

Les assureurs privés au service d'un meilleur accès à certains biens de santé ?

Renaud GAY¹

Les réseaux de soins initiés par des organismes complémentaires d'assurance maladie correspondent à des dispositifs de contractualisation avec des professionnels de santé qui visent à réguler le prix de certains actes et équipements peu couverts par la Sécurité sociale et à réduire le reste à charge des assurés. L'article analyse leur formation et leur développement depuis la fin des années 1990 en s'intéressant au système de relations entre organisations dans lequel leur production s'inscrit. De cette manière, il rend compte de l'hétérogénéité des formats et des pratiques associés à ces dispositifs, des contestations dont ils font l'objet et de leur partielle démonétisation à la fin des années 2010 sous l'effet d'interventions étatiques recodifiant les règles d'échange de certains biens de santé. L'article donne ainsi à voir plusieurs modalités d'investissement des opérateurs privés d'assurance dans la réalisation d'un objectif civique d'amélioration de l'accès aux soins des individus.

Lorsque la Sécurité sociale est créée en 1945, le choix est fait de ne pas rembourser intégralement les dépenses de santé des assurés sociaux. Ces derniers doivent s'acquitter d'une part des dépenses, en apparence réduite, qui est censée encourager un recours responsable aux soins et peut, non sans contradiction, être couverte par leur assurance complémentaire facultative. Sous l'effet de plusieurs décisions et non-décisions depuis les années 1970 (mesures de maîtrise des dépenses, accumulation de dispositifs de conventionnement, etc.), ces « restes à charge » ont tendance à s'étendre et à se diversifier (*Revue de droit sanitaire et social*, 2017 ; Tabuteau, 2010). Pour certains biens, le financement de l'assurance maladie devient insignifiant,

1. Chercheur postdoctoral, UMR Arènes – EHESP, associé à l'Ires.

au point d'apparaître pour certains comme une anomalie politique tant cela contredit le principe d'égalité d'accès aux soins au fondement de la protection sociale en France. L'article s'intéresse aux interventions privées et publiques qui, depuis les années 2000, visent à réduire les restes à charge des assurés pour certains de ces biens très mal remboursés comme les équipements optiques, les prothèses dentaires et les aides auditives.

Ces interventions se rapportent en particulier à la mise en place et au développement de plateformes de conventionnement, appelées plus couramment réseaux de soins, qui sont initiées par des organismes complémentaires d'assurance maladie (Ocam), aussi qualifiés d'assureurs privés dans le reste du texte. Il s'agit de dispositifs de contractualisation avec des professionnels de santé (opticiens, audioprothésistes, chirurgiens-dentistes pour l'essentiel) qui s'engagent sur le prix, les propriétés et le règlement par tiers payant d'actes et d'équipements et vers lesquels les assurés sont incités à se diriger, parfois par le biais de remboursements majorés. Ainsi, les réseaux de soins sont en général analysés comme un outil de différenciation et de maîtrise des dépenses pour les Ocam dont le contenu des contrats est de plus en plus paramétré par les autorités publiques (Ginon, 2017 ; Kerleau, 2009). Ces réseaux de soins sont aussi vus comme un facteur de rapprochement des différents types d'opérateurs de l'assurance maladie complémentaire (AMC) : mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurance. Si leurs modèles économiques (non lucratif ou commercial) et de gouvernance (électif, actionnarial, etc.) sont historiquement différenciés, tous s'investissent dans des activités de contractualisation, avec le soutien de l'État (Ginon, 2015 ; Mougeot, Naegelen, 2018). En somme, les réseaux de soins des Ocam participeraient des dynamiques de marchandisation de l'AMC qui se traduisent dans une mise en concurrence et une homogénéisation de ses opérateurs depuis les années 1990 (Benoît, Coron, 2018).

Cette lecture suggère un développement irrésistible et uniforme des dispositifs de contractualisation que notre approche, au croisement de la sociologie économique et de l'analyse de l'action publique, souhaite interroger. Celle-ci appréhende les réseaux de soins comme un ensemble de règles dont la production et l'évolution sont réinscrites dans un système de relations entre organisations (administrations publiques, Ocam, syndicats professionnels, etc.). Ces règles organisent les échanges d'une série de biens de santé couverts majoritairement par l'AMC. Elles spécifient les produits concernés par l'échange et arrêtent les modalités de fixation de leur prix et de leur remboursement. L'article analyse la façon dont le contenu de ces règles est façonné par les propriétés des organisations (publiques, assurantielles, professionnelles) et par les relations sociales entre celles-ci (Granovetter, McGuire, 1998). La démarche donne ainsi à voir des rapports de tension et de coalition entre des groupes d'acteurs en interdépendance

dont on interroge l'évolution. On questionne alors la contribution de l'évolution de ces rapports à la reproduction ou à la redéfinition des règles d'échange codifiés par les réseaux de soins (Dubuisson-Quellier, François, 2011). Notre questionnement porte plus généralement sur les différentes manières dont les assureurs privés sont amenés à investir un objectif qui est traditionnellement associé à l'assurance publique, à savoir la réduction du reste à charge et l'amélioration de l'accès aux soins des individus.

L'article identifie trois séquences historiques de production et de redéfinition des règles de l'échange associées aux réseaux de soins des Ocam. La première partie montre comment la couverture de l'assurance maladie des dépenses optiques, dentaires et auditives se rétracte et ouvre un espace de régulation aux assureurs santé privés à la fin des années 1990 (I). Ceux-ci développent au cours des années 2000 des réseaux de soins dont la deuxième partie met en évidence l'hétérogénéité et la fragile coalition de soutien (II). Cette situation facilite la remise en cause de ces règles de l'échange à la fin des années 2010 par des acteurs politico-administratifs qui élaborent une codification alternative de ces règles à travers la réforme dite du « 100 % santé » redéfinissant les liens entre assureurs privés, assurance maladie et professionnels de santé (III).

Encadré 1

Sources et méthodologie

On s'appuie sur une enquête qualitative qui combine trois sources permettant de reconstituer la genèse des règles d'échange associées aux réseaux de soins et l'évolution dans le temps de leur codification. Trente entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de cadres d'assurance santé privée (dirigeants de réseaux de soins, d'organisations représentatives des Ocam), d'acteurs politico-administratifs (parlementaire et conseiller politique, cadres des administrations centrales de la Santé et de l'Économie) et de responsables associatifs (représentants de patients et de consommateurs). Ce matériau sert à comprendre la perception par ces acteurs des règles d'échange, leur fondement normatif et le travail stratégique que leur production suscite. Ces données sont complétées par une revue de presse généraliste et spécialisée (*L'Argus de l'assurance*, *La Tribune de l'assurance*) concernant les réseaux de soins des assureurs privés et les épisodes réformateurs qui les affectent plus ou moins directement (loi « Le Roux » de 2014, réforme du « 100 % santé » de 2018). Non seulement cette source écrite rend compte de la réception des règles par les différents groupes d'acteurs, en particulier les professionnels de santé, mais elle permet aussi de retracer l'évolution de la définition du problème public du financement des soins optiques, dentaires et auditifs. Celle-ci est en outre appréhendée par l'étude d'une littérature grise de nature administrative et privée (rapports publics, travaux de *think tanks*) qui formalise des diagnostics sur le financement de ces soins peu couverts par l'assurance maladie, ainsi que des solutions d'action publique et/ou privée.

I. Les défaillances de l'assurance publique, espace d'action pour les assureurs privés depuis 1945

Une partie des « dispositifs médicaux », selon le vocable administratif, bénéficie d'une couverture financière résiduelle par l'assurance maladie, comme les lunettes, les audioprothèses ou encore les prothèses dentaires. Cette situation tient aux effets conjugués des règles de remboursement, d'enjeux professionnels et de stratégies des assureurs privés qui nourrissent une « dérive » des tarifs de ces soins de plus en plus couverts par l'AMC (I.1). Cette dérive place ainsi les Ocam dans une situation d'incertitude qui les conduit à mettre en place, par imitation d'autres opérateurs d'assurance, des dispositifs de régulation de prix (I.2).

I.1. La dérive des tarifs des équipements optiques, dentaires et auditifs

La création de la Sécurité sociale en 1945 s'accompagne de la définition d'un ensemble composite de règles de remboursement des produits et prestations de santé qui sont censées organiser une couverture universelle des dépenses de soins. Elles renvoient en premier lieu aux « tarifs conventionnels » négociés par les caisses d'assurance maladie et les représentants de certains professionnels de santé pour la rémunération de leurs actes et le remboursement aux assurés des frais avancés. Si ces tarifs sont opposables aux professionnels concernés ², ce n'est pas le cas des « tarifs de responsabilité » qui s'appliquent à plusieurs équipements comme les montures, les verres optiques, les prothèses dentaires et les aides auditives. Les tarifs de ces équipements peuvent être négociés ou arrêtés par voie réglementaire dans le cadre de la « nomenclature générale des actes professionnels » ou du « tarif interministériel des prestations sanitaires », devenu la « liste des produits et prestations remboursables » en 2000, qui sont fixés par le ministère de la Santé depuis la fin des années 1940 et répertorient les actes et les produits non médicamenteux admis au remboursement par la Sécurité sociale. Les tarifs de responsabilité servent de base au calcul de la part financée par l'assurance maladie, sans qu'ils ne soient nécessairement connectés aux prix réels des produits, comme le rappelle le député gaulliste Jacques Delong au ministre des Affaires sociales en 1968 : « Un malaise apparaît parmi les assurés au sujet de la différence entre le prix réel des verres optiques et le remboursement effectif par les caisses de sécurité sociale. À titre d'exemple, un assuré social a payé récemment des verres optiques 176,10 francs (sans monture) et n'a obtenu que 44,72 francs de

2. Le principe d'opposabilité accepte cependant des exceptions de plus en plus nombreuses, à commencer par la reconnaissance d'un « secteur 2 » à honoraires médicaux libres par la convention médicale de 1980.

remboursement ³ ». L'écart entre les prix des équipements optiques, dentaires et auditifs et leurs tarifs de responsabilité s'amplifie même avec le temps du fait que ces derniers sont rarement révisés. Le cas des montures de lunettes est emblématique. Son tarif est modifié à seulement quelques reprises depuis les années 1950, passant de 13 francs en 1963 à 18,65 francs en 1999 (équivalents à 2,59 francs constants de 1963) ⁴.

