



HAL
open science

Marchandisation et politique incitative : l'exemple de l'assurance maladie complémentaire

Philippe Batifoulier, Jean-Paul Domin, Philippe Abécassis

► **To cite this version:**

Philippe Batifoulier, Jean-Paul Domin, Philippe Abécassis. Marchandisation et politique incitative : l'exemple de l'assurance maladie complémentaire. 2012. halshs-00687115

HAL Id: halshs-00687115

<https://shs.hal.science/halshs-00687115v1>

Preprint submitted on 12 Apr 2012

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.

RT6

Politiques sociales, protection sociale, solidarités

Working papers

Marchandisation et politique incitative :
l'exemple de l'assurance maladie
complémentaire

Philippe Batifoulier (Economix, Université Paris
Ouest Nanterre La Défense)
Philippe.Batifoulier@u-paris10.fr

Jean-Paul Domin (OMI, Université de Reims Champagne-
Ardenne)
jp.domin@univ-reims.fr

Philippe Abecassis (Economix, Université d'Angers)
philippe.abecassis@univ-angers.fr

n° 2010-3

AFS
Association
Française de
Sociologie

**Contact : bureau du réseau RT6,
voir www.rtf6.org**

Marchandisation et politique incitative : l'exemple de l'assurance maladie complémentaire*

Philippe Batifoulier (Economix, Université Paris Ouest Nanterre La Défense)

Philippe.Batifoulier@u-paris10.fr

Jean-Paul Domin (OMI, Université de Reims Champagne-Ardenne)

jp.domin@univ-reims.fr

Philippe Abecassis (Economix, Université d'Angers)

philippe.abecassis@univ-angers.fr

* Une version précédente de ce texte a été présentée au congrès de l'AFS (session du RT6). Les auteurs tiennent à remercier les *referee* pour leur commentaires et leurs critiques constructives. Ils restent reponsables des insuffisances de cette nouvelle version.

Introduction

Le système français d'assurance maladie repose sur une organisation hybride. Le service est fourni par des prestataires publics (hôpitaux) ou privés (cliniques et médecine ambulatoire). Les patients peuvent choisir librement leurs praticiens et payent le service à l'acte. Depuis 1971, les honoraires du corps médical sont définis par des conventions signées par les représentants de la profession et des caisses d'assurance maladie. Jusqu'au début des années 1970, le système a fonctionné à « guichet ouvert », c'est-à-dire sans limitation des dépenses (Palier, 2005). Les prestations sont prises en charge par un dispositif d'assurance maladie obligatoire, complété par des organismes complémentaires¹.

À partir du milieu des années 1970, des politiques de freinage des dépenses sont mises en œuvre. Elles coïncident avec un changement de référentiel des politiques publiques (Palier, 2008), mais se déclinent de façon différente suivant les périodes (Théret, 2007). Dans un premier temps, les pouvoirs publics favorisent des mesures centrées sur l'offre. Durant la phase dite de stagflation, (1975-1983), un dispositif de limitation du nombre de diplômes délivrés (*numerus clausus*), institué en 1971, est renforcé. Il a pour objectif de réduire l'offre de soins censée participer à la croissance de la demande. La période de désinflation compétitive (1983-1993) marque une certaine continuité politique (resserrement du *numerus clausus*, mise en place des taux directeurs et du budget global, ...). Elle est complétée par une tentative de désocialisation de la demande de soins (développement d'un secteur 2 dit à honoraires libres, ...). Mais, ces mesures se révèlent vite financièrement inefficaces et socialement inégalitaires.

Un premier revirement a lieu au milieu des années 1990 avec une forte affirmation béveridgienne (renforcement du poids décisionnel législatif, fiscalisation du financement, réforme de l'offre publique de soins, ...). Dans le même temps, la tutelle abandonne toute tentative de réforme de l'offre privée de soins qui est trop risquée au plan politique (Barbier, Théret, 2004). Depuis le début des années 2000, la politique économique de santé prône une régulation par la demande. La théorie économique des anticipations rationnelles, en soutenant que les mesures keynésiennes sont non seulement stériles, mais également nuisibles pour l'économie, a contribué à cette évolution. Désormais, la politique économique de santé repose sur un système complexe d'incitations censées orienter le comportement des individus dans un sens davantage marchand (Batifoulier, Domin, Gadreau, 2007).

