans les offres d'assurance.

Pour appréhender ces réseaux paramédicaux et les mécanismes de régulation mobilisés par les plateformes, il convient d'avoir à l'esprit les caractéristiques des prestataires qui en sont au centre. En effet, ces caractéristiques – très différentes de celles concernant les réseaux en optique, dentaire et audiologie – constituent incontestablement une clé de compréhension des régulations. Elles justifient une démarche de légitimation des prestataires par les plateformes (2.1) qui déterminent des marqueurs de confiance (2.2). C'est par ces marqueurs que les plateformes opèrent

à titre principal la mise en réseau. En effet, la régulation tarifaire n'apparaît pas encore nécessaire en raison de la relative modestie actuelle du volume d'activité solvabilisé par les contrats d'assurance.

Pour l'analyse, nous avons retenu les prestataires intervenant dans le champ du bien-être et proposant des prestations au titre de garanties supplémentaires qui sont mis en réseau par les cinq principales plateformes que sont Carte Blanche, Itelis, Kalixia, Santéclair et Sévéane.

Tableau : Principaux réseaux de prestataires de bien-être

Carte blanche	Itelis	Kalixia	Santéclair	Sévéane
• Ostéopathes • Diététiciens • Pédicures-podologues	• Ostéopathes • Chiropracteurs • Psychologues • Diététiciens	• Ostéopathes	• Ostéopathes • Chiropracteurs • Diététiciens	• Ostéopathes • Chiropracteurs

Source : les auteurs.

2.1. Une régulation par la légitimation des prestataires en bien-être

La mise en réseau par les plateformes s'apparente à une sorte de processus de légitimation de certains prestataires censés concourir à développer le bien-être des assurés. En réalité, c'est une légitimation graduée qui peut se déduire des caractéristiques des prestataires concernés par les réseaux « paramédicaux ». En effet, la légitimation peut être considérée comme « faible » pour les prestataires qualifiés de professionnels de santé par le Code de la santé publique, plus précisément par la quatrième partie de ce Code. Il en va ainsi des pédicures-podologues et également des diététiciens qui, parmi les professionnels de santé, relèvent de la catégorie des auxiliaires médicaux[5]. D'une certaine façon, le Code de la santé publique leur reconnaît explicitement une place dans le système de santé[6].

Pour tous les autres prestataires, la légitimation est d'un degré plus élevé puisqu'ils ne sont pas qualifiés de professionnels de santé par le Code de la santé publique (psychologues, ostéopathes, chiropracteurs, sophrologues, naturopathes…). Leur activité les rattache en général à un ensemble très hétérogène dénommé par le ministère de la Santé « pratiques de soins non conventionnelles ». Cette hétérogénéité tient tant aux techniques employées qu'aux fondements

5. Les deux autres catégories sont, d'une part, les professions médicales (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes) et, d'autre part, les professions de la pharmacie et de la physique médicale.

6. À noter que les soins dispensés à des patients diabétiques par des pédicures-podologues peuvent donner lieu à prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit cependant d'un cas isolé de remboursement par la Sécurité sociale.

théoriques sur lesquelles elles s'appuient. Toutefois, pour le ministère de la Santé, « leur point commun est qu'elles ne sont ni reconnues, sur le plan scientifique, par la médecine conventionnelle, ni enseignées au cours de la formation initiale des professionnels de santé » (site Internet). En réalité, en France, le débat est vif entre les tenants de la médecine conventionnelle et les promoteurs des médecines (ou techniques) complémentaires et (surtout) alternatives dont les contours ne sont pas stabilisés (Suissa, 2020). Si l'Ordre des médecins reconnaît quatre médecines alternatives et complémentaires (homéopathie, acupuncture, mésothérapie et ostéopathie), c'est à la condition qu'elles soient pratiquées par des médecins. Cela inscrit la pratique dans la sphère médicale *stricto sensu*.

Pourtant, des textes législatifs et réglementaires encadrent les conditions d'usage professionnel des titres de psychologue, ostéopathe et chiropracteur, professionnels qui doivent être enregistrés auprès d'une agence régionale de santé. Par ailleurs, la Haute Autorité en santé (HAS) fait parfois place à certaines de ces « pratiques de soins non conventionnelles ». Ainsi, dans sa recommandation de bonne pratique de la prise en charge de l'endométriose, la HAS évoque expressément le recours à l'ostéopathie en tant qu'option thérapeutique non médicamenteuse[7]. Elle a également édicté un label concernant l'évaluation du patient atteint de cervicalgie et la prise de décision thérapeutique en chiropraxie.