La déconnexion des tarifs des équipements de leurs prix réels est d'autant plus forte que plusieurs dynamiques, sans lien direct avec les règles de remboursement, contribuent au renchérissement de ces derniers. Ces dynamiques sont d'abord professionnelles. Elles concernent la démographie et/ou la rémunération de professions de santé contrôlant la distribution de ces équipements mal remboursés par la Sécurité sociale sur lesquels les réseaux de soins des Ocam vont se concentrer. Du côté des chirurgiens-dentistes, dont l'exercice est presque exclusivement libéral, la rémunération des « soins conservateurs » (détartrage, dévitalisation, etc.) est modérée par des tarifs opposables rarement révisés qui sont compensés par des prix élevés appliqués aux actes prothétiques. Ceux-ci représentent 58 % des honoraires moyens des chirurgiens-dentistes en 2008 et sont rémunérés à plus de 72 % par des dépassements sur leurs tarifs de responsabilité (Bellamy, Badara Mbaye, 2013). Ce sont moins les modalités de rémunération des audioprothésistes, salariés pour près des deux tiers en 2015, que la croissance limitée de leurs effectifs qui affecterait le prix des aides auditives. Celui-ci répercuterait des niveaux de salaire élevés découlant d'un déficit de professionnels lié à la faiblesse des capacités universitaires de formation ⁵. La situation est différente pour les opticiens-lunetiers dont le nombre ne cesse de croître en l'absence de mécanisme de régulation démographique (+242 % entre 1999 et 2015). Si cette tendance encourage au cours des années 2000 une modération des prix des équipements optiques, elle se traduit aussi par une diminution du nombre de ventes par professionnel qui est compensée par la réalisation d'importantes marges commerciales (Trevien, 2015).

Les effets de ces dynamiques professionnelles sur les prix de vente des équipements sont accentués par les stratégies des Ocam qui agissent dans un environnement de plus en plus concurrentiel à partir des années 1980 avec la percée d'institutions de prévoyance et de compagnies d'assurance au détriment des sociétés mutualistes dominant jusqu'alors le secteur de l'AMC (Domin, 2021). Ces opérateurs cherchent à se différencier par le

3. « Débats parlementaires de l'Assemblée nationale. Questions remises à la présidence de l'Assemblée nationale », *Journal officiel de la République française*, n° 2, 13 janvier 1968, p. 88, <https://archives.assemblee-nationale.fr/3/qst/3-qst-1968-01-13.pdf>.

4. Arrêté du 4 janvier 1963 portant modification du tarif des articles d'optique ; arrêté du 29 décembre 1999 modifiant le titre II du tarif interministériel des prestations sanitaires et relatif aux lunettes et lentilles de contact, <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000397629>.

5. « Le marché de l'aide auditive à l'horizon 2016 », Xerfi, 2014, <https://vimeo.com/123461908>.

relèvement de leurs garanties qui solvabilise et stimule le renchérissement du prix des équipements, comme le résume un dirigeant de la Mutualité française, en responsabilité depuis le milieu des années 1990 : « La complémentaire santé a ceci de spécifique que la concurrence se fait par l'augmentation des remboursements et non pas par la maîtrise des remboursements. (...) Les mutuelles considèrent qu'elles parviennent à attirer les clients parce qu'elles remboursent bien les chambres particulières, sans se rendre compte que tout ça fait monter les tarifs et on arrive au problème, aujourd'hui, de l'optique notamment où les prix d'optique ont explosé en France, parce que les complémentaires ont fait cette course au remboursement de l'optique ⁶. » Ce mode de différenciation par le niveau des garanties est d'ailleurs reconnu au début des années 2000 par des experts liés à l'administration sanitaire qui s'attachent à classer les contrats d'assurance en fonction de leur niveau de couverture de certaines prestations (prothèse dentaire, monture et verres, etc.) et dont les réflexions irriguent par la suite plusieurs rapports publics sur la protection maladie ⁷. En plus de certifier ce mode de différenciation, les autorités publiques l'entretiennent par leur absence d'intervention jusqu'aux années 2010 sur le niveau des garanties en matière optique, dentaire et auditive et par la réduction de la participation de la Sécurité sociale au financement de ces soins (encadré 2).

En somme, l'écart entre le prix et le tarif des équipements s'inscrit dans des relations d'interdépendance relativement équilibrées entre professionnels de santé et Ocam qui sont peu affectées par les interventions des autorités publiques et nourrissent une « dérive institutionnelle » des tarifs (Mahoney, Thelen, 2010). Celle-ci signifie que les règles de remboursement restent plutôt stables dans le temps mais qu'une série de changements contextuels (démographie des professions de santé, évolutions de leur rémunération, concurrence entre assureurs privés) modifie leur impact sans que cela ne suscite un ajustement de l'action publique. Ainsi, cette dérive des règles entraîne une baisse du financement par la Sécurité sociale des soins auditifs, dentaires et optiques qui devient résiduel et donne lieu à d'importants restes à charge pour les assurés sociaux. À la fin des années 2000, sa contribution financière est évaluée par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) à environ 4 % en optique, 14 %

6. Entretien de l'auteur avec un conseiller du président de la Fédération nationale de la mutualité française, 9 janvier 2019.

7. Ce travail de classement des contrats en fonction de leur niveau de remboursement pour certaines prestations est initié par des économistes et statisticiens du Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé (Credes), devenu l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes) en 2004, dans le cadre de l'enquête biannuelle « santé et protection sociale » menée depuis 1988. Leurs conclusions se retrouvent dans le premier rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie en 2004, avant que la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère de la Santé ne systématise ces opérations de classement dans le cadre de son enquête annuelle auprès des opérateurs de l'AMC réalisée depuis 2002.

Encadré 2

Tarif de responsabilité, ticket modérateur et déremboursement des soins

Le plus souvent inférieur au prix des produits et prestations, le tarif de responsabilité n'est en outre pas entièrement payé par l'assurance maladie. Le tarif est soumis à un « ticket modérateur » désignant la part des dépenses laissée à la charge des assurés sociaux qui peut cependant être financée par l'AMC. Mieux, le mécanisme du ticket modérateur, présent dès 1945 et alors fixé à 20 % des tarifs, est un moyen de garantir un espace d'action aux sociétés mutualistes qui jouent un rôle central dans la couverture des dépenses de santé depuis le XIX^e siècle mais se trouvent écartées du nouveau dispositif d'assurances sociales (Gibaud, 2008). À partir des années 1960, le paramétrage du ticket modérateur est modifié par les gouvernements successifs dans le cadre des politiques de maîtrise des dépenses de santé. Cette action concerne les équipements optiques et auditifs dont le ticket modérateur passe à 30 % en 1967, 35 % en 1993 puis 40 % en 2011. Pour les prothèses dentaires (couronnes, bridges, dentiers), ce dernier est resté stable à 30 % depuis 1967 mais aucun remboursement public n'est accordé aux implants dentaires, technologie apparue dans les années 1990 et rémunérée sur la base de « tarifs libres ».

pour les audioprothèses et 18 % pour les prothèses dentaires (HCAAM, 2008:76, 2013:109)⁸.

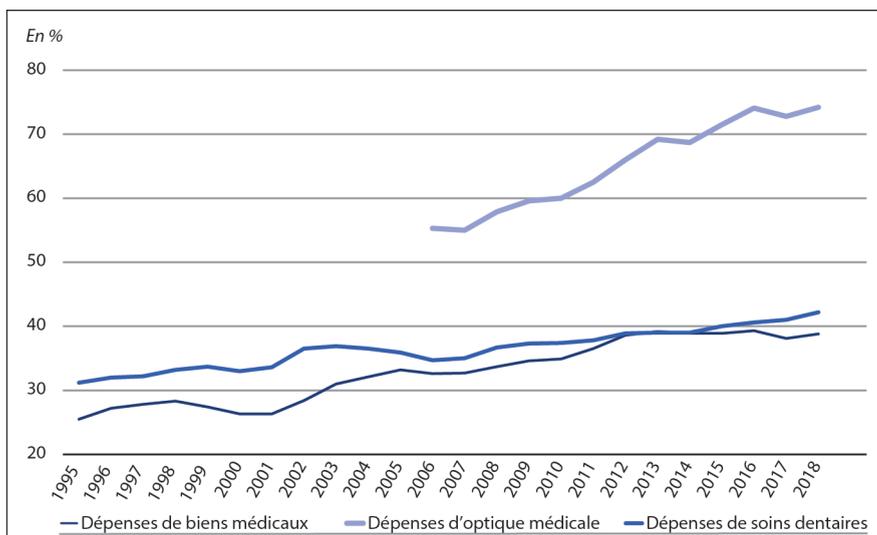
1.2. La mise en place par imitation de dispositifs privés de régulation

