



**HAL**  
open science

## Les nouveaux produits d'assurance à dimension comportementale dans l'entreprise

Romain Juston Morival, Margaux Redon

► **To cite this version:**

Romain Juston Morival, Margaux Redon. Les nouveaux produits d'assurance à dimension comportementale dans l'entreprise. P. Batifoulier et M. Del Sol. Plus d'assurance santé pour moins de protection ? Le patient face au marché, IODE - Institut de l'Ouest, pp.199-209, 2022, Collection Amplitude du droit, 978-2-9581843-1-5. hal-03781580

**HAL Id: hal-03781580**

**<https://hal.science/hal-03781580>**

Submitted on 29 Sep 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 14. Les nouveaux produits d'assurance à dimension comportementale dans l'entreprise

**Romain JUSTON MORIVAL**

Université de Rouen-Normandie, DySoLab (EA 7476) et  
Centre d'études de l'emploi et du travail (CEET)

**Margaux REDON**

Université de Rennes 1, Institut de l'Ouest : Droit et Europe  
(IODE – UMR CNRS 6262)

**Tous les assureurs proposent désormais aux entreprises des produits de prévention en santé à composante comportementale.** Ces produits en plein essor visent à inciter les salariés à un suivi de leur santé plus régulier et à adopter des comportements jugés plus sains. Par exemple, avec le programme Vitality de la compagnie d'assurances Generali, marcher 10 000 pas par jour, arrêter de fumer ou consommer des fruits et légumes bio permet aux 90 000 salariés des entreprises en France ayant souscrit à ce programme d'obtenir des chèques cadeaux chez des entreprises partenaires. On assiste alors à une transformation du logiciel de l'assurance santé qui articule à un objectif de gestion du risque une logique préventive orientée vers la prise en compte et la transformation des comportements individuels, en bref, à gouverner les conduites des salariés en matière de santé. Ce nouveau gouvernement des risques qui se dessine alors associe trois types d'acteurs : les organismes assureurs – qui entendent se positionner sur le marché en plein essor de la prévention comme des partenaires de santé –, l'entreprise, qui n'est plus pensée comme un espace de risques professionnels que le droit a vocation à encadrer, mais comme une institution mise au service de la santé et du bien-être de ses salariés –, et l'État – qui délègue, grâce à la transformation des sources du droit social, une partie de ses missions à ces acteurs privés (Dirringer, 2019).

D'où viennent ces dispositifs d'évaluation assurantielle ouvrant à l'intégration du facteur comportemental en matière d'assurance santé ? Comment ces récents programmes sont-ils mis en œuvre auprès des clients des assureurs qui, en France, sont d'abord les entreprises à travers lesquelles il s'agit d'atteindre les salariés ? Quelles différences entre la France et les États-Unis où ces produits sont bien plus anciens et répandus en raison d'un cadre juridique plus favorable à cette logique comportementale ?

Après avoir caractérisé ces produits à composante comportementale proposés par les assureurs (1), nous dégagerons quelques-uns des enjeux de ce nouveau gouvernement des risques tel qu'il se déploie des deux côtés de l'Atlantique (2).

# 1. De nouveaux produits pour un nouveau logiciel assurantiel?

Cette partie entend caractériser les produits à composante comportementale proposés par les assureurs. Elle présente d'abord les origines de la logique de segmentation des populations en fonction des risques par les assureurs (1.1) avant de montrer comment celle-ci s'articule à l'objectif revendiqué d'œuvrer pour la prévention des risques (1.2).

## 1.1. Moduler les tarifs en fonction du comportement : l'objectif principal des assureurs ?

Les assureurs peuvent dégager des profits en segmentant la population assurée de façon à faire varier les tarifs ou les produits d'assurance selon des caractéristiques des assurés ou de leurs pratiques, c'est-à-dire en regardant l'individu statistique derrière l'individu biographique. Classique dans l'assurance des biens, cette logique de segmentation au comportement est récemment apparue en matière d'assurance des personnes, notamment en lien avec un objectif de différenciation sur le marché de l'assurance santé.