Ce travail cherche à prolonger la notion de marchandisation à partir des thématiques visant à montrer le développement d'un « marché au-delà du marché ». La marchandisation doit s'entendre au sens performatif et normatif. Elle vient compléter les conceptions plus usuelles de la marchandisation de la protection sociale qui mesure le degré d'éloignement au marché du travail qu'opère la protection sociale ou qui dénoncent la désocialisation quand elle s'exprime par un mécanisme de balancier où la part de l'assurance obligatoire diminue en même temps que la part de l'assurance complémentaire augmente. Une autre forme de marchandisation de la santé se traduit par un engagement qualitatif de l'État social quand il cherche à exporter les *valeurs* du marché dans un secteur dit à imperfections comme celui de la protection sociale.

L'importance donnée aux incitations financières constitue alors le fer de lance de cette marchandisation. Celle-ci repose sur une construction politique, tout autant que sur une philosophie morale, qui requiert des individus rationnels, dont les valeurs sont réduites à

¹ La couverture complémentaire a fortement progressé depuis cinquante ans. De 1960 à 1980, celle-ci est passée de 30 % de la population à 69 % (Mormiche, 1995), pour dépasser 90 % aujourd'hui (Marical, Saint-Pol (de), 2007).

l'intérêt. Le marché a besoin d'individus qui adoptent un comportement de marché. La marchandisation doit alors s'entendre comme la construction, par les incitations, d'attitudes qui sont proches de celle de l'*homo œconomicus* (Callon, 1998). Le retrait de l'assurance maladie obligatoire favorise le développement de l'assurance maladie complémentaire qui doit être envisagé comme la création d'un marché (Coriat, Weinstein, 2004).

Cette thèse est étayée à partir du cas du patient et des politiques de la demande en santé. Au nom de l'activation de la responsabilité et de l'expression des préférences individuelles, les politiques de santé sont dorénavant caractérisées par un transfert de charge croissant vers le patient et son assurance complémentaire maladie. Avec les mesures de copaiement, généralisées en Europe et durcies récemment en France (loi du 13 août 2004 qui introduit un ticket modérateur d'ordre public), le patient est désormais incité à adopter un comportement vertueux. La recherche d'économies est opérée par un mécanisme de *malus* venant taxer une consommation jugée superflue ou inutile.

Définir une dépense nécessaire ou abusive est difficile et il n'y a pas de fondation théorique solide à une telle entreprise. Cependant la ligne de démarcation pragmatique est donnée en France par la part de remboursement laissée aux assurances complémentaires. L'importance de la part complémentaire mesure implicitement la place laissée aux préférences individuelles et à la prévoyance libre. Elle révèle en creux l'espace potentiel des comportements de type *free rider*. Ceci explique notamment qu'elle soit plus forte en médecine de ville qu'à l'hôpital. La refondation du rôle de l'assurance maladie complémentaire cristallise ainsi l'ampleur de l'individualisation et la modulation des droits sociaux. Elle intime aussi aux individus d'adopter un comportement de marché consistant à faire des plans en fonction de prix (fictifs) reconstruits par les incitations. Elle active alors le calcul intéressé qui est l'un des rouages essentiels du fonctionnement d'un marché.

Nous organiserons le propos en deux temps. Nous verrons dans une première partie que le secteur de l'assurance maladie complémentaire connaît aujourd'hui une transformation profonde, notamment en raison d'un transfert progressif des dépenses de l'assurance maladie obligatoire. Mais, cette évolution génère de nouvelles inégalités, créées par la politique de santé, qui viennent s'ajouter aux inégalités sociales existantes. Cette dérive inégalitaire ne peut pas être considérée comme l'expression d'un antagonisme naturel entre efficacité économique et justice sociale. En matière de santé, les inégalités s'accroissent et les dépenses demeurent à un niveau élevé. Les inégalités ne sont donc pas le prix à payer pour des dépenses décroissantes.

L'analyse de cette crise de régulation fait l'objet de la seconde partie. Les errements de la politique de santé sont reliés à la crise du régime des idées et notamment aux limites atteintes par la conception normative du patient, fraudeur parce que rationnel. Ces limites ont conduit le législateur à amender sa politique en exonérant certains patients de la contribution au financement de leurs propres dépenses de santé. Ces aménagements notables restent prisonniers d'une conception strictement économiste du patient et n'ont pas desserré le dilemme entre efficacité et équité dans les politiques de santé.