La dérive des tarifs de certains dispositifs médicaux a deux conséquences pour les Ocam. Premièrement, ces dispositifs sont de plus en plus financés par l'AMC et représentent donc une part croissante des dépenses des assureurs privés. D'après les comptes de la santé, leur contribution financière aux soins dentaires (conservateurs et prothétiques) passe de 33 à 42 % et aux biens médicaux (optique, prothèses, etc.) de 26 à 39 % entre 2000 et 2018 (graphique 1). La part de ces deux postes dans les dépenses des Ocam s'élève ainsi à 32,5 % en 2010, contre 24,7 % en 2000 (HCAAM, 2013:91). Deuxièmement, cette dérive institutionnelle affecte l'attractivité des contrats des assureurs santé privés dont le prix peut augmenter et/ou les garanties laisser d'importants restes à charge à leurs assurés, en dépit de leur relèvement. En effet, malgré les remboursements de la Sécurité sociale et de l'AMC, les ménages financent directement 40 % des dépenses de prothèses dentaires et 44 % des dépenses optiques en 2006 (HCAAM, 2008:76). Cette situation

8. Les statistiques publiques ne permettent pas de reconstituer sur une période longue la structure de financement de ces dépenses. La part de l'assurance maladie serait cependant relativement stable dans les années 2000-2010 si l'on s'en tient aux données présentées dans les rapports du HCAAM.

pose des difficultés commerciales aux Ocam, comme nous l'évoque un cadre de la Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN) : « En 2006, en gros, enfin justement ce qui remontait du conseil d'administration, là, dans les commissions d'administrateurs : l'insatisfaction des adhérents – mais au même titre que toutes les complémentaires, là, il n'y a pas de spécificité MGEN – sur les remboursements au titre de l'optique. (...) Et donc l'optique, la MGEN avait beau remettre quelques millions au pot tous les deux ou trois ans, en fait quand on regardait la “satisfaction adhérent”, on va dire, c'était toujours pareil ⁹. » En résumé, la dérive des tarifs de certains dispositifs médicaux pose des problèmes à la fois financiers et commerciaux aux assureurs privés qui sont sans certitude sur les actions à entreprendre. C'est alors par imitation d'autres opérateurs d'assurance santé que certains cadres d'Ocam mettent en place dès la fin des années 1990 des dispositifs de régulation des dépenses qu'ils perçoivent comme efficaces (DiMaggio, Powell, 1983). Les sources d'inspiration ne sont toutefois pas, au départ, identiques entre mutuelles et compagnies d'assurance dont les opérations d'imitation sont en grande partie structurées par leurs systèmes respectifs de normes et de valeurs.

Graphique 1. Part des assurances privées dans le financement des dépenses de biens médicaux, d'optique médicale et de soins dentaires (1995-2018)



Note : les dépenses d'optique médicale sont une composante des dépenses de biens médicaux et ne peuvent être isolées qu'à partir de 2006.

Source : <http://www.ecosante.fr/> et <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/> (Drees, comptes de la santé).

9. Entretien de l'auteur avec un responsable projet à la direction du développement de la MGEN de 2005 à 2017, 27 mars 2019.

Ce qui fait référence du côté des mutualistes, c'est la démarche conventionnelle de la Sécurité sociale qui négocie avec les organisations médicales le montant opposable des tarifs de leurs actes. Ce travail d'imitation est porté par des valeurs et des pratiques que les sociétés mutualistes partagent avec l'assurance maladie, en particulier celles de fonctionnaires comme la MGEN. Dans l'univers mutualiste, les mutuelles de fonctionnaires se distinguent en effet par leur adhésion précoce aux principes de la Sécurité sociale qui heurtent les catégories historiques de pensée mutualiste comme la prévoyance volontaire, la neutralité politique et l'entraide locale (Gibaud, 2008). Elles sont en outre pleinement intégrées au fonctionnement de l'assurance maladie à la suite de la « loi Morice » de 1947 qui les autorise à recevoir une délégation de gestion du régime général des agents de l'État. C'est notamment le cas de la MGEN dont les cadres acquièrent alors une expérience de gestion du régime obligatoire les prédisposant à ouvrir des négociations avec des organisations professionnelles pour les soins couverts en tant qu'assureur complémentaire, comme l'explique l'un de ses cadres : « Comme la MGEN est gestionnaire du RO [régime obligatoire] déjà, elle est présente dans pas mal d'instances locales ou nationales, donc, je veux dire, les relations avec les PS [professionnels de santé], c'était un peu... alors natif, c'est pas natif, mais de par son activité professionnelle, elle avait déjà... Elle n'était pas étrangère, voilà, à siéger dans des instances avec les professionnels de santé ¹⁰. » La logique conventionnelle innervait ainsi le « protocole dentaire » de la MGEN dont la démarche diffère des conventions entre mutuelles et opticiens apparues au niveau local à partir des années 1980 dans le but d'instaurer des procédures de tiers-payant et de remise de prix. Conclu en 1996, le protocole est négocié avec les représentants de la Confédération nationale des syndicats dentaires et reste ouvert à tous les chirurgiens-dentistes sans sélection. Élargi en 1999 aux mutuelles constitutives de la Mutualité fonction publique, il fixe des plafonds d'honoraires à un ensemble d'actes prothétiques, pour lesquels leurs adhérents sont mieux remboursés.

La démarche conventionnelle de la Sécurité sociale, adoptée par les mutuelles, est à l'inverse examinée avec défiance dans le monde des sociétés d'assurance où le principe de neutralité actuarielle, qui correspond à l'équivalence entre la prime de l'assuré et ses prestations obtenue par l'estimation statistique des risques encourus, l'emporte et restreint les mécanismes de solidarité. Ce sont des dispositifs de *managed care* développés par des assurances privées aux États-Unis à partir des années 1970 qui inspirent quelques cadres de compagnies d'assurance comme les Assurances générales de France (AGF) et la Caisse nationale de prévoyance (CNP).

10. Entretien de l'auteur avec un responsable projet à la direction du développement de la MGEN de 2005 à 2017, 27 mars 2019.

Le *managed care* désigne un ensemble hétérogène de techniques qui visent à maîtriser les dépenses de santé en agissant sur l'utilisation et le contenu des soins (Pierru, 2007:48-65 ; Hacker, Marmor, 1999). Il peut prendre la forme de contrats d'assurance fondés sur des réseaux de soins qui reconfigurent selon une logique concurrentielle les rapports des assureurs aux professionnels de santé, ceux-là abandonnant leur statut de « payeur aveugle » pour devenir des « acheteurs de soin avisés ». Sur la base de critères économiques et de qualité, les assureurs sélectionnent les professionnels vers

Encadré 3

Les voyages transatlantiques des pionniers des réseaux assurantiers

La circulation du *managed care* se donne concrètement à voir dans des voyages transatlantiques entrepris par quelques cadres de l'assurance à l'origine des premiers réseaux, dont leur figure de proue médiatique, Marianne Binst. Celle-ci se familiarise avec le système de santé étasunien lors de la préparation de sa thèse de sociologie soutenue en 1988 et consacrée à une comparaison de services cardiologiques aux États-Unis, en France et en Suisse, au cours de laquelle elle étudie une année à la Harvard School of Public Health. Elle participe ensuite à la création, au sein du cabinet de conseil français Bossard Consultants, d'un département santé où elle travaille jusqu'à son embauche en 1998 par les AGF. Elle y crée alors une première structure inspirée du *managed care* et appelée « Santé Conseil Service » dont l'activité initiale est limitée à l'analyse de devis optiques pour les assurés, avant de s'engager dans une contractualisation avec des professionnels de santé au début des années 2000 puis d'être à l'origine du réseau Santéclair. Elle est rejointe par Michel Charton, médecin réanimateur féru d'innovations gestionnaires et futur président du réseau d'Axa, Itelis, dans les années 2010. Recruté par Bossard en 1991, il y a approfondi sa connaissance du *managed care* à l'occasion de missions à l'étranger. Avant de rallier les AGF, Michel Charton intègre la CNP en 1996 où il travaille à la mise en place de « Carrés bleus », service d'analyse de devis dentaires et optiques initié par Claire Bodin, par ailleurs à l'origine au début des années 2000 des premiers réseaux dentaires et optiques de Groupama. L'inspiration américaine du service Carrés bleus est encore plus immédiate dans ce cas puisque ce service est construit en référence aux Preferred Provider Organizations (PPO) qu'une équipe de la CNP découvre lors de voyages d'études aux États-Unis auprès de grandes compagnies d'assurance au milieu des années 1990. Les PPO sont des contrats d'assurance adossés à un réseau de soins qui incitent leurs adhérents à consulter les professionnels affiliés grâce à des remboursements majorés. Ils sont moins contraignants que les Health Maintenance Organizations (HMO) dans lesquels les professionnels peuvent être salariés et qui encadrent les parcours de soins des assurés et les privent de tout remboursement pour des consultations hors du réseau (apRoberts, dans ce numéro).

lesquels leurs assurés sont dirigés et dont les pratiques sont encadrées par le biais de mécanismes plus ou moins contraignants (rémunération aux résultats, guides de bonnes pratiques, etc.). Après une première tentative avortée d'importation dans les années 1980 sous l'égide d'acteurs scientifiques, administratifs et politiques en vue d'une refonte complète de la couverture des dépenses de santé (Benamouzig, 2005:389-423), les réseaux étasuniens suscitent l'intérêt de techniciens de l'assurance alors qu'au même moment des mouvements consuméristes et médicaux mettent en cause outre-Atlantique leurs effets sur l'accès aux soins et leur qualité (Pierru, 2007:66-72). Mais l'imitation des dispositifs de *managed care* repose moins sur une efficacité attestée que sur la croyance partagée par ces acteurs assurantiels dans l'inefficacité économique de l'assurance maladie publique, les coûteux comportements stratégiques des professionnels de santé et les vertus régulatrices de la concurrence. Ce sont cependant uniquement les principes et objectifs du *managed care* qui sont importés (encadré 3), le cadre institutionnel français du financement des soins empêchant une fidèle reproduction des contrats d'assurance proposés aux États-Unis où les compagnies offrent une couverture primaire et pas seulement complémentaire (Gay, Sauviat, dans ce numéro).