La segmentation des populations en fonction du comportement de l'assuré est de plus en plus présente en matière d'assurance de biens. Pour l'assurance automobile par exemple, il s'agit du principe du « payez *quand* vous roulez », qui indexe le tarif de l'assurance sur la fréquence d'utilisation, voire du « payez *comme* vous roulez » qui, par l'intermédiaire d'un dispositif de surveillance embarqué dans la voiture, sanctionne les mauvaises « conduites » par le biais de tarifs plus élevés ou récompense les « bons » comportements.

Si la segmentation des populations n'est pas chose nouvelle pour les assurances de biens, elle renvoie aujourd'hui à des processus inédits en matière d'assurance de personnes. Le sociologue D. Torny a proposé dès 1995 une analyse de ce qui était alors une situation moins émergente que « socio-fictionnelle ». Son article visait à simuler l'application de l'assurance responsabilité civile automobile à l'assurance santé. Il insiste sur les problèmes soulevés par ce transfert, notamment autour du fait que les caractéristiques de santé d'un individu sont relativement permanentes si on les compare aux pratiques de conduite automobile, ce qui explique alors pourquoi la controverse soulevée par l'assurance comportementale est plus intense en matière de santé qu'en matière de biens. Mais l'apport central de sa réflexion est d'éclairer les possibilités de transformation des comportements de santé et leurs limites en matière notamment de levée du secret médical. Il pointe ainsi la montée de nouveaux enjeux attachés à la responsabilité et à l'imposition d'un devoir de santé qui atteint aujourd'hui un niveau inédit.

Il faut donc s'attacher à décrire ce devoir de santé à travers sa composante morale, à l'instar de D. Bouk qui montre que l'assurance vie s'est imposée aux États-Unis à partir de l'idée selon laquelle le devoir moral du bon père est d'assurer sa famille (2015). Les nouvelles techniques de conception des risques permises par ce que L. McFall nomme la digitalisation de l'assurance (2015) ne se réduisent pas à une politique de fixation des tarifs, car elles offrent aux assureurs

des outils pour influencer les comportements des individus, notamment ceux les plus à risque. Ces techniques demandent donc à être saisies en lien avec les injonctions faites aux acteurs de se surveiller eux-mêmes dans le cadre de politiques préventives qui associent, depuis peu et de manière originale, les assureurs.

Pour comprendre l'émergence actuelle des programmes d'assurance santé intégrant un facteur comportemental, on peut y voir, plutôt qu'une course à la segmentation analogue à celle observée en matière d'assurances de biens, une stratégie de différenciation de l'offre sur un marché où la concurrence par les prix n'est plus opérante. Cette logique de différenciation par le produit plus que par le prix passe par la mise sur le marché de services et de produits innovants, comme ces nouveaux programmes, souvent gratuits, visant à fidéliser une clientèle future.

Un exemple médiatique a récemment été fourni par la formule mise en œuvre par l'assureur Generali en France à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2017. Ce programme, intitulé Vitality, vise à fidéliser les salariés des entreprises adhérentes en leur permettant de bénéficier d'avantages sous forme de bons de réduction chez des partenaires de la compagnie d'assurances (Décathlon, la Fnac et Sephora, Club Med, Look Voyages ou encore Weight Watchers), dès lors que des objectifs sont remplis (par exemple, faire 10 000 pas par jour ou réduire sa consommation de tabac). Cette formule, critiquée par certains comme ouvrant la voie à une assurance au comportement en matière de santé et allant à rebours du principe de solidarité<sup>1</sup>, illustre la transformation de la logique assurantielle. Dans les termes de François Ewald, qui identifie cinq facteurs de changement pour la « société assurantielle » (2009), Vitality semble enclencher le passage entre l'assurance comme « protection seconde » permettant de compenser une perte à un principe d'accès aux biens nécessaires à une vie sociale normale.

Un entretien réalisé en 2018 avec une des personnes chargées de la communication externe chez Generali laisse penser que cette transformation du rôle de l'assureur est assumée, en tant qu'il s'agirait moins de maximiser le profit de court terme en jouant sur les tarifs des assurances, que de diversifier les missions de l'assureur dans l'optique d'une différenciation stratégique de l'offre. On comprend alors la gratuité du programme, qui nécessite néanmoins l'inscription du client, et son suivi scrupuleux. Vitality poursuit alors un objectif de fidélisation à long terme et s'inscrit dans un mouvement général par lequel l'assureur entend devenir un acteur de la prévention et du bien-être.