1. La métamorphose de l'assurance maladie complémentaire

En matière de réforme de l'État social, deux voies ont été historiquement empruntées. La première consiste à augmenter les recettes, mais celle-ci entre en contradiction avec l'impératif politique de ne pas augmenter les prélèvements fiscaux. La seconde vise à réduire les dépenses. Mais, là encore, cette solution n'est pas souhaitable dans la mesure où elle se heurte aux spécificités du bien santé, à la concentration des dépenses et au progrès technique. La solution envisagée par la loi du 13 août 2004 constitue une troisième voie : le retrait de

l'État de l'assurance maladie et le transfert progressif d'une partie des dépenses vers les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM).

De façon paradoxale, le retrait des pouvoirs publics impose un accroissement du rôle de l'État au détriment de celui des partenaires sociaux (Catrice-Lorey, Steffen, 2008). La politique économique de santé, en prenant appui sur la théorie économique des incitations, entend réformer le système de soins notamment en limitant les comportements déviants des assurés sociaux. La solution envisagée en France repose sur le durcissement des mécanismes de copaiement et sur l'élaboration d'un panier de soins (1.1). Toutefois, cette politique ne règle pas la question de l'accès aux assurances complémentaires et ne fait que reproduire, sur le marché de la santé, des inégalités inhérentes au marché du travail (1.2).

1.1. L'essor d'une politique d'incitations et ses conséquences

La théorie économique néo-classique considère que le marché de la santé est durablement marqué par des asymétries d'information entraînées par des comportements stratégiques (Arrow, 1963). Les rapports entre le principal (mandant) et l'agent (mandataire) se caractérisent en effet par une répartition inégale de l'information. Cette relation dite d'agence est marquée par des distorsions dans l'allocation des ressources qualifiées d'aléa moral (*moral hazard*) et d'antisélection (*adverse selection*). Ainsi, les rapports entre le praticien et le patient sont-ils caractérisés par une telle relation d'agence avec antisélection et risque moral (Béjean, Gadreau, 1992). Il en est de même pour les relations entre l'assureur et l'assuré social.

Le concept d'aléa moral est un terme venu de l'économie de l'assurance. La quantité de soins demandée par un patient dépend du degré de gravité de la pathologie, du revenu et du prix des soins. Pour l'assuré social, le prix des soins est minoré et le risque moral peut être expliqué comme une réponse de la demande à une baisse du prix. Ainsi, les rapports entre le dispositif d'assurance maladie et les patients seraient-ils caractérisés par une relation d'agence avec aléa moral qui diminue le bien être total dans une économie (Pauly, 1968).

L'aléa moral est observable quand le risque supporté par l'assureur est aggravé par le comportement des individus. En matière de santé, on en distingue de deux sortes. Si l'individu relâche sa vigilance en raison de l'efficacité de son assurance, alors l'aléa moral est dit de première espèce (*ex ante*). Mais, il est difficilement observable en assurance maladie (Demange, Geoffard, 2004). L'aléa moral de seconde espèce (*ex post*) apparaît une fois le risque survenu : l'assuré consomme d'avantage de soins que son état ne le nécessite. Contrairement à l'approche traditionnelle des contrats, l'asymétrie d'information n'est pas nécessaire à la manifestation de l'aléa moral. Dans ce cas, les différents états de la nature (processus de soins, incertitude sur l'efficacité des traitements, relation d'agence entre le malade et le praticien) empêchent la mise en œuvre de transferts forfaitaires. L'assurance maladie est dans une configuration de double aléa moral dans la mesure où le praticien et le malade peuvent avoir un intérêt commun à la surconsommation (Bardey, Couffinal, Grignon, 2003).

La diminution du montant des remboursements contribuerait, selon ses partisans, à limiter l'aléa moral et à réguler les dépenses de santé, notamment par l'intermédiaire d'une corégulation entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire. Des mesures de corégulation ou de partage des rôles ont été envisagées dans de nombreux pays européens, notamment en France depuis la loi du 13 août 2004 (1.1.1). La mise en œuvre d'un panier de soins et le déremboursement progressif de certains médicaments participent de la même logique de responsabilisation des assurés sociaux (1.1.2).