II. À l'initiative d'assurances privées, le développement de réseaux de soins fragiles et composites au cours des années 2000

Durant les années 2000, le travail des Ocam de production de règles encadrant les échanges de ces biens de santé mal remboursés par la Sécurité sociale gagne en ampleur et en sophistication avec la mise en place de réseaux de soins de grande envergure (tableau 1). Ceux-ci peuvent prendre appui sur les premiers dispositifs de contractualisation et d'analyse de devis et restent traversés par l'opposition originelle entre les modèles conventionnel et concurrentiel. Plus précisément, ces références se combinent à des clivages organisationnels propres au secteur de l'AMC, favorisant une diversification des réseaux de soins dans leur format et leur fonctionnement (II.1). Leur essor se heurte toutefois aux mobilisations contestataires d'assurés et de professionnels de santé ; en réaction à celles-ci, des acteurs publics et privés disparates apportent un soutien à ces dispositifs (II.2).

II.1. Une hétérogénéité des réseaux de soins aux causes organisationnelles

Ce qui entretient tout d'abord une diversification des formes de réseaux, c'est l'inexistence d'instances d'échange et de coordination entre les différents types d'opérateurs de l'AMC jusqu'à la création en 2004 d'une Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie

Tableau 1. Présentation des principaux réseaux de soins des assurances privées en 2018

	Carte blanche	Itelis	Santclair	Optistya/ Audistya	Kalivia	Sévéane
Date de création	2001 *	2009**	2003	2008	2010	2010
Promoteur originel	Swiss Life et Henner	Axa	Allianz (AGF) et Maaf	MGEN	Union Harmonie mutuelles et Malakoff Médéric	Groupama et Pro BTP
Type d'opérateur	Sociétés d'assurance	Société d'assurance	Sociétés d'assurance	Mutuelle	Mutuelle et institution de prévoyance	Société d'assurance et institution de prévoyance
Assurés affiliés (en millions)***	7	10	10	5	12	6
Forme des réseaux	Ouverts (optique, audio, dentaire, etc.)	Ouverts (audio, dentaire, etc.) et fermé (optique)	Ouverts (audio, dentaire, etc.) et fermé (optique)	Ouverts (optique, audio)	Ouverts (optique, audio, dentaire)	Ouverts (audio, dentaire) et fermé (optique)

* Carte blanche est le nom donné à Domical, service interne au groupe Henner créé à la fin des années 1990 pour la gestion du tiers payant avec des professionnels de santé affiliés et cédé à Swiss Life en 1999.

** Itelis est à l'origine une société spécialisée dans l'écoute médicale et psychologique créée en 2001 par le groupe des Mutuelles mieux-être qui noue un partenariat en 2005 avec Axa, celle-ci étendant alors son contrôle sur l'activité de ses filiales comme Itelis en 2009.

*** D'après les données de Xerfi (2018:96) pour 2016-2017.

(Unocam) qui reste cependant peu investie par les assureurs santé. Celle-ci regroupe de plus anciennes organisations représentatives comme la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) et la Fédération française de l'assurance (FFA), fondées respectivement en 1902 et 1937, qui peinent aussi à se constituer en espaces de définition et de stabilisation de pratiques communes. Instance représentative mais aussi productrice de services à destination des mutuelles (Gibaud, 2003), la FNMF initie au cours des années 2000 plusieurs dispositifs de contractualisation et de conseil qui font écho à certains principes du *managed care* dont plusieurs nouveaux conseillers auprès de la présidence fédérale sont familiers. C'est le cas du projet « Priorité santé mutualiste » lancé en 2006 qui constitue un service téléphonique d'orientation des adhérents des mutuelles dans leur parcours de soins à partir d'indicateurs tarifaires et de qualité. Ces initiatives fédérales se heurtent cependant à la faible adhésion de mutuelles jalouses de leur autonomie, et à la concurrence de grands groupes qui naissent de puissantes dynamiques de concentration (Abecassis *et al.*, 2014) et portent leur propre dispositif de contractualisation ¹¹. Du côté des sociétés d'assurance,

11. On peut citer l'exemple du groupe VYV qui procède du rapprochement en 2017 entre Harmonie mutuelle et la MGEN dont les réseaux fusionnent en 2019 au sein de Kalixia.

le travail de la FFA se limite à la production d'une expertise portée par sa modeste direction santé qui met en place au milieu des années 2000 un groupe de travail autour de la gestion du risque en réaction à l'apparition des premiers réseaux de soins. L'objectif est de partager des expériences et d'arrêter des principes communs mais le groupe est « parfois difficile à animer parce que [on n'obtient] pas toujours facilement un consensus des uns et des autres sur ces sujets-là ¹² », d'autant plus que la direction santé dispose de trop faibles ressources humaines et symboliques pour peser sur les acteurs du secteur. De fait, bien que les réseaux liés à des sociétés d'assurance se caractérisent par une ingénierie de coordination inspirée du *managed care* (services en ligne d'information et d'orientation des assurés, etc.), ils ne reposent pas sur une architecture commune. Leurs périmètres d'action peuvent différer, ainsi que leurs modalités de contractualisation avec les professionnels.

La coexistence de plusieurs instances de coordination aux capacités d'action limitées empêche l'harmonisation des dispositifs de contractualisation des Ocam dont les différentes cultures, liées aux divisions historiques du secteur de l'AMC, renforcent la diversité de leurs formats. Dans le cas des mutuelles, le pilotage des réseaux est internalisé, à l'image de la MGEN qui conserve la gestion de ses conventionnements optiques et auditifs, initiés en 2008 et ouverts aux mutuelles appartenant à son union mutualiste de groupe Istya créée en 2011. Cette intégration organisationnelle des réseaux est facilitée par la réflexion précoce des mutuelles sur l'accès aux soins et une approche préventive de la santé des adhérents, ainsi que par la présence de longue date de professionnels de santé en leur sein (Guillaume, 2000) que favorise leur spécialisation dans la couverture santé ¹³. La situation est tout autre pour les sociétés d'assurance. La gestion de leurs réseaux est confiée à des entreprises commerciales dont elles peuvent être actionnaires, à l'image de la société anonyme Santéclair formée en 2003 à partir de services internes des AGF et de la mutuelle d'assurance Maaf et disposant de près de 400 salariés. Cette division organisationnelle du travail est encouragée par une conception concurrentielle des réseaux inspirée du *managed care*, ces sociétés commerciales pouvant alors offrir leurs services à tous les opérateurs et, ce faisant, renforcer leur pouvoir dans les transactions avec les professionnels de santé grâce à la gestion d'un volume d'assurés plus important ¹⁴. Cette division du travail s'explique aussi par la culture professionnelle des directions des compagnies d'assurance qui est fondée sur

12. Entretien de l'auteur avec un cadre de la direction santé de la FFA, 19 mars 2019.

13. Les garanties frais de soins/santé représentent 85 % des cotisations collectées par les mutuelles, contre 31 % pour les sociétés d'assurance en 2016 (Drees, 2019:27-29).

14. Par exemple, les sociétés Santéclair et Itelis servent environ respectivement 50 et 70 Ocam de tout type (mutuelles, sociétés d'assurance, etc.) au milieu des années 2010. *A contrario*, les réseaux initiés par des mutuelles ont des stratégies commerciales nettement moins affirmées, leurs bénéficiaires étant constitués pour l'essentiel des adhérents de leurs mutuelles fondatrices.

des savoirs assurantiels généralistes (actuariels, commerciaux, etc.) liés à la diversité des risques couverts, et accorde peu d'importance à la gestion du risque promue par les initiateurs des réseaux de soins, comme le résume un responsable du réseau Kalivia : « Les patrons, les rois, les barons, c'est les barons du SI [système d'information], les barons de la finance, les barons de l'actuariat. Ces gens-là ne savent même pas ce que c'est que la gestion du risque, ils ne veulent même pas savoir ce que c'est ¹⁵. » L'autonomisation des activités de contractualisation permet alors d'attirer des compétences de professionnels de santé, peu présents dans le monde de l'assurance, que nécessitent la gestion du « risque santé » et ses actions sur la prévention des sinistres et la maîtrise de leur dédommagement.

Enfin, les réseaux de soins des Ocam présentent différentes modalités de contractualisation avec les professionnels de santé dont rend compte un cadre de la société Carte Blanche : « On est les deux opposés, [Réseau X] et Carte Blanche. On fait le même métier, totalement différemment. On ne se retrouve sur rien en faisant le même métier. (...) [Réseau X] est contre les professionnels de santé, va mettre en avant tout ce qui est négatif sur les professionnels de santé. (...) On est plutôt dans le partenariat, on essaye de trouver des solutions en collaboration avec les offreurs de soins ¹⁶. » De fait, les réseaux de soins sont porteurs de prescriptions hétérogènes à l'égard des professionnels de santé qui découlent de leur double filiation concurrentielle et conventionnelle et de l'inégale proximité des Ocam aux organisations professionnelles, ces deux facteurs étant le plus souvent reliés. Certains réseaux présentent ainsi un caractère fermé, ce qui signifie que le nombre de professionnels affiliés est soumis à un *numerus clausus* censé favoriser une baisse des prix des équipements. Les professionnels consentiraient à réduire leurs prix pour remporter les appels d'offre et intégrer le réseau en échange d'un adressage d'assurés plus important. Cette démarche de mise en concurrence est le plus souvent le fait de réseaux d'origine assurantielle qui tiennent à distance, en amont de la contractualisation, les organisations professionnelles de santé de la préparation des cahiers des charges. Ceux-ci précisent les critères de qualité des produits et prestations que les adhérents du réseau doivent respecter et qui sont en partie définis par des professionnels de santé salariés de ces sociétés commerciales. À l'inverse, une ouverture des réseaux, c'est-à-dire sans limitation du nombre de professionnels adhérents, tend à être privilégiée par les mutuelles, sans que cela ne soit systématique puisque les réseaux de la MGEN revêtent un caractère fermé entre 2008 et 2015. Il s'agit de cette façon d'améliorer le maillage du territoire en professionnels et, partant, l'accès aux soins des assurés. Cette ouverture peut s'articuler à une

15. Entretien de l'auteur avec un cadre de Kalivia, 4 janvier 2019.

16. Entretien de l'auteur avec un cadre de Carte Blanche, 6 février 2019.

intégration d'organisations professionnelles à la conception des cahiers des charges, à l'image de Kalivia où des représentants syndicaux ou d'enseigne commerciale sont consultés lors de la définition des conditions d'adhésion. Cette démarche répond à une logique d'échange d'expertises plus que de négociation, l'affiliation au réseau restant individuelle et volontaire.