---

1. Pour la secrétaire nationale de la Confédération française démocratique du travail (CFDT), Jocelyne Cabanal, « cette initiative, inédite en France, met le doigt dans un engrenage dangereux du point de vue de la solidarité et de la mutualisation des risques entre malades et bien-portants », [<http://www.argusdelassurance.com/acteurs/compagnies-ban-assureurs/generali--les-inquietudes-persistent-apres-la-presentations-du-programme.110679>], consulté le 1<sup>er</sup> juin 2021). Dans un communiqué diffusé le 9 septembre 2016, le CISS, collectif d'associations de patients, critique cette initiative basée sur le « système de la récompense ».

## 1.2. Des assureurs santé à la conquête du marché de la prévention ?

Generali n'est pas le seul assureur à proposer un programme orienté vers la prise en compte et la transformation des comportements des assurés en matière de santé. En France, AXA a lancé le produit « Pulsez votre santé » en partenariat avec l'entreprise de bracelets connectés Withings. Malakoff Médéric (devenu Malakoff Humanis) développe depuis 2010 une gamme de services, dont un programme d'*e-coaching* intitulé Vigisanté, également fondé sur le volontariat et la confidentialité des données ainsi recueillies. Elle permet aux entreprises d'établir un diagnostic et d'activer des services adaptés (tableau de bord sur l'absentéisme, programmes de prévention et de dépistage, *e-coaching* santé, accompagnement à la reprise d'un emploi, etc.). Avec la plateforme Lyfe, CNP Assurances engage la même stratégie à destination des entreprises et des assurés incités à participer activement à la prise en charge des questions de santé.

Cette arrivée massive des programmes à dimension comportementale témoigne d'une transformation de l'assurance santé. Si celle-ci pourrait affaiblir le principe de mutualisation du risque, elle signale également la velléité des assureurs de se développer à travers le marché de la prévention pour capter une nouvelle clientèle et espérer à long terme une baisse des prestations versées. En effet, toutes ces offres sont d'abord destinées aux entreprises et à leurs salariés. La logique préventive se décline alors dans les termes récents de la « qualité de vie au travail » (QVT), voire du « bien-être en entreprise ».

Pour éclairer pleinement les enjeux qu'il soulève, ce nouveau logiciel assurantiel doit être replacé dans un cadre plus large à l'intérieur duquel interviennent des professionnels divers. Le monde de l'entreprise s'avère être un terrain potentiellement utile pour rendre compte de ces transformations des assurances, dans la mesure où les produits assurantiels identifiés jusqu'à présent sont d'abord tournés vers les entreprises pour atteindre, à travers elles, les salariés sur la base d'une souscription volontaire d'une option attachée à la couverture collective d'entreprise. En effet, la formule française Vitality cible pour le moment uniquement les entreprises. Pour Yanick Philippon (en charge du segment assurances collectives de la clientèle des entreprises chez Generali), « les entreprises ont un objectif de rétention de leur personnel et de réduction de l'absentéisme avec des gens en forme<sup>2</sup> », l'objectif auquel cette formule d'assurance prétend concourir.

L'obligation légale d'engager des négociations sur la « qualité de vie au travail » (QVT) au niveau des entreprises constitue donc un effet d'aubaine pour les assureurs qui proposent aux entreprises des programmes de santé et de bien-être. En septembre 2017, le programme Vitality est accessible dans près d'un millier d'entreprises et touche potentiellement 90 000 salariés à cette date. Le lien avec les enjeux attachés à la QVT est saillant si l'on se penche sur la façon

2. [<http://www.latribune.fr/entreprises-finance/banques-finance/assurance/generali-retorque-a-touraine-l-assureur-n-a-pas-acces-aux-donnees-medicales-585127.html>], consulté le 1<sup>er</sup> juin 2021.

par laquelle Generali propose son service aux entreprises en mettant la dimension médicale en sourdine au profit d'une insistance sur les questions de bien-être.