1.1.1. L'individualisation croissante de la santé et la généralisation des incitations

La politique mise en œuvre depuis le début des années 2000 a accéléré la transformation d'un patient assuré social à un consommateur gestionnaire de son capital santé. Cette évolution s'est réalisée en deux temps. Une première loi (2002) a donné un pouvoir de décision au patient (*empowerment*), une seconde (2004) a mis en place un système d'incitations afin de moraliser son comportement.

La loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé constitue le premier moment de transformation. En souhaitant valoriser le rôle du patient dans le colloque singulier, la loi oblige le praticien à donner l'ensemble des informations au malade et favorise la recherche d'un consentement éclairé de sa part. Cette évolution peut être appréhendée comme une tentative de désépécification de la relation thérapeutique et comme le passage progressif à une relation d'agence parfaite. Cette évolution s'inscrit plus largement dans le cadre d'une régulation marchande où le patient cède sa place au consommateur de soins (Domin, 2006).

La loi du 13 août 2004 de réforme de l'assurance maladie poursuit dans cette voie en transformant l'assuré social en gestionnaire de son capital santé (Batifoulier, Domin, Gadreau, 2008). En effet, l'augmentation des dépenses de santé étant généralement associée au comportement prétendument irresponsable des acteurs, l'objectif de toute politique économique de santé vise à mettre en place des dispositifs limitant les comportements opportunistes. Ces mesures s'appuient sur la théorie des incitations qui a pour objectif, par l'intermédiaire d'un système de sanction/récompense, de suspendre les capacités de nuisance des acteurs en situation d'asymétrie informationnelle.

Les incitations sont donc appréhendées comme un ensemble d'événements, manipulé par le principal (en l'occurrence l'assurance maladie) afin de modifier les actes de l'agent (l'assuré social). Le domaine de la santé n'échappe pas à cette nouvelle fonction de l'État social considéré comme un manipulateur d'incitations (Batifoulier, Eymard-Duvernay, Favereau, 2007). En effet, il n'y a pas de dysfonctionnement qu'une bonne incitation ne saurait résoudre. Les mécanismes de copaiement, la place laissée à l'assurance complémentaire, le niveau du reste à charge du patient ne doivent alors être évalués qu'à leur capacité à inciter les assurés à adopter des comportements économes en matière de dépenses de santé.

Dans bon nombre de pays européens, des systèmes de franchise ou de copaiement ont été mis en place afin de réduire l'aléa moral. Les réformes ont, en outre, interdit la réassurance dans la mesure où un copaiement refinancé par l'assureur complémentaire n'aurait plus de vertus dissuasives pour un patient présumé fraudeur. La réforme de l'État social passe donc par une corégulation qui associe les pouvoirs publics, le corps médical et l'assurance maladie (obligatoire et complémentaire). Le désengagement de l'État qu'il soit quantitatif (réduction de la part de la couverture obligatoire) ou qualitatif (déremboursement de certains médicaments, ...) accélère la construction d'une forme particulière de marché.

La réforme du 13 août 2004 associe donc les organismes obligatoires et complémentaires d'assurance maladie. La réduction des dépenses d'assurance maladie passe désormais par une collaboration avec les organismes complémentaires. Les contrats liant les assurés sociaux aux organismes de protection sociale complémentaire (qualifiés de contrats responsables) délimitent le rôle des assurances obligatoires et complémentaires et doivent contenir, pour bénéficier d'exonérations fiscales et sociales, des dispositions non contraires aux parcours de soins. Ce dispositif donne un rôle nouveau à l'assurance maladie complémentaire qui doit appliquer la même politique que l'assurance maladie obligatoire (Ginon, 2005). Il s'agit ici d'une mise en cohérence des rôles de chacun.

Le respect du parcours de soins, mis en œuvre dans la loi du 13 août 2004 est donc encadré par deux types de procédures incitatives. La première s'appuie sur la non-prise en charge du supplément par l'organisme complémentaire d'assurance maladie qui est donc associé à la politique de l'assurance maladie obligatoire. La seconde procédure repose sur la possibilité d'un dépassement d'honoraires autorisés qui lui, profite au seul praticien.