II.2. La précaire alliance de promoteurs publics et privés

Ces désaccords sur les règles d'échange ne sont pas propices au rapprochement des gestionnaires et partisans des réseaux de soins dans le but d'obtenir une reconnaissance politique de ces dispositifs. C'est en réaction à des mouvements protestataires initiés par des organisations professionnelles mais aussi, secondairement, par des assurés qu'émerge une coalition de soutien aux réseaux de soins. Apparue dès le début des années 2000, cette contestation des réseaux adopte une rhétorique de protection des libertés (de choix des assurés, de prescription des soins) que remettrait en cause la démarche d'accréditation des professionnels et de référencement des équipements. Celle-ci est accusée de porter atteinte non seulement aux règles du marché mais aussi à la qualité des soins que la préoccupation économique de baisse des prix contribuerait également à dégrader. Ce discours contestataire vient en appui d'actions collectives qui cherchent à entraver le fonctionnement des réseaux de soins et relèvent de deux registres. D'une part, des organisations professionnelles recourent à un « répertoire de la rue » (Courty, 2006:89-90) à travers des opérations de *boycott*. Cette stratégie est celle du Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes qui, de 2002 à 2008, pousse ces derniers à renoncer à leur partenariat avec le réseau Santéclair sous peine feutrée de poursuites disciplinaires. Elle se retrouve en 2015 dans la demande d'organisations d'audioprothésistes à leurs adhérents de ne pas participer au renouvellement du réseau Kalivia dont les critères de qualité sont jugés insuffisants. D'autre part, un « répertoire bureaucratique » est mobilisé par des adhérents mutualistes et des organisations professionnelles qui intentent des actions en justice pour dénoncer des pratiques de remboursement discriminatoires et des infractions à la libre concurrence. Ainsi, la Centrale des opticiens saisit entre 2015 et 2018 le Tribunal de commerce de Paris et l'Autorité de la concurrence contre la commercialisation de sa propre collection de lunettes imposée par le réseau Carte Blanche à ses opticiens affiliés, tandis que des adhérents de la MGEN dénoncent auprès de juridictions de proximité et de la Cour de cassation des différences de remboursement en fonction des chirurgiens-dentistes consultés à la fin des années 2000.

S'ils sont le plus souvent rejetés¹⁷, ces recours contentieux élargissent néanmoins le système de relations dans lequel s'inscrit la fabrication des réseaux et favorisent l'émergence défensive d'une coalition de soutien à ces dispositifs. Des organisations administratives sont, en premier lieu, amenées à prendre officiellement position sur les réseaux des Ocam comme l'Autorité de la concurrence qui, après un avis favorable à leur sujet en 2009, réaffirme son soutien à la suite de saisines d'organisations professionnelles au cours des années 2010. Chargée de lutter contre les pratiques anticoncurrentielles, l'Autorité vante les effets positifs des réseaux de soins sur la compétition (entre Ocam, entre professionnels de santé) et, partant, sur les prix des équipements ainsi que, dans une moindre mesure, sur les prix et la qualité des contrats d'assurance¹⁸. Ce raisonnement économique est relayé par la Cour des comptes qui considère ces dispositifs comme un instrument de réduction des restes à charge des assurés couverts par l'AMC (Cour des comptes, 2013:415-417, 2016:280-281). Ce soutien d'organisations administratives aux réseaux de soins ne conduit pas pour autant à renforcer leurs échanges avec les Ocam et procède à une réduction de sens des dispositifs de contractualisation dont les mécanismes concurrentiels d'appel d'offres et de *numerus clausus* sont jugés les plus fonctionnels. Cette signification donnée aux réseaux de soins se retrouve, mais de manière moins assumée, dans le discours d'associations de patients et de consommateurs qui voient dans ces derniers une solution au problème des restes à charge des assurés, celui-ci faisant de leur part l'objet d'une attention croissante dans les années 2010. Ces acteurs développent une expertise économique qui prolonge une réflexion critique initiée dans les années 1980 sur l'opacité des pratiques professionnelles et attribue l'inflation des prix des équipements aux stratégies de maximisation des revenus des professionnels de santé que pourraient contrarier les réseaux¹⁹. Si la production de cette expertise peut donner lieu à des rapprochements entre acteurs associatifs et de l'AMC²⁰, ces derniers entretiennent cependant des rapports d'associés-rivaux dont témoignent les critiques adressées par les associations aux pratiques tarifaires des Ocam et à leurs stratégies commerciales accusées de contribuer au renchérissement du prix des équipements.

17. Si un arrêt de la Cour de cassation de 2010 donne raison aux adhérents mutualistes dénonçant la différenciation de remboursement en fonction du cabinet dentaire consulté, les recours des organisations professionnelles sont presque toujours repoussés, notamment par l'Autorité de la concurrence (voir ses décisions des 26 février 2013, 9 juin et 24 octobre 2016).

18. Autorité de la concurrence, Avis 09-A-46 du 9 septembre 2009 relatif aux effets sur la concurrence du développement des réseaux de soins agréés.

19. On se réfère en particulier aux études de l'association UFC-Que Choisir sur les marchés de l'optique (UFC-Que choisir, 2013, 2014) et des audioprothèses (UFC-Que choisir, 2015).

20. Le Collectif inter-associatif sur la santé et le magazine *60 millions de consommateurs* s'associent par exemple avec la société Santéclair pour créer en 2013 l'« Observatoire citoyen des restes à charge en santé » qui est à l'origine d'études évaluant l'évolution de ces restes à charge dans leurs différentes composantes (dépassements d'honoraires de médecins, remboursement des dispositifs médicaux, soins dentaires, etc.).

Constituée au cours des années 2010, cette alliance en soutien aux réseaux de soins peut difficilement être assimilée à une « coalition de cause » qui serait soudée par un ensemble de croyances et de valeurs et agirait de manière coordonnée pour peser sur l'action publique (Bergeron *et al.*, 1998). Si ces acteurs publics et privés sont favorables à un plus grand contrôle des Ocam sur les prix, ils divergent à propos des modalités de ce contrôle et des principes sur lesquels il se fonde. Ces désaccords peuvent expliquer la difficulté à définir une stratégie politique commune qui s'illustre dans l'élaboration de la loi du 27 janvier 2014, dite loi « Le Roux ». Présenté comme une consécration juridique et politique des réseaux des Ocam, le texte circonscrit surtout le périmètre et le contenu de leur action. Celui-ci vise initialement à sécuriser juridiquement les conventions mutualistes, après que des mutuelles ont été condamnées en justice pour leur modulation du niveau des prestations en fonction des professionnels qu'interdit le Code de la mutualité, à l'inverse des codes régissant les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance. Répondant à une demande de la Cour des comptes dans son rapport sur la Sécurité sociale de 2010, le texte est poussé par des acteurs mutualistes d'envergure comme la FNMF. Toutefois, d'initiative parlementaire et porté par un personnel politique de second rang proche du monde mutualiste ²¹, il bénéficie d'appuis politiques sans ressource importante et suscite des réserves de nombreux parlementaires. À gauche, certains s'inquiètent du rôle donné aux assureurs privés qui pourraient concurrencer la Sécurité sociale dans la régulation des dépenses. À droite, des élus se font l'écho de la mobilisation contestataire de plusieurs syndicats médicaux qui voient dans les pratiques de contractualisation une atteinte aux principes du libéralisme médical (liberté d'installation, de choix du patient, etc.) ²². Ces équilibres politiques se répercutent sur l'élaboration de la loi qui aboutit à un encadrement plus strict du fonctionnement des réseaux des Ocam, révélant la précarité de l'alliance de leurs promoteurs. Ces derniers s'avèrent effectivement incapables d'agir de concert contre les nouvelles dispositions sur lesquelles ils sont en désaccord comme l'autorisation des *numerus clausus* pour les seuls opticiens et l'exclusion des prestations médicales et autres soins financés majoritairement par la Sécurité sociale du champ de la contractualisation des prix.

21. La députée socialiste rapporteure de la proposition de loi est une ancienne administratrice de La Mutuelle des étudiants entre 2005 et 2008, tandis que le conseiller du groupe socialiste à l'Assemblée nationale chargé de la santé au moment de la préparation de la loi a été trésorier puis vice-président de cette même mutuelle entre 2008 et 2011, avant de rejoindre la FNMF en 2016 comme directeur adjoint des affaires publiques.

22. Les réseaux de soins des assurances font partie des motifs de la grève initiée le 12 novembre 2012 par des organisations d'internes et de médecins libéraux contre la politique de santé de la nouvelle majorité, qui est accusée de remettre en cause les libertés médicales et d'être au service des mutuelles.