## 2. Derrière ces nouveaux produits, un nouveau gouvernement des risques ?

Ces produits soulèvent des enjeux pluriels au carrefour de trois dimensions. Tout d'abord, l'approche comportementale de la santé qu'ils charrient tend à rendre invisibles les conditions de travail en tant que facteur de risque professionnel (2.1). De plus, cette approche engendrée par ces nouveaux produits, qui se développent à travers des moyens numériques (objets connectés et plateformes d'e-santé, voir encadré), nous interroge sur leur portée en matière de surveillance des espaces de travail (2.2). Enfin, le droit existant ouvre des perspectives contrastées à l'assurance à dimension comportementale (2.3).

### 2.1. La comportementalisation de la santé, vecteur d'invisibilisation des conditions de travail comme facteur de risque professionnel

Cet horizon comportemental pour l'assurance soulève l'enjeu de l'invisibilisation des conditions de travail comme facteur de risque professionnel. À travers ces nouveaux agencements, comme le recours aux montres connectées par exemple, rend-on visibles des problèmes de santé qui passaient jusqu'alors inaperçus ou, à l'inverse, ces produits, parce qu'ils opèrent à travers la focalisation sur les comportements de santé individuels, participent-ils à invisibiliser les risques associés aux conditions collectives de travail ?

La deuxième branche de l'alternative demande à être prise au sérieux. Anne-Sophie Ginon souligne à juste titre que l'objet de la prestation proposée dans le cadre d'un programme comportemental consiste non pas à assurer un risque comme lorsqu'un assuré conclut un contrat d'assurance santé, mais à faire advenir de nouveaux comportements individuels en santé. En contrepartie, le salarié obtiendra des points qu'il pourra ensuite convertir en différentes récompenses commerciales qu'il choisira parmi une liste d'offres de biens et de services prédéterminés. Elle insiste sur le « poids juridique [donné] aux comportements individuels à risque(s) en santé » par ces programmes. Les récompenses octroyées par exemple par l'assureur Generali dans le cadre du programme Vitality sont « complètement déconnectées du monde de la protection sociale et du travail. Elles n'ont pas vocation à améliorer les conditions de travail, ni même à distribuer des prestations supplémentaires d'assurance » (Ginon, 2017).

Ce type de programme pourrait faire reculer la place de la médecine du travail. En effet, les médecins du travail pourraient être écartés de ces dispositifs car ceux-ci, grâce à de nouveaux modes de recueil standardisés de données de santé, captent les états cliniques (Juston Morival, Ginon et Del Sol, 2019). Ainsi, dans le mécanisme de l'assurance santé comportementale, l'accent étant mis sur la modification du comportement de l'assuré salarié comme un facteur essentiel

qui influencerait de manière importante sur sa santé, cela contribue à davantage occulter, et donc à invisibiliser, les autres facteurs de risques comme les conditions de travail.

Au croisement de l'évaluation des facteurs de risques assurantiels et de la production des données médicales, une multitude d'acteurs interviennent, depuis la conception de ces nouveaux dispositifs jusqu'à leur mise en œuvre concrète. On peut analyser ces deux processus de digitalisation et de « comportementalisation » de l'assurance de façon dynamique et rendre compte de la façon dont ils se nouent autour de dispositifs de captage et d'analyse des données de santé. Ces derniers renvoient aux supports, applications et plateformes proposant aux usagers un suivi de santé personnalisé. La mesure et l'appréhension de ces états cliniques semblent alors passer par d'autres modes de recueil de données de santé dont une conséquence pourrait être d'évincer les médecins de ces dispositifs. Ces changements participent d'un changement plus profond qui marque toute la médecine, qui passerait d'un art de guérir à une science de la mesure et d'une logique thérapeutique à une logique préventive. Ils affectent par suite toute l'assurance, comme le note François Ewald pour qui, « autant le XX<sup>e</sup> siècle aura été le siècle de l'assurance, autant le XXI<sup>e</sup> sera celui de la prévention » (2009).