Avec la création des contrats responsables, l'assurance maladie complémentaire est amenée à jouer un rôle nouveau en collaboration avec l'assurance maladie obligatoire. Ces contrats participent à la politique de maîtrise des dépenses de santé dans la mesure où les restrictions et les exclusions de prise en charge s'inscrivent dans la lutte contre l'aléa moral et doivent inciter à faire évoluer les comportements des assurés face aux soins (Del Sol, Turquet, 2005). Le report d'une partie croissante vers les assurances complémentaires les incitera à encadrer les comportements des assurés. Les organismes complémentaires d'assurance maladie vont amplifier les remboursements en accentuant le reste à charge pour le patient. Cette nouvelle gouvernance, par l'intermédiaire d'un partage entre les assurances maladie obligatoire et complémentaire, fait supporter à l'assuré social les conséquences financières de son comportement.

1.1.2. Élaboration d'un panier de soins et déremboursement de médicaments

La diffusion de l'information joue un rôle important dans le modèle marchand en permettant de codifier et de fiabiliser l'information. L'objectif est de suppléer le consommateur en faisant jouer la concurrence à sa place. Des institutions spécialisées, des *sponsors* (Enthoven, 1993), appelés également courtiers en informations, participent de ce mouvement de codification, notamment en définissant ce qui est couvert par l'assurance maladie (obligatoire ou complémentaire) et ce qui ne l'est pas. La mise en place d'un panier de soins en constitue un premier exemple.

La Haute autorité de santé (HAS) créée par la loi du 13 août 2004 joue le rôle du régulateur public. Ce collège de douze membres nommés par le Président de la République, le Président de l'Assemblée nationale, le Président du Sénat et le Président du Conseil Economique et Social définit le périmètre de soins et de biens remboursables. Elle procède également à l'évaluation du service médical rendu (SMR) des médicaments à l'élaboration des bonnes pratiques. Enfin, elle décide du montant du tarif forfaitaire de responsabilité. L'HAS produit donc un bien public, en l'occurrence de l'information sur la qualité des biens de santé et des règles.

Le régulateur, dans un système concurrentiel doit assurer une représentation collective des consommateurs en produisant un bien public (l'information sur la qualité des soins). Il doit garantir l'introduction de mécanismes de marché sans mettre en péril l'équité du système de soins et en favorisant son efficacité. Son rôle est indispensable dans la mesure où il doit établir les règles, organiser le marché. Il doit en fait définir le produit proposé (Choné, Grignon, Mahieu, 2001). Le régulateur doit également définir le périmètre de la prise en charge médicale. L'objectif est de séparer, sur la base de l'expertise scientifique, les prestations qui relèvent du panier de soins et celles qui ne peuvent être couvertes par la dépense nationale de santé. Désormais, la décision de prise en charge implique une confrontation entre l'efficacité médicale du produit ou de la prestation et son coût. La sélection des biens médicalement les plus efficaces pour un coût donné est censée optimiser la dépense collective de soins.

L'adoption des critères d'évaluation des médicaments (service médical rendu d'une part et Amélioration du service médical rendu d'autre part) a ainsi permis d'écarter, en trois vagues,

357 médicaments du remboursement². Ce référentiel technique favorise par ailleurs la baisse des prix fabricant du médicament. Etablie entre le comité économique des produits de santé (CEPS) et les laboratoires pharmaceutiques la négociation sur le prix d'un médicament repose en effet à la fois sur l'amélioration du service médical rendu et sur l'écart de prix entre la proposition du laboratoire et celui des alternatives existantes. Dans le cas où l'amélioration du service médical rendu est nulle, le prix est fixé de façon à apporter une économie dans le coût du traitement (les génériques sont ainsi négociés autour de 30 à 40 % en dessous de prix du *princeps* dont ils dérivent). Cependant, pour certains médicaments, en particulier pour les nouvelles molécules, l'amélioration du service médical rendu est incalculable en raison du manque d'éléments comparatifs. Les institutions publiques sont alors contraintes à retenir le prix proposé par les firmes et de répercuter ces stratégies sur les patients et leurs complémentaires.

L'influence des expériences européennes, et notamment de celle du système de santé néerlandais est fondamentale dans l'élaboration de la loi du 13 août 2004. La réforme dite Dekker-Simons initiée en 1986-1987 propose un panier de soins *minimum* et l'introduction d'une concurrence encadrée. Le panier de soins commun est financé par un financement collectif de type CSG. Son contenu est déterminé par le Conseil scientifique des politiques gouvernementales. Quatre critères sont utilisés dans le choix. Le premier détermine les soins indispensables (ceux garantissant une vie normale, ceux permettant de participer à la vie économique et sociale et les soins nécessaires au traitement des pathologies à forte prévalence). Le second critère est celui de l'efficacité, le troisième de l'efficience. Enfin, le quatrième critère prend appui sur la responsabilité individuelle : le système fixe les limites de la solidarité quand les coûts d'un traitement sont trop élevés pour une efficacité jugée faible ou limitée.