III. La redéfinition étatique des règles d'échange : des réseaux de soins démonétisés ?

Objet d'un nouvel encadrement juridique, les réseaux de soins des Ocam correspondent à des règles d'échange hétérogènes dont l'institutionnalisation reste incomplète. En effet, elles continuent à ne pas être reconnues par l'ensemble des parties prenantes et bénéficient de soutiens peu cohésifs (François, 2011). Cette situation est rendue davantage visible par l'évolution du contexte politique au cours des années 2010. Celui-ci est marqué par une problématisation publique du financement des dépenses optiques, dentaires et auditives en termes de renoncement aux soins qui suscite l'intervention d'acteurs politiques et administratifs jusqu'alors en retrait comme la Direction de la Sécurité sociale (DSS) (III.1). Leur mobilisation s'illustre à la fin des années 2010, à travers la réforme du « 100 % santé », dans une recodification des règles d'échange qui concurrence et démonétise partiellement les dispositifs de contractualisation des Ocam (III.2).

III.1. La mise à l'agenda politique du problème du renoncement aux soins optiques et prothétiques et de leur financement

Les enjeux de financement des biens optiques et prothétiques font l'objet, au cours des années 2010, de nouvelles problématiques qui sont portées par des acteurs scientifiques en relation avec l'administration sanitaire comme les économistes de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes), laboratoire dans le giron de l'assurance maladie, et les sociologues de l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore), dont l'activité repose sur une logique partenariale avec des acteurs publics. Leur perspective n'est pas uniquement d'évaluer les restes à charge des assurés dans le domaine de la santé et ne se concentre pas sur les causes de ces restes à charge. Leur regard se déplace sur leurs effets en termes de renoncement aux soins qu'ils travaillent à mesurer et à expliquer. Si la démarche n'est pas nouvelle – elle apparaît en 1992 dans l'enquête biennale santé et protection sociale supervisée par l'Irdes –, elle a recours à de nouveaux outils méthodologiques qui permettent de mieux appréhender les mécanismes de ce phénomène et de rendre compte de son ampleur, en particulier pour les soins optiques et dentaires²³. Le renoncement à ces deux types de soins pour des raisons financières sur les 12 derniers mois concernerait en 2014 respectivement 10,1 % et 16,8 % des individus de plus de 18 ans, tandis que ces taux sont à peine moins élevés pour les adultes couverts par l'AMC (9,1 % et 15,3 %) (Célant *et al.*, 2017:132-135). La position et les pratiques de ces acteurs scientifiques,

23. Une nouvelle méthodologie d'appréhension du renoncement aux soins est mise en œuvre par l'Irdes en 2012, tandis que l'Odenore crée un « baromètre du renoncement aux soins » en lien avec des caisses primaires d'assurance maladie en 2014.

intéressés à l'évaluation des politiques publiques et soucieux des apports de la recherche à la transformation de l'action publique, facilitent la circulation de leur questionnement au sein de l'espace administratif qui se réalise dans des publications collectives, des commandes et l'organisation de colloques (Drees, 2011 ; *Regards*, 2018 ; Revil *et al.*, 2020). Ces échanges se font surtout avec l'assurance maladie et l'administration sanitaire centrale, en particulier la Drees et la DSS. Après avoir été sensibilisées aux problèmes de non-recours aux droits, ces dernières portent une attention croissante aux renoncements aux soins et font des « droits maladie de base et complémentaire » des leviers pour l'égalisation de l'accès aux soins (Revil, 2019), dans un contexte de reconnaissance administrative du problème des restes à charge et, pour certains cas, de leur montant dit « catastrophique ».

La thématique du renoncement aux soins pour raisons financières innerve ainsi progressivement des pratiques et réflexions administratives, comme en attestent le traitement régulier de ce problème dans les rapports annuels de la Drees sur les comptes nationaux de la santé à partir de 2009, la priorité donnée à la garantie « à tous les assurés [d']un accès réel aux droits et aux soins » dans la Convention d'objectifs et de gestion entre l'État et le régime général de l'assurance maladie pour la période 2014-2017 ou encore la mise en place auprès du ministre de la Santé en 2016 d'un Observatoire des prix et de la prise en charge en optique médicale. L'attention administrative se porte plus spécifiquement sur les soins dentaires, optiques et audio-prothétiques qui sont parmi les soins les moins bien couverts par l'assurance maladie et représentent plus du tiers du reste à charge après remboursement de celle-ci (Adjerad, Courtejoie, 2020). La redéfinition scientifique et administrative du problème des restes à charge sous l'angle non plus commercial et financier des opérateurs privés de l'AMC mais du renoncement aux soins et de l'égalité d'accès à ces derniers favorise l'inscription à l'agenda politique du financement des biens optiques et prothétiques. Celle-ci découle de plusieurs mécanismes accumulés (Garraud, 1990). Si cette opération répond à une logique d'« anticipation » selon laquelle l'identification et la sélection du problème sont réalisées discrètement par des agents de l'État et ses instances d'expertise qui nuancent la capacité des réseaux à améliorer l'accès aux soins des individus (Durand, Emmanuelli, 2017), elle est aussi liée à la mobilisation médiatisée d'autres acteurs comme les associations de malades et de consommateurs évoquées précédemment. Bien que celles-ci ne remettent pas toujours en cause les règles de financement des soins, elles insistent sur l'ampleur du renoncement aux soins optiques et prothétiques et donnent un surcroît de visibilité à cette lecture du problème. Ces mécanismes d'anticipation et de mobilisation soutiennent enfin une appropriation de la question du financement de ces soins par plusieurs acteurs politiques de haut rang à la faveur de l'élection présidentielle de 2017. Promesse à forte rentabilité électorale,

la suppression des restes à charge pour les soins optiques, dentaires et auditifs devient un produit banal de l'offre politique par son inscription dans les programmes de plusieurs candidats (François Fillon, Emmanuel Macron, Jean-Luc Mélenchon) qui sont éloignés dans l'espace politique.

Mesure d'apparence consensuelle, la suppression des restes à charge pour des biens circonscrits fait l'objet d'un important investissement politique de la part du chef de l'État nouvellement élu et de son gouvernement. Mise en place progressivement entre 2019 et 2021, la réforme baptisée « RAC zéro » puis « 100 % santé » fait partie des mesures érigées en emblème de la politique sociale du mandat d'Emmanuel Macron. Non seulement elle entretient l'image de gouvernants fidèles à leurs promesses électorales, mais elle vise aussi à être symboliquement efficace : la réforme revêt une signification politique qui peut être valorisée dans la compétition partisane en produisant des effets réels par la réallocation de ressources (Siné, 2006:142-150). Elle est inscrite en 2019 à la liste des « objets de la vie quotidienne » recensant la soixantaine de mesures prioritaires dont l'élaboration et l'exécution sont suivies par les services du Premier ministre et du président de la République ²⁴, tandis que sa mise en œuvre est publicisée dans le cadre du « baromètre des résultats de l'action publique » lancé en janvier 2021. Ce contrôle politique centralisé de la réforme s'articule dès l'été 2017 à une délégation à la haute administration de sa mise en forme technique, au diapason de la « soudure fonctionnelle entre gouvernants politiques et fonctionnaires co-gouvernants » qui fonde et que conforte le travail gouvernemental macronien (Eyméri-Douzans, 2019:216). La fabrication de la réforme revient plus précisément à la DSS et à sa sous-direction de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail, pourtant peu en relation avec les opérateurs de l'AMC mais dont le pilotage est légitimé par une problématisation centrée sur le renoncement aux soins. Ce pilotage révèle à l'inverse une relégation des organisations administratives qui ont pour clientèle habituelle les Ocam, sont sensibles à leurs démarches de contractualisation avec les professionnels et travaillent à la conception et à l'application des règles organisant le secteur de l'AMC, comme la sous-direction des retraites et des institutions de la protection sociale complémentaire de la DSS et la sous-direction des assurances de la Direction générale du trésor.

III.2. La recodification par les autorités publiques des rapports des Ocam aux professionnels de santé

La distribution politique des aptitudes administratives à intervenir sur la réforme a des répercussions sur la définition des modalités techniques de suppression des restes à charge et sur l'équilibre des relations entre l'État,

24. Circulaire du Premier ministre du 3 octobre 2019 relative au suivi des priorités de l'action gouvernementale.

les Ocam et les professionnels de santé. La marginalisation de la sous-direction des assurances est aussi celle des solutions qu'elle promeut avec d'autres organisations du secteur financier de l'État, notamment le développement des réseaux de soins des assureurs privés dont l'action aurait pu être amplifiée par « un décroisement des financements entre l'assurance maladie obligatoire et les assurances complémentaires [qui] leur permettrait d'exercer des responsabilités au premier euro sur des champs d'intervention clarifiés » (Cour des comptes, 2016:192). C'est au contraire à l'articulation des participations de l'assurance maladie et de l'AMC à la couverture des prestations que travaille la DSS, prolongeant une dynamique d'harmonisation des interventions des deux financeurs qu'elle a contribué à enclencher dans les années 2000²⁵. Cette articulation fonde l'architecture de la réforme qui peut être rapportée à trois opérations techniques (Domin, Gay, 2021). Celles-ci combinent les diagnostics formulés par différents groupes d'acteurs (l'insuffisante régulation des prix, l'inégalité d'accès aux soins) mais y apportent une réponse originale s'appuyant sur des outils administratifs préexistants²⁶. Tout d'abord, les nomenclatures des prestations et équipements sont actualisées et leur description gagne en précision. Les équipements optiques, aides auditives et prothèses dentaires recensés sont ensuite distribués entre plusieurs paniers de soins qui diffèrent en fonction de leur niveau de prise en charge. L'un est composé de biens qui sont censés couvrir l'ensemble des déficiences et sont intégralement remboursés par la Sécurité sociale et l'AMC. L'autre est constitué d'équipements aux qualités techniques ou esthétiques supérieures pour lesquels aucune couverture financière complète n'est garantie. Enfin, des « prix limite de vente » ou des « honoraires plafonnés » sont fixés aux produits du premier panier et pris en charge par la Sécurité sociale à hauteur de ses tarifs de responsabilité, les Ocam étant dans l'obligation de couvrir les reliquats dans le cadre de leurs contrats responsables (encadré 4). À l'inverse, les prix des équipements restent libres pour le deuxième panier²⁷.