Discuter de la portée ou des effets de ces produits invite à envisager le renouvellement de la surveillance médicale des travailleurs ainsi que ses effets sur le système des relations professionnelles. Derrière le développement dans l'entreprise d'outils assurantiels, il faut alors questionner les effets en termes de tri des individus à travers la conversion des inégalités sociales de santé en inégalités sociales d'autre nature, les « mauvais assurés » pouvant se retrouver stigmatisés comme des personnes ne se prenant pas en main (Batifoulier, 2018 ; sur ce principe de justice actuarielle, voir McFall, 2015, p. 37-38).

### **Encadré : Questions induites par le recours aux outils numériques dans l'assurance à dimension comportementale**

Dans l'assurance à dimension comportementale, les outils numériques, comme les objets connectés ou les plateformes d'e-santé sont centraux. L'enjeu se pose en matière de données de santé produites dans et par le déploiement des objets connectés et des dispositifs d'e-santé par lesquels ces produits se développent (nature juridique, fiabilité...). En effet, les assureurs ont un intérêt de principe à la collecte et au traitement des données dans une logique de « mise en profil » des assurés. Or, les possibilités de collecte et de traitement vont dépendre de la qualification juridique exacte de ces données (données personnelles, données de santé).

Assurément, les données collectées par ces objets connectés relèvent de la catégorie très générale des données personnelles car le Règlement général sur la protection des données (RGPD) a retenu une définition large de ces données. Les traitements effectués par les tiers sur ces données sont libres, sous la réserve qu'ils soient à tout moment en mesure de démontrer qu'ils se conforment à certains principes cardinaux, en cas de contrôles des autorités de protection des données européennes (logique de responsabilisation). Les données collectées par ces objets connectés pourraient également entrer dans la catégorie des données de santé, catégorie spécifique de données sensibles soumise à un régime juridique particulier et strict, qui pose un principe d'interdiction de traitement

des données de santé assorti de dérogations restreintes. Le RGPD a retenu une définition élargie des données de santé, en son article 4.15 : les « données concernant la santé [sont des] données à caractère personnel relatives à la santé physique ou mentale d'une personne physique, y compris la prestation de services de soins de santé, qui révèlent des informations sur l'état de santé de cette personne ». Les assurances ne pouvant pas constituer des bases de données de santé ou tarifier en fonction de celles-ci, les données de bien-être échappent pour le moment à cette réglementation. Il faudra alors porter le regard sur la frontière mouvante entre ces deux types de données, en rendant compte notamment des discussions à son propos et des évolutions qu'elle connaît. Par exemple, des sociétés fabriquant des objets connectés produisant des données de bien-être comme Withings et Apple se mettent à fabriquer des objets connectés de plus en plus sophistiqués générant des données de plus en plus fiables et sécurisées, quasiment assimilables à des données de santé (électrocardiogramme détectant l'arythmie cardiaque, tensiomètre détectant l'hypertension, etc.). Concernant le caractère sensible des données recueillies dans le cadre de ces programmes, les assureurs font déjà preuve d'une certaine inventivité. Dans l'état actuel du droit, les données de santé produites par ces nouvelles formules ne sont pas accessibles aux assureurs. Pour respecter la loi, Generali a créé la filiale Generali Vitality GmbH, chargée de stocker les données récoltées auprès des salariés qui souscrivent au programme et d'en assurer la confidentialité. De même, la plateforme Lyfe, proposée récemment par CNP Assurances, est une filiale du groupe qui relève du droit du commerce et qui est à ce titre inscrite à l'Organisme pour le registre des intermédiaires en assurances (ORIAS), de sorte qu'elle ne peut ni construire ni vendre de l'assurance.

Un autre enjeu réside dans les usages et traitements dont ces données peuvent ou pourraient faire l'objet. La question se pose quant aux conditions de mise sur le marché des objets connectés de *quantified self* (mesure de soi) et de ceux liés à la protection de la vie privée des utilisateurs. En fonction de l'usage que l'individu fait de l'objet connecté, le droit impose des standards de qualité différents en termes de sécurité et de fiabilité. L'imposition de tels standards par le droit s'explique en raison de la possibilité que ces données soient utilisées à des fins de profilage – notamment en matière d'assurance santé – mais aussi parce que les données pourraient à terme être prises en compte dans la relation patient-médecin (Redon, 2020).