Cependant, il ne s'agit là que de traces de reconnaissance, qui plus est très partielle, de certaines pratiques de soins non conventionnelles. Soit ces pratiques sont cantonnées à la périphérie du système de santé, soit elles se situent en marge de celui-ci. Alors même que l'OMS reconnaît près de 400 médecines complémentaires, alternatives ou traditionnelles, la France met au cœur de son système sanitaire la médecine conventionnelle qui fait du médecin l'acteur central. Le délit d'exercice illégal de la médecine témoigne de ce choix puisqu'en creux, il reconnaît un monopole au médecin dans la détermination des choix thérapeutiques. Il n'est dès lors pas surprenant que les plateformes se montrent soucieuses de réguler l'accès à certains professionnels, sachant qu'en l'état du droit, elles restent limitées dans leur champ d'intervention puisqu'elles ne peuvent pas contractualiser avec les médecins libéraux.

2.2. Le recours à des marqueurs de confiance largement autodéterminés par les plateformes

La dimension économique des réseaux de soins en optique, dentaire et audiologie est prédominante. Cela conduit les plateformes à recourir à des outils classiques du marché pour les construire. Ainsi, la mise en concurrence des prestataires s'opère principalement sur la base d'une logique prix/volume, les réseaux étant alors souvent « fermés » (limitation du nombre de professionnels partenaires). Mais, en dehors des trois secteurs ci-dessus évoqués, la mise en réseau des prestataires relève pour l'instant d'une tout autre logique. D'une part, le volume d'activité

7. Option « ayant montré une amélioration de la qualité de vie » et pouvant être proposée « en complément de la prise en charge médicale ».

solvabilisée est encore relativement faible et, en tous les cas, sans commune mesure avec les domaines de l'optique, du dentaire et des audioprothèses. D'autre part, la multiplicité et l'hétérogénéité des pratiques et des conditions de leur exercice entourent certaines d'entre elles d'une sorte d'opacité et entretiennent des suspicions à leur égard (CAS, 2012). Dès lors, la mise en réseau par les plateformes se traduit par une régulation à dimension qualitative, la régulation tarifaire présentant pour l'instant un caractère accessoire.

D'une certaine façon, les plateformes créent chacune leur propre système de régulation à dimension qualitative. En l'absence d'échelle de référence officielle, il s'agit d'orienter les assurés vers des prestataires considérés comme dignes de confiance. À cet effet, les plateformes déterminent elles-mêmes des marqueurs de confiance dont la finalité est de légitimer le prestataire vers lequel l'assuré est orienté.

Il est à noter d'emblée que les plateformes font pour l'instant preuve de prudence en ne mettant en réseau que des professionnels de santé identifiés comme tels par le Code de la santé publique (pédicures-podologues et diététiciens) et des praticiens dont l'usage professionnel du titre fait l'objet d'une réglementation (psychologues, ostéopathes et chiropracteurs). En revanche, les plateformes n'orientent pas l'accès vers les autres prestataires (sophrologues, naturopathes, réflexologues, phytothérapeutes, aromathérapeutes…). Toutefois, un assureur (Malakoff Humanis) invite ses assurés à recourir au réseau Medoucine, dont il est partenaire, pour trouver un tel praticien. Ce réseau référence des praticiens dits de médecine douce sur la base de différents critères (formation et/ou diplôme, références professionnelles) mais également d'un engagement déontologique afin que le patient puisse « bénéficier de l'apport des médecines non conventionnelles en toute sécurité » et confiance.

Par la mise en réseau, les plateformes semblent étirer la notion de professionnel de santé et, par ricochet, celle de santé et d'assurance santé. Les marqueurs de confiance en deviennent d'autant plus importants. Ce sont donc les plateformes qui vont fournir aux assurés ces marqueurs. Mêmes s'ils peuvent différer d'une plateforme à l'autre et d'une catégorie de praticiens à l'autre, il est toutefois possible d'en identifier trois sortes.

2.2.1. Les marques de compétence

Pour pouvoir adhérer au réseau et être référencés par celui-ci, les praticiens doivent satisfaire à des critères qui traduisent leur compétence professionnelle. D'une certaine façon, leur qualification ne suffit pas à les légitimer. Ils doivent remplir des conditions visant à donner des gages de leur compétence.