Par son objectif de suppression des restes à charge pour certains biens de santé, la réforme concurrence les réseaux de soins des Ocam, dont le travail de contractualisation de tarifs et de standards de qualité est remis en

25. Comme le résume un ancien cadre de la DSS à propos de cette sous-direction : « Il faut dire qu'ils s'en moquent un peu qu'il y ait des institutions de prévoyance, des mutuelles et des organismes assureurs. Ils s'en moquent un peu de quelles sont leurs règles prudentielles parce que leur enjeu c'est comment je fais en sorte que, AMO et AMC confondues, j'améliore l'accès aux soins », entretien de l'auteur avec un chef de bureau de la DSS, 18 juillet 2019.

26. L'originalité de la solution s'observe par rapport aux propositions des acteurs publics et privés déjà évoquées mais aussi par rapport à la proposition du candidat Macron d'obliger les Ocam à proposer trois contrats types présentant des garanties différenciées et censés renforcer la transparence du marché : si le sommet de l'exécutif contrôle la réalisation de la réforme, la DSS conserve néanmoins une autonomie d'action dans sa conception.

27. Pour être exact, il existe un troisième panier composé uniquement de soins prothétiques dentaires pour lesquels les honoraires sont plafonnés mais la couverture intégrale des frais n'est pas garantie.

Encadré 4

Agir par l'incitation sur les assureurs privés : le contrat responsable

La réforme du « 100 % santé » prend appui sur les contrats solidaires et responsables mis en place au début des années 2000 par les autorités publiques afin de peser sur le contenu des garanties des contrats des Ocam et sur leurs conditions de souscription *via* des incitations fiscales et sociales (Del Sol, Turquet, dans ce numéro). D'une part, ces contrats ne peuvent pas lier directement leurs tarifs à l'état de santé des individus, ni recueillir des informations médicales lors de la souscription. D'autre part, ils sont soumis à des obligations de couverture qui cherchent à harmoniser la régulation de l'assurance maladie et de l'AMC : prise en charge des forfaits journaliers hospitaliers et des tickets modérateurs à l'exception de certains produits et prestations, plafonnement de remboursements, etc. C'est dans ce cadre que, dès 2014, des planchers et des plafonds de remboursement sont imposés aux Ocam en matière optique. Si un contrat répond à ces critères, son opérateur règle une taxe de solidarité additionnelle à taux réduit, payée sur ses cotisations et primes. Les mécanismes incitatifs sont amplifiés dans le cas des couvertures collectives offertes par les entreprises qui profitent de plusieurs allègements sociaux pour la souscription d'un contrat responsable. Ces incitations fiscales et sociales s'avèrent efficaces : les contrats responsables représentent 96 % des cotisations et primes des Ocam en 2017 (Drees, 2019:143).

cause par la définition de prix limite de vente nationaux et la sophistication de la classification des équipements. Sans que ce soit le but recherché par l'administration, la réforme démonétise en partie l'ingénierie et l'utilité des réseaux de soins, comme l'admet une administratrice civile de la DSS : « Nous, on n'avait pas vu à quel point ça remettait en question leur marché. On était très naïf sur ce coup-là. On n'a pas fait ça pour les embêter quoi, contrairement à ce qu'ils pensaient. On pensait qu'il y avait un boulevard encore pour eux pour exister quoi ²⁸. » Cette démonétisation technique est rendue possible par l'isolement stratégique des directions de réseaux de soins et par la valorisation sociale d'acteurs que ces dernières tendent à contourner comme les organisations de professionnels de santé. D'un côté, les représentants des réseaux sont peu consultés au cours de l'élaboration de la réforme et sans soutien public majeur dans sa critique. Leur discours est notamment peu relayé par les grandes fédérations de l'AMC (FNMF, FFA, Centre technique des institutions de prévoyance) qui sont parmi les interlocuteurs privilégiés des autorités publiques. Cette non-coalescence tient à des dynamiques historiques, décrites précédemment, de marginalisation des instances fédérales dans le développement des réseaux de soins et de division organisationnelle entre opérateurs d'assurance et réseaux de

28. Entretien de l'auteur avec un chef de bureau de la DSS, 27 janvier 2020.

soins qui peuvent nourrir des divergences d'intérêt affleurant dans le paramétrage de la réforme ²⁹. De l'autre côté, les organisations professionnelles, tenues le plus souvent à l'écart des dispositifs de contractualisation, sont directement associées à la construction des paniers de soins, y gagnent une reconnaissance politique et apportent en retour pour certaines leur soutien public. Cela est particulièrement marqué dans le volet dentaire de la réforme qui est conçu dans le cadre de l'accord conventionnel du 21 juin 2018 entre l'assurance maladie, l'Union dentaire et la Confédération nationale des syndicats dentaires. Cette intégration professionnelle se retrouve aussi dans la définition par la DSS des prix limite de vente des équipements optiques et auditifs qui, si elle s'appuie sur des expertises administratives, est aussi négociée avec les parties prenantes.

Ainsi, le « 100 % santé » correspond à une recodification par les autorités publiques des relations d'échange entre assureurs privés et professionnels de santé qui s'inscrit dans un mouvement plus général de standardisation des contrats participant d'une « éducation » du marché de l'assurance santé (Batifoulier, Duchesne, Ginon, dans ce numéro). Ses opérateurs privés se trouvent soumis à des impératifs d'égalité et de solidarité, celle-ci prenant toutefois une forme de plus en plus fragmentée. En transférant une partie du coût financier de la réforme aux Ocam, celui-ci risque de se répercuter sur le montant des cotisations et des primes, comme l'anticipent leurs fédérations représentatives. Mais cette répercussion pourrait être contrastée en fonction des opérateurs et de la qualité des contrats. Tandis que les grands groupes sont davantage en capacité d'absorber le coût des mesures grâce à la profondeur de leur portefeuille, l'effort financier est plus élevé pour les contrats d'entrée de gamme, proposés le plus souvent par des mutuelles en couverture individuelle, dont les garanties sont les plus éloignées des niveaux de remboursement imposés par la réforme. Si cette dernière prétend égaliser l'accès à certains soins, son coût est cependant inégalement réparti entre les contrats de frais de santé et pourrait aggraver des inégalités entre assurés. Cette égalisation dans l'accès aux soins est d'ailleurs partielle dans la mesure où la réforme identifie un ensemble de prestations à prix libres pour lesquelles l'encadrement public des règles de l'échange se limite à imposer des planchers et des plafonds de remboursement aux contrats responsables des Ocam. L'accès à ces prestations dépend donc de la qualité des garanties, qui tend à être corrélée au niveau de revenus des individus, et circonscrit un nouvel espace d'intervention et de contractualisation pour les réseaux de soins. C'est là que se situe la signification principale de la réforme du « 100 % santé » qui assigne aux Ocam des objectifs de l'assurance

29. Ces divergences s'expriment notamment dans la définition des prix limite de vente que les assurances privées souhaitent fixer à un niveau plus bas que les directions des réseaux. Tandis que les premières cherchent à limiter leurs dépenses, les secondes souhaitent s'aménager des marges d'action et de négociation avec les professionnels.

maladie et, simultanément, leur permet de développer des stratégies commerciales d'offre différenciée. Non seulement elle est un élément de rationalisation du marché de l'AMC, mais elle reconnaît et organise plusieurs des logiques économiques et politiques qui sont constitutives de ce marché et en font l'originalité (Batifoulier, Ginon, 2019).

Conclusion

Analyser la genèse et le changement des règles de l'échange de certains biens de santé peu remboursés par la Sécurité sociale est une façon féconde de réfléchir aux liens entre l'assurance maladie et les assureurs privés. Le premier apport de la démarche est de rendre compte des différentes formes d'investissement des opérateurs privés d'assurance dans la réalisation d'un objectif civique attribué ordinairement à l'assurance publique : la réduction des restes à charge et l'amélioration de l'accès aux soins des assurés. Si cet investissement peut être dirigé par les autorités publiques à travers des mécanismes incitatifs comme les contrats responsables, il est aussi porté par un volontarisme intéressé des Ocam pour lesquels la réduction des restes à charge s'articule à des considérations marchandes propres au secteur de l'AMC (maîtrise de leurs dépenses, attractivité des contrats). Prenant la forme de réseaux de soins, ce volontarisme est exprimé par les différents opérateurs du secteur dont l'unification paraît encore davantage avancée. Leurs engagements ne sont cependant pas uniformes tant les divisions historiques entre types d'Ocam sont à l'origine de cultures organisationnelles contrastées qui façonnent différemment l'organisation et les modalités de la contractualisation avec les professionnels de santé. Aussi les réseaux de soins suscitent-ils des pratiques hétérogènes, de surcroît contestées par certains groupes professionnels, ce qui donne aux règles de l'échange un caractère collectif limité, marque de leur incomplète institutionnalisation.