## **2.2. La portée de ces produits en matière de surveillance des espaces de travail**

En France, l'employeur est tenu au respect d'une obligation de sécurité et de santé au travail pour tous ses salariés en vertu du droit du travail. Il a en conséquence un fort intérêt à une diminution du risque en santé de ses salariés, donc à insister sur la prévention. Cette obligation de sécurité tend à se transformer en une obligation de prévention des risques professionnels, sous l'impulsion en 2015 de la chambre sociale de la Cour de cassation. Cette évolution est révélatrice de la place importante de la prévention au sein du lieu de travail. Cette obligation de prévention des risques professionnels pesant sur l'employeur, les liens entre l'usage des objets connectés et les modalités de prise en charge ou de remboursement en assurance santé collective posent alors en arrière-plan la question de la responsabilisation – voire de la responsabilité – de l'assuré salarié, et notamment celle de l'assuré salarié qui n'aurait pas eu un comportement « vertueux »



alors qu'il dispose d'outils de *self-quantification*. Le RGPD prescrit cependant l'obligation pour l'employeur de garantir la sécurité et la confidentialité des données personnelles collectées concernant les salariés. Et le droit français du travail pose une interdiction des discriminations à raison de l'état de santé de la part de l'employeur à l'égard des salariés.

En matière de surveillance des espaces de travail, on peut également citer l'hypothèse formulée par K. Ball (2010) qui constate que la surveillance des performances individuelles (qui supplante celle des unités de production) correspond parfois aux attentes des salariés, favorisant par là des formes d'autocontrôle. Une hypothèse concurrente, toutefois, consiste à avancer que ces formes d'autocontrôle résultent d'une restructuration des relations de pouvoirs consécutive au nouveau découpage des risques et des responsabilités. Ainsi, à la manière dont l'État s'appuie de plus en plus sur les mécanismes de marchés pour orienter les comportements des populations (Dubuisson-Quellier, 2016), les entreprises peuvent, à partir de ces programmes assurantiels, exercer des formes de gouvernement des conduites individuelles par l'intérêt.

### **2.3. Les perspectives contrastées de l'assurance à dimension comportementale selon le droit existant**

Pour une part, les perspectives de développement de l'assurance santé à dimension comportementale dépendent de l'encadrement juridique de l'activité d'assurance, mais également des règles gouvernant les données personnelles et de santé. La comparaison avec d'autres pays montre que les relations des assureurs aux données de santé sont différemment réglées. Concernant le programme *Vitality*, on constate des variations dans la forme du programme qui, en Allemagne par exemple, est proposé directement aux personnes assurées, alors qu'il est, en France, adressé aux entreprises. L'assurance comportementale est très développée en Allemagne alors qu'en France, la réglementation est plus contraignante. En France et aux États-Unis, ce type d'assurance à dimension comportementale peut se développer. Cependant, l'intérêt des assureurs n'est pas le même car ils ne peuvent pas tirer les mêmes conséquences des comportements adoptés (ou non) dans leurs relations avec l'assuré (en ce qui concerne un effet possible ou non sur l'évolution du tarif, sur la prise en charge des soins en cas de problème de santé). La réglementation américaine permet à l'assureur, voire à l'employeur, de faire produire des effets à des comportements adoptés par leurs assurés. Plus fondamentalement, la comparaison avec les États-Unis est justifiée par le fait que ce pays a d'ores et déjà institutionnalisé ces questions de santé publique avec une forte judiciarisation en la matière.