Le premier et principal niveau d'exigence concerne le diplôme et/ou la formation suivie. Ainsi, en ostéopathie, la plateforme Carte blanche ne référence que des praticiens pouvant faire état d'un diplôme d'ostéopathe conforme aux dispositions de l'arrêté du 25 janvier 2011 et enregistré au Répertoire national des certifications professionnelles (RNCP) au niveau 7 (Bac + 5). À la condition de diplôme s'ajoute donc celle de la certification qui constitue le critère principal de sélection. En effet, la formation diplômante a été homogénéisée et les conditions d'agrément des établissements d'enseignement de l'ostéopathie – qui sont exclusivement des établissements privés – ont

été renforcées en 2014. Dès lors, dans le domaine de l'ostéopathie, la certification constitue incontestablement un marqueur de confiance « différenciant » car tous les établissements agréés d'enseignement de l'ostéopathie ne délivrent pas des diplômes bénéficiant de la certification RNCP. Or, celle-ci valide les compétences professionnelles acquises sur la base d'un référentiel définissant les éléments de compétence primordiaux pour la pratique de l'ostéopathie.

Pour les chiropracteurs, la plateforme Santéclair exige le titre de docteur en chiropratique, obtenu après six années d'études dans un établissement agréé par le Council on Chiropratic Education International (CCEI). Là, c'est l'agrément de l'établissement d'enseignement qui est le critère déterminant car l'offre de formation est peu importante sur le territoire national. L'accréditation par le CCEI vise à garantir que l'établissement de formation « produit un diplômé compétent possédant les connaissances, les compétences et les attributs professionnels nécessaires pour exercer la profession » (traduction du site web du CCEI).

S'ajoute parfois un second niveau d'exigence relative à l'expérience professionnelle. Ainsi, certains réseaux référencent des praticiens pouvant justifier de plusieurs années d'exercice (par exemple, cinq ans pour les diététiciens du réseau Santéclair) ou d'un certain volume horaire de pratique clinique.

2.2.2. Les « cautions » professionnelles

Plusieurs plateformes cherchent des appuis institutionnels pour accroître la visibilité mais aussi la légitimité de certains de leurs réseaux. Ainsi, Carte blanche a-t-elle conclu une convention de partenariat avec le Syndicat français des ostéopathes (SFDO), partenariat qu'elle présente comme la garantie d'une ostéopathie de qualité. Même si les adhérents du SFDO restent libres d'intégrer le réseau, cette « caution » est intéressante à plus d'un titre pour la plateforme Carte Blanche. D'une part, elle apporte un gage institutionnel puisque le SFDO est une organisation professionnelle reconnue comme représentative par les pouvoirs publics. D'autre part, elle donne des gages de confiance aux assurés puisque le SFDO a développé une démarche d'autorégulation en se dotant d'un code de déontologie auquel souscrivent les ostéopathes qui adhèrent au syndicat. Carte Blanche a également conclu une convention de partenariat avec la Fédération nationale des podologues (FNP). Pour son réseau de psychologues, la plateforme Itelis a recours à un partenariat avec l'Association française de thérapie comportementale et cognitive (AFTCC) ; elle s'appuie sur l'Association française de diététique et nutrition pour la mise en réseau de diététiciens.

2.2.3. Les « référentiels qualitatifs »

Toutes les plateformes vantent le fait que la mise en réseau permet l'accès à des prestations de qualité. Pour autant, les référentiels qualitatifs sont très peu, voire pas, explicités. Le plus souvent, les plateformes se contentent de préciser que les prestataires référencés se sont engagés à respecter des engagements en termes de qualité des pratiques et de la relation client/patient tels que définis dans une charte (par exemple charte Qualité pour Kalixia ; charte de bonnes pratiques, de qualité et de service pour Itelis). Les chartes ne font toutefois pas l'objet de publicité.

Elles constituent la partie immergée des réseaux et ne sont connues que des praticiens référencés[8]. Certes, les plateformes promettent en général le respect des règles déontologiques et des bonnes pratiques propres à chaque domaine. Cependant, cette promesse est toute relative pour de nombreux domaines en raison de la faible structuration professionnelle mais également du peu de référentiels de bonnes pratiques émanant d'autorités indépendantes telles que la Haute Autorité en santé, concernant les pratiques de soins non conventionnelles.