Ce dernier point permet d'aborder le second apport de notre démarche qui est de mettre au jour certaines conditions sociales et politiques de possibilité des interventions étatiques sur les relations entre assurance publique, assureurs privés et professionnels de santé. La recodification étatique des règles de l'échange, à travers la réforme du « 100 % santé », est rendue possible par la difficulté des dispositifs privés de contractualisation à réduire à grande échelle les restes à charge, que met en évidence le problème des renoncements aux soins, et par le caractère peu contraignant de règles dont l'institutionnalisation est inachevée. Ainsi, la réforme procède moins d'une logique de renforcement de l'agencement des réseaux qu'elle ne se construit en réaction à celui-ci. Elle est portée par des acteurs tenus à l'écart de ces derniers dispositifs et s'appuie sur une ingénierie technique (les prix limite de vente, les nomenclatures administratives, le contrat responsable)

dont l'administration est familière mais qui se distingue de celle des réseaux de soins. Cette reconfiguration étatique des relations d'échange correspond à une approche privative de la politique de santé fondée sur un enrôlement d'acteurs privés qui permet à l'État d'agir en contenant les coûts politiques et sans augmenter le volume de la dépense publique. Cette approche assigne certes aux assureurs privés l'objectif civique d'égaliser l'accès aux soins des assurés. Mais, dans le même temps, elle ne remet pas en cause les logiques de souscription et les mécanismes de mutualisation de l'AMC qui obéissent de plus en plus à des principes marchands d'équilibres, sinon de bénéfices financiers et dont le caractère anti-redistributif ne cesse de s'accroître.

Références bibliographiques

- Abecassis P., Coutinet N., Domin J.-P. (2014), « Les principes mutualistes confrontés aux modalités de regroupement des organismes complémentaires d'assurance maladie », *Revue internationale de l'économie sociale*, n° 331, p. 60-75, <https://doi.org/10.7202/1023485ar>.
- Adjerad R., Courtejoie N. (2020), « Pour 1 % des patients, le reste à charge après assurance maladie obligatoire dépasse 3 700 euros annuels », *Études & Résultats*, n° 1171, Drees, novembre, <https://bit.ly/3xTsy2W>.
- Batifoulier P., Ginon A.-S. (2019), « Les marchés de l'assurance maladie complémentaire : logiques économiques et dispositifs juridiques », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 5, p. 789-800, <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02449979>.
- Bellamy V., Badara Mbaye A. (2013), « Les revenus des chirurgiens-dentistes en 2008 », *Études & Résultats*, n° 849, Drees, août, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-09/er849.pdf>.
- Benamouzig D. (2005), *La santé au miroir de l'économie. Une histoire de l'économie de la santé en France*, Paris, Puf, <https://doi.org/10.3917/puf.benam.2005.01>.
- Benoît C., Coron G. (2018), « Les “mises en marché” du risque santé en France : une pluralité de logiques et de séquences de changement », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, p. 259-279, <https://doi.org/10.3917/rfas.184.0259>.
- Bergeron H., Surel Y., Valluy J. (1998), « L'Advocacy Coalition Framework. Une contribution au renouvellement des études de politiques publiques ? », *Politix*, n° 41, p. 195-223, <https://doi.org/10.3406/polix.1998.1718>.
- Célant N., Stéphanie G., Rochereau T. (2017), « L'enquête santé européenne : enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014 », *Les rapports de l'Irdes*, n° 566, septembre, <https://bit.ly/35nnAOX>.
- Cour des comptes (2013), *La Sécurité sociale. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre, <https://bit.ly/2T1s2Rm>.
- Cour des comptes (2016), *La Sécurité sociale. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre, <https://bit.ly/3hOISLD>.
- Courty G. (2006), *Les groupes d'intérêt*, Paris, La Découverte, <https://doi.org/10.3917/dec.court.2006.01>.
- DiMaggio P.J., Powell W.W. (1983), « The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields », *American Sociological Review*, vol. 48, n° 2, p. 147-160, <https://doi.org/10.2307/2095101>.
- Domin J.-P. (2021), « Monopole mutualiste versus concurrence dans le secteur de la prévoyance complémentaire. Retours sur un débat méconnu (1983-1985) », *Revue française de socio-économie*, n° 26, p. 67-86, <https://doi.org/10.3917/rfse.026.0067>.
- Domin J.-P., Gay R. (2021), « La réforme du “100 % santé” : mesure de solidarité ou faux-nez du marché ? », in Batifoulier P., Del Sol M. (dir.), *Plus d'assurance santé pour moins de protection ? Le patient face au marché*, Presses universitaires du Septentrion, à paraître.
- Drees (2011), *Le renoncement aux soins. Actes du colloque du 22 novembre 2011 à Paris*, Drees, <https://bit.ly/3f2MGbJ>.

- Drees (2019), *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties – Édition 2019*, Panoramas de la Drees, Ministère des Solidarités et de la Santé, <https://bit.ly/3oQXhbU>.
- Dubuisson-Quellier S., François P. (2011), « Introduction. Institutions économiques et institutions marchandes : nature, puissance et genèse », in François P. (dir.), *Vie et mort des institutions marchandes*, Paris, Presses de Sciences Po, p. 11-38, <https://doi.org/10.3917/scpo.franc.2011.01.0011>.
- Durand N, Emmanuelli J. (2017), « Les réseaux de soins », *Rapport*, n° 2016-107R, Inspection générale des affaires sociales, juin, <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-107R.pdf>.
- Eymeri-Douzans J.-M. (2019), « Le technocrate et le président. Réflexions sur Emmanuel Macron et la haute administration », in Dolez B., Fretel J., Lefebvre R. (dir.), *L'entreprise Macron*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, p. 201-216, <https://doi.org/10.3917/pug.dolez.2019.01.0201>.
- François P. (2011), « Puissance et genèse des institutions. Un cadre analytique », in François P. (dir.), *Vie et mort des institutions marchandes*, Paris, Presses de Sciences Po, p. 39-77, <https://doi.org/10.3917/scpo.franc.2011.01.0039>.
- Garraud P. (1990), « Politiques nationales : élaboration de l'agenda », *L'Année sociologique (1940/1948-)*, n° 40, p. 17-41, <https://www.jstor.org/stable/27890055>.
- Gibaud B. (2003), *Fédérer autrement. Histoire de la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) 1902-2002*, Paris, Mutualité française.
- Gibaud B. (2008), « Mutualité/Sécurité sociale (1945-1950) : la convergence conflictuelle », *Vie sociale*, n° 4, p. 39-52, <https://doi.org/10.3917/vsoc.084.0039>.
- Ginon A.-S. (2015), « Réseaux de soins et identité mutualiste à la lumière de la loi n° 2014-57 du 27 janvier 2014 », *Revue de droit sanitaire et social*, vol. 2, p. 312-324, <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02237386>.
- Ginon A.-S. (2017), « Vers un paramétrage économique de l'assurance maladie complémentaire ? », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 3, p. 456-468, <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02237580>.
- Granovetter M., McGuire P. (1998), « The making of an industry: Electricity in the United States », *The Sociological Review*, vol. 46(1_suppl), p. 147-173, <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1998.tb03473.x>.
- Guillaume P. (2000), *Mutualistes et médecins : conflits et convergences, XIX^e-XX^e siècles*, Paris, Les Éditions de l'Atelier.
- Hacker J.S., Marmor T.R. (1999), « The misleading language of managed care », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 24, n° 5, p. 1033-1043, <https://muse.jhu.edu/article/15407>.
- HCAAM (2008), *Rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie*, juillet, <https://bit.ly/2TWuWqO>
- HCAAM (2013), *La généralisation de la couverture complémentaire en santé*, Rapport, 18 juillet, <https://bit.ly/3yGCnS0>.
- Kerleau M. (2009), « Le nouveau cadre institutionnel de la protection sociale complémentaire d'entreprise : quels enjeux pour les mutuelles santé ? », *Revue internationale de l'économie sociale*, n° 312, p. 15-34, <https://doi.org/10.7202/1020934ar>.

- Mahoney J., Thelen K.A. (eds.), (2010), *Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency, and Power*, New York, Cambridge University Press.
- Mougeot M., Naegelen F. (2018), « Medical service provider networks », *Health Economics*, n° 27, p. 1201-1217, <https://doi.org/10.1002/hec.3769>.
- Pierru F. (2007), *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauges, Éditions du Croquant.
- Regards (2018), Dossier, « De l'accès aux soins à l'accès aux services », n° 53, <https://www.cairn.info/revue-regards-2018-1.htm>.
- Revil H. (2019), « Faciliter l'accès aux soins et à la santé », in Warin P. (dir.), *Agir contre le non-recours aux droits sociaux*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, p. 85-106, <https://www.cairn.info/agir-contre-le-non-recours-aux-droits-sociaux--9782706143991-p-85.htm>.
- Revil H., Warin P., Richard F., Blanchoz J.-M. (2020), « "Renoncement et accès aux soins. De la recherche à l'action". Cinq années de collaboration entre l'Assurance maladie et l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE) », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, p. 261-297, <https://doi.org/10.3917/rfas.204.0261>.
- Revue de droit sanitaire et social* (2017), Dossier, « Santé et restes à charge », hors série.
- Siné A. (2006), *L'ordre budgétaire : l'économie politique des dépenses de l'État*, Paris, Economica.
- Tabuteau D. (2010), « La métamorphose silencieuse des assurances maladie », *Droit social*, n° 1, p. 85-92, <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02199175>.
- Trevien C. (2015), « Le commerce de détail d'optique depuis 2003 », *Insee Première*, n° 1576, 17 novembre, <https://bit.ly/2W9Fdkr>.
- UFC-Que choisir (2013), *Distribution de l'optique. Examen à la loupe d'un marché juteux*, Direction des études, avril, <https://bit.ly/2UAWKBA>.
- UFC-Que choisir (2014), *Complémentaires santé et opticiens. Les liaisons dangereuses imposent un changement de monture pour la réforme du secteur*, Département des études, mai, <https://bit.ly/3eEZGnB>.
- UFC-Que choisir (2015), *Audioprothèses. Un marché verrouillé au détriment des malentendants*, septembre, <https://bit.ly/3y1Ft34>.
- Xerfi (2018), *Les plateformes santé et réseaux de soins dans l'assurance*, Xerfi-DGT.