Le panier complémentaire est proposé par des assureurs complémentaires. Chaque caisse passe des contrats avec les prestataires de soins organisés dans le cadre de réseaux de soins. Ces derniers constituent un des rouages essentiels du système concurrentiel dans la mesure où les biens et services proposés hors du panier commun ne peuvent être proposés que dans ce cadre. Les assureurs sont amenés à rechercher l'efficience. La sélection des risques est théoriquement interdite. Mais, dans les faits, les assureurs peuvent contourner ces interdictions en proposant des services ciblés pour certains types de populations.

Le panier minimal ne doit pas être interprété au sens minimaliste du terme. Il doit d'abord permettre de déterminer un volume de soins à garantir afin de calculer l'enveloppe budgétaire allouée au système de soins. Dans un système concurrentiel, il autorise également les opérateurs de soins à justifier leur capitation (Choné, Grignon, Mahieu, 2001). Le panier fixe une norme minimale pour chaque prestation. Cette solution évite que des personnes sacrifient des soins pour des raisons financières. Le panier garantit les droits du praticien, notamment face à l'opérateur, en s'appuyant sur des règles déontologiques. Il doit également servir à contrôler les producteurs, ce qui peut paraître étonnant dans une perspective de concurrence par la qualité. En théorie, la capitation (c'est-à-dire leur contrainte budgétaire) doit les désinciter à diminuer la qualité des produits. Mais, quoi qu'il en soit, les consommateurs mal informés hésitent à faire jouer la concurrence pour des raisons de baisse de la qualité. Certains opérateurs peuvent en profiter pour augmenter les profits sur les populations vulnérables. C'est notamment le cas aux États-Unis (Miller, Luft, 1997).

² 93 médicaments ont été exclus du remboursement en août 2003, 156 en mars 2006 et 103 en janvier 2008.

1.2. L'évolution du rôle de l'assurance complémentaire amplifie le problème des inégalités de santé

Le mouvement en cours serait à l'origine d'un mécanisme de double peine (Abecassis, Coutinet, Domin, 2008). Les inégalités en matière d'accès à l'assurance maladie complémentaire s'ajoutent à celles existantes sur le marché du travail (1.2.1). Or certaines pratiques comme l'évolution des pratiques tarifaires des praticiens risquent d'aggraver cette situation (1.2.2).

1.2.1. Les inégalités d'accès aux assurances complémentaires

Si l'accès aux assurances complémentaires a évolué positivement, cette généralisation masque des inégalités importantes dans la mesure où sa diffusion est fortement corrélée au niveau de vie des ménages. Ainsi, en 2003, 21 % des individus appartenant aux 20 % de ménages aux revenus les plus faibles ont déclaré ne bénéficier d'aucune couverture complémentaire. Les populations les plus vulnérables sont les moins bien couvertes par l'AMC. 13 % des personnes appartenant à une famille monoparentale n'ont pas de couverture, contre 5 % pour celles vivant en couple avec deux enfants. L'activité professionnelle a également un rôle important. Un chômeur a trois fois plus de risques qu'un salarié de ne pas bénéficier d'une AMC. L'inactif, quant à lui, 1,6 fois plus de chances que l'actif d'être écarté de l'accès aux OCAM (Marical, Saint-Pol (de), 2007).

Les inégalités sont également présentes au sein des entreprises où les contrats des cadres et des autres catégories sont différents. L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) de l'IRDES propose une première typologie en distinguant quatre niveaux de prise en charge (Francesconi, Perronnin, Rochereau, 2006). Le premier (classe 1) rassemble des contrats aux garanties faibles en optique et en dentaire (34 % des contrats, 34 % des salariés). La classe 2 (contrats aux garanties moyennes en optique et en dentaire) concerne 39 % des contrats, 40 % des salariés. La classe 3 est constituée de contrats aux garanties fortes en optique (18 % des contrats, 16 % des salariés). Enfin, le dernier niveau (classe 4) s'articule autour de contrats aux garanties fortes en dentaire (9 % des contrats, 10 % des salariés).