Dans le cadre des réseaux historiques, la dimension tarifaire est essentielle (voir *supra*). Elle est *a priori* moindre dans ces réseaux complémentaires développés par les plateformes. Pour une large part, cela s'explique par la nature des réseaux institués. Sauf exception[9], il s'agit en effet de réseaux ouverts qui ne fixent pas de *numerus clausus* ; les plateformes ne pouvant s'engager sur une contrepartie en termes de volume d'activité à l'égard des praticiens référencés, elles ne peuvent avoir de fortes exigences tarifaires. Cependant, la dimension prix n'est pas pour autant absente de la plupart des réseaux. Ainsi, pour l'ostéopathie, les praticiens référencés par Itelis s'engagent à pratiquer des tarifs préférentiels inférieurs de 10 % par rapport aux pratiques locales, alors que les réseaux Kalixia et Carte blanche ont recours à une convention de qualité marchande puisque des plafonds tarifaires sont institués, variables le cas échéant selon le département d'exercice. Mais, pour l'heure, le niveau de solvabilisation prévu par les contrats d'assurance santé est sans doute trop limité pour que les plateformes s'engagent plus résolument dans une régulation tarifaire. Qui plus est, une telle démarche supposerait des modalités de suivi ne pouvant se réduire, au regard des enjeux sanitaires, à une mesure de la satisfaction des assurés.

Si l'intégration de prestations supplémentaires dans les contrats d'assurance complémentaire semble relever du champ du bien-être, des questions demeurent néanmoins sur la façon de les légitimer. Les outils mis à la disposition des OCAM – que sont les plateformes ou réseaux de soins – semblent néanmoins être aujourd'hui des outils assez limités pour construire des gages sur la qualité des prestations.

Bibliographie

Berlivet L., 2001, « Déchiffrer la maladie », dans J.-P. Dozon et D. Fassin (dir.), *Critique de la santé publique : une approche anthropologique,* Paris, Éditions Bali, p. 75-102

Castel R., 1983, « De la dangerosité au risque », *Actes de la recherche en sciences sociales,* vol. 47-48, p. 119-127

8. En revanche, le site Medoucine – qui référence des praticiens de médecine douce – s'est doté d'un code de déontologie qu'il présente comme étant aligné sur les principes développés par les codes de déontologie des principaux syndicats et associations de chacune des pratiques de médecine douce. Voir https://www.medoucine.com/code-de-deontologie, consulté le 18 juin 2021.

9. Dans le domaine de l'ostéopathie, Santéclair a opté pour un réseau fermé en limitant le nombre d'ostéopathes référencés par département. Ces derniers bénéficient ainsi d'une clientèle plus captive grâce à l'orientation de la plateforme ; en contrepartie de ce volume escompté d'activité, ils s'engagent à pratiquer des tarifs de 15 à 20 % inférieurs au tarif moyen du département.

Conrad P., 1992, « Medicalization and social Control », *Annual Review of Sociology*, vol. 18, p. 209-232

Conseil d'analyse stratégique, 2012, *Quelle réponse des pouvoirs publics à l'engouement pour les médecines non conventionnelles ?*, note n° 290

Dinel Y., 2014, *Le discours de la santé publique sur la prévention de l'obésité en milieu scolaire au Québec : regard sur un processus de normalisation à la santéisation*, mémoire, Université de Québec

Ginon A.-S., 2017, « Vers un paramétrage économique de l'assurance maladie complémentaire ? », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 3, p. 456-468

Ginon A.-S., 2014, « La déconnexion juridique des paniers de soins. Étude des liens entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 5, p. 831-846

Golse A., 2001, « De la médecine de la maladie à la médecine de la santé », dans P. Artières et E. Da Silva (dir.), *Michel Foucault et la médecine. Lectures et usages*, Paris, Éditions Kimé, p. 271-300

Inspection générale des affaires sociales (IGAS), 2017, *Les réseaux de soins*, rapport n° 2016-107R

Organisation mondiale de la santé (OMS), 1948, *Actes officiels de l'Organisation mondiale de la santé*, n° 2

Poliquin H., 2015, « Analyse critique et dimensionnelle du concept de santéisation », *Aporia*, vol. 7, n° 1, p. 17-29

Robert D. et Frigon S., 2006, « La santé comme mirage des transformations carcérales », *Déviance et sociétés*, n° 3, p. 305-322

Suissa V. *et al.*, 2020, « Médecines complémentaires et alternatives (MCA) : proposition d'une définition et d'une catégorisation de références », *Hegel*, vol. 2, n° 2, p. 131-142