Dans ce pays, ces nouveaux produits d'assurance à dimension comportementale s'inscrivent majoritairement dans des programmes de prévention (*wellness programs*) proposés par les assureurs privés auprès desquels les employeurs souscrivent une couverture au bénéfice de leurs salariés. La réglementation fédérale américaine est très favorable à l'utilisation de ces programmes de bien-être, mais pose problème quant aux droits des salariés assurés. La question de la liberté d'adhésion à ces programmes de prévention se pose car il existe des pénalités financières en cas de non-participation au *wellness program* souscrit par l'employeur. Quant à la tarification de la prime d'assurance, la réglementation autorise les programmes de bien-être à

moduler le montant de cette prime, en *bonus* ou en *malus*, en fonction de l'état de santé expertisé de l'individu, par l'analyse notamment de son comportement. Les salariés sont en conséquence pénalisés par ce système s'ils ne veulent pas adhérer à ces programmes notamment parce qu'ils refusent de faire l'objet d'un profilage. Certes, des réglementations fédérales antidiscriminatoires ont été adoptées à partir des années 1990 pour lutter contre l'un des dangers suscités par le fonctionnement de ces programmes de bien-être qu'est la discrimination, en interdisant notamment la possibilité pour les employeurs de demander des informations médicales aux salariés et d'en tirer des conséquences défavorables pour eux. Mais ces réglementations fédérales permettant aux employeurs de recueillir des informations d'ordre médical ne s'appliquent pas dans le cadre de programmes de bien-être<sup>3</sup> (Redon, 2019). Ainsi, ces programmes de bien-être emportent plusieurs conséquences pour le salarié : obligation d'adhérer pour ne pas avoir à subir de pénalités financières et obligation d'adopter un comportement considéré comme vertueux en santé pour ne pas avoir à payer un montant plus élevé de prime d'assurance.

Les *wellness programs* qui recourent aux objets connectés constituent, dans les relations entre l'assureur, l'employeur et le salarié, une menace pour la vie privée par la masse de données collectées et l'insuffisance de la réglementation quant à la circulation de l'information. En effet, les données obtenues *via* les applications peuvent être commercialisées à des fins diverses et au profit de différents destinataires, dont les employeurs et les assureurs. Car, aux États-Unis, les entreprises peuvent acheter, auprès de *data brokers* (des courtiers en données utilisant massivement les possibilités offertes par le *big data*), des listes d'individus affectés d'une maladie ou d'une pathologie particulière. Une question se pose alors : comment s'assurer que l'employeur n'utilise pas ces données à des fins défavorables aux salariés ? En effet, les données anonymisées peuvent être aisément ré-identifiées grâce au croisement des données. Le *big data* peut notamment être utilisé pour pratiquer des discriminations (en anglais, pratique du *redlining*). Un assureur en santé pourrait ainsi refuser la couverture ou augmenter ses prix si les résultats des programmes de bien-être ne sont pas bons. Dans le cadre de la relation de travail, certains salariés craignent que les employeurs se tournent vers les données de productivité pour justifier des augmentations, des promotions et des embauches (Zabawa et Eickhoff-Shemek, 2017). L'encadrement du profilage et de la dispersion des données est alors nécessaire pour lutter contre ces dangers qui peuvent emporter la discrimination des individus au premier rang desquels se trouvent les salariés assurés.

En France, l'accès à l'assurance santé collective est principalement réglementé par une loi du 31 décembre 1989, dite loi Évin, dont les dispositions sont d'ordre public. Cette loi prévoit notamment des protections contre les risques potentiels de discrimination à raison de l'état de santé.

---

3. Il s'agit de l'*Americans with Disabilities Act (ADA)* de 1990, du *Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)* adopté en 1996, du *Genetic Information Nondiscrimination Act (GINA)* adopté en 2008 et de l'*Affordable Care Act (ACA)* de 2010. L'ACA interdit toute discrimination fondée sur l'état de santé des assurés. Elle prévoit notamment la suppression des exclusions pour antécédents médicaux dans les assurances individuelles et de groupe ainsi que l'interdiction de moduler les primes d'assurance en fonction de ces antécédents. Mais, une fois encore, une exception a été instituée qui vise les situations d'adhésion à un programme de bien-être.