L'enquête confirme les disparités de couverture selon les catégories socioprofessionnelles, déjà relevées dans l'Enquête Santé et Protection Sociale (Couffinhal, Perronnin, 2004). Ainsi, dans les entreprises proposant au moins un contrat de couverture complémentaire, les cadres bénéficient de meilleures couvertures que les autres. 29 % d'entre eux ont accès à un contrat fort en optique et 15 % à un contrat fort en dentaire alors que les non-cadres ne sont que 18 % à bénéficier des premiers et 12 % des seconds. En revanche, pour les contrats dits faibles, 32 % des cadres y ont accès contre 46 % des non-cadres (Francesconi, Perronnin, Rochereau, 2006).

Pour les établissements proposant des contrats différenciés selon les catégories socioprofessionnelles, les inégalités sont encore plus importantes. 48 % des cadres bénéficient de contrats forts en optique ou en dentaire contre 18 % des non-cadres. À l'inverse, 11 % des cadres ont accès à un contrat faible alors que 40 % des non-cadres bénéficient de contrat de ce type. Mais, ce gradient social s'explique en raison d'une forte proportion de cadres dans des établissements offrant des complémentaires élevées pour l'ensemble de leurs salariés.

Le type de l'assurance complémentaire varie en fonction du profil socioprofessionnel de l'assuré. Ainsi, les cadres sont plus souvent couverts par un contrat collectif que les ouvriers (76 % contre 50 %) qui souscrivent en majorité (41 % contre 24 %) des contrats individuels (Loones, 2008). Les garanties proposées par ces deux catégories de contrats ne sont évidemment pas les mêmes. Les contrats d'entrée de gamme sont plus souvent souscrits de façon individuelle (15 %) que de manière collective (5 %) et prévoient essentiellement des

remboursements du ticket modérateur. Les contrats haut de gamme sont majoritairement collectifs (11 %) et offrent des garanties deux à trois fois supérieures à celles des contrats standards (Arnould, Rattier, Raynaud, 2006). Ainsi, le niveau de garantie offert au souscripteur dépend non seulement du prix du contrat mais aussi de la situation sociale de l'assuré.

1.2.2. Le report des inégalités sur les organismes complémentaires d'assurance maladie

Les dépassements d'honoraires constituent désormais une pratique courante et ont majoré les honoraires des praticiens de 8 % en moyenne en 2002. En 2004, le poids des dépassements a représenté 5,5 % des honoraires totaux des omnipraticiens et 14,4 % de certains spécialistes. De 1993 à 2004, les dépassements d'honoraires dans les honoraires totaux sont passés, pour l'ensemble de la profession de 8,7 % à 10,7 %. On peut donc parler d'une banalisation des dépassements d'honoraires (Aballéa, Bartoli, Esclous, Yeni, 2007). Cette logique est d'autant plus forte que ces dépassements constituent un marché nouveau pour le secteur de l'AMC que les mutuelles ne peuvent plus abandonner à l'assurance privée. La prise en charge des dépassements n'est dorénavant plus considérée comme illégitime par la mutualité.

Si les dépassements d'honoraires sont globalement pris en charge pour l'ensemble de la population à hauteur d'un tiers (Aballéa, Bartoli, Esclous, Yeni, 2007), contrat par contrat, les garanties sont assez disparates et vont d'une absence totale de couverture à une prise en charge totale. Plus des deux tiers des contrats collectifs couvrent les dépassements. Les contrats individuels sont moins favorables puisque seulement 17 % des contrats individuels des mutuelles couvrent les dépassements. En revanche, 70 % des contrats individuels haut de gamme proposés par les compagnies d'assurance couvrent les dépassements (Martin-Houssart, Rattier, Raynaud, 2005).

Une étude plus récente souligne les inégalités existantes en matière de couverture des dépassements d'honoraires. Les contrats dits de classe C (couverture standard), concernant 47 % des personnes couvertes de façon individuelle et 40 % de celles couvertes de façon collective, prennent en charge de façon modérée les dépassements d'honoraires. Seuls 20 % de ces contrats proposent un tarif de remboursement de 130 % du tarif conventionnel et 15 % offrent des remboursements allant de 131 % à 150 % du tarif conventionnel. À l'opposé, les contrats de classe A (haut de gamme) prennent tous en charge les dépassements d'honoraires à des taux supérieurs ou égaux à 200 % du tarif conventionnel (Arnould, Vidal, 2008).