En effet, il est permis aux assureurs de collecter des informations sur l'état de santé des salariés bénéficiaires d'un contrat collectif souscrit par leur employeur. Toutefois, une protection légale est accordée à l'assuré qui souhaite adhérer à un tel contrat puisqu'une interdiction est faite aux assureurs de sélectionner individuellement les assurés, notamment ceux présentant un mauvais état de santé. En conséquence, l'assureur devra soit assurer tous les assurés collectivement, soit refuser de les assurer. Au niveau de la tarification du contrat d'assurance, les assureurs santé proposant des contrats collectifs ne peuvent pratiquer qu'une tarification collective : l'assureur n'a pas le droit de moduler à la hausse la prime d'assurance d'un des salariés du groupe en fonction du changement de son état de santé (Del Sol, 2020). La législation en France est ainsi très protectrice des assurés laissant ainsi peu de marge de manœuvre aux assureurs qui souhaiteraient davantage sélectionner et tarifier les contrats collectifs d'assurance de manière plus individuelle pour être au plus près de la réalité.

Ces produits révèlent la tension entre une logique de prévention des problèmes de santé et une logique de prédiction des risques. Au-delà de l'objet empirique analysé ici, les questionnements examinés ouvrent sur des enjeux plus larges. En effet, on peut questionner le fait que ces programmes participent d'un changement plus profond de la médecine, qui passerait « d'un art de guérir à une science de la mesure » et d'une logique thérapeutique à une logique préventive et prédictive. De plus, ce sujet invite à analyser le processus de privatisation de la protection sociale comme la convergence des modèles en la matière entre les États-Unis et les pays d'Europe. L'émergence massive mais récente de nouveaux produits dans le secteur de l'assurance ouvre donc sur des questions fondamentales relatives aux relations entre individu et société que l'on peut examiner à travers les mutations de la société assurantielle tendue entre une logique de prise en charge des malades et une logique de responsabilisation vis-à-vis de leur état de santé.

## Bibliographie

BALL K., 2010, « Workplace surveillance: an overview », *Labor History*, vol. 51, n° 1, p. 87-106

BATIFOULIER P., 2019, « Développer le marché de l'assurance pour le "bien" du patient : les dangers d'un paternalisme marchand », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 5, p. 819-828

BOUK D., 2015, *How Our Days Became Numbered: Risk and the rise of the statistical individual*, Chicago et Londres, University of Chicago Press

DEL SOL M., 2020, « La réglementation française de l'assurance santé à l'épreuve des objets connectés et des pratiques de profilage », dans A. BENSAMOUN, M. BOIZARD et S. TURGIS (dir.), *Le profilage en ligne :*

*entre libéralisme et régulation*, Paris, Mare & Martin, p. 163-182

DIRINGER J., 2019, « L'entreprise, nouvel espace d'élaboration des politiques de santé au travail », *Droit social*, n° 11, p. 900-906

DUBUISSON-QUELLIER S. (dir.), 2016, *Gouverner les conduites*, Paris, Presses de Sciences Po

EWALD F., 2009, « La société assurantielle et son avenir », *Le débat*, vol. 157, n° 5, p. 88-96

GINON A.-S., 2017, « Assurance santé comportementale » : de quoi parle-t-on ? », *Revue des contrats*, n° 2, p. 321-325

JUSTON MORIVAL R., GINON A.-S., DEL SOL M., 2019, « Réflexions sur les offres à dimension préventive développées par les organismes d'assurance en santé », *Droit social*, n° 11, p. 921-927

McFALL L., 2015, « Is digital disruption the end of health insurance? Some thoughts on the devising of risk », *Economic Sociology\_the European Electronic Newsletter*, vol. 17, n° 1, p. 32-44

REDON M., 2020, « Les incertitudes juridiques entourant les données issues des objets connectés en santé », dans A. BENSAMOUN, M. BOIZARD et S. TURGIS

(dir.), *Le profilage en ligne : entre libéralisme et régulation*, Paris, Mare & Martin, p. 55-74

REDON M., 2019, « Les enjeux juridiques des programmes de bien-être en assurance santé collective aux États-Unis », *Droit social*, n° 11, p. 928-933

TORNY D., 1995, « "Mon corps est-il une bagnole?" Socio-fiction assurantielle », *Revue française des affaires sociales*, vol. 49, n° 4, p. 67-78

ZABAWA B. et EICKHOFF-SHEMEK J., 2017, *Rule the Rules of Workplace Wellness Programs*, Chicago, ABA Book Publishing