Au total, l'évolution de l'assurance maladie complémentaire ne témoigne pas seulement de l'ampleur de la désocialisation. La libre prévoyance n'investit pas naturellement et mécaniquement les espaces laissés vacants par le désengagement de l'assurance maladie obligatoire. Elle s'installe sur certains biens et services médicaux laissés volontairement captifs (entièrement ou partiellement) par la politique publique de santé. Elle témoigne ainsi de la qualité (et pas seulement de la quantité) du désengagement de l'État social. Si les durcissements des politiques de ticket modérateur donnent une part plus grande à la couverture complémentaire, le recours aux tickets modérateurs d'ordre public refonde cette couverture, intimée dorénavant à aller dans le même sens que les régimes publics : ne pas rembourser quand la Sécurité sociale ne rembourse pas. L'analyse de la métamorphose de l'assurance maladie complémentaire permet alors de rendre davantage explicites les principes qui président à la construction de ce panier de soins, aussi bien dans sa profondeur mesurant le nombre et la nature des biens et services couverts que dans sa hauteur qui illustre la fraction du prix pris en charge (Velasco-Garrigo, Schreyogg, Busse, 2006).

2. Crise de régulation, crise de représentation

Les politiques de prise en charge du soin sont ainsi révélatrices des valeurs auxquelles sont attachées les gouvernements et plus généralement les sociétés qui les portent. Le retrait modulé de l'assurance maladie en France, comme le rationnement ciblé ailleurs, sont organisés en fonction de principes éthiques. La place dévolue à l'assurance maladie privée repose sur des jugements éthiques concernant le fonctionnement correct ou acceptable de la distribution et de la prise en charge des soins

Nous montrerons dans un premier temps (2.1) que la place de l'assurance maladie complémentaire repose sur une représentation particulière du patient dominée par la figure de l'*homo œconomicus*. La thématique du patient fraudeur, érigée en principe de politique de santé a mis au premier plan la rationalité économique stratégique du patient qui abuserait du système. La socialisation de l'assurance est alors vue comme une incitation perverse. Le développement d'un espace de libre prévoyance, censé responsabiliser l'individu, est alors conçu comme un moyen d'enrayer les comportements de type passager clandestin.

Les avancées de la théorie économique ont cependant nuancé cette approche en mettant en avant la dérive inégalitaire de cette conception. On pointe alors dans la seconde section (2.2), les contradictions d'une politique de santé qui cherche à tenir compte des avancées de la théorie économique tout en restant prisonnière d'une représentation du patient dominée par la rationalité économique. La difficulté de faire tenir ensemble ces deux registres fondamentaux de la politique de santé a exigé l'introduction de correctifs épargnants certains patients des nouvelles règles du jeu imposées aux autres en matière de couverture. Il devient dorénavant acquis que l'expansion de l'assurance maladie privée ne peut être que graduée, modulée et ciblée. L'abus du patient ne peut alors plus être considéré comme un comportement universel. La rationalité économique ordinaire ne s'exprimerait plus quand le patient dispose de faibles ressources ou est victime d'une maladie grave. Cette segmentation a reformulé les principes normatifs de la politique de santé. Elle a conduit à un déplacement libéral du système de santé qui ne résout pas la crise de régulation car il active le dilemme entre efficacité et inégalité plutôt qu'il ne le résout.

2.1. Une représentation du patient pour la construction d'un panier de soins

La recherche d'économies budgétaires par la responsabilisation du patient suppose de pouvoir identifier l'espace des dépenses improductives qui seraient laissées à la libre prévoyance. Cette identification définit l'espace d'intervention des assureurs privés. Tracer cette ligne de démarcation suppose l'existence de jugements de valeurs pour définir le gaspillage ou les abus du patient. L'identification du panier de soins pris en charge par la collectivité ne peut alors faire l'économie d'une réflexion de nature normative pour définir une dépense illégitime. L'accentuation de la contrainte budgétaire a fait de l'exigence éthique, un agenda incontournable en économie et politique de santé.

La construction de cette frontière éthique s'est inspirée d'une représentation du patient qui en fait un fraudeur en puissance, abusant de l'assurance sociale (2.1.1). Quand la tricherie du patient est mise en avant, la libre prévoyance s'en trouve légitimée. La rationalité du patient sert alors de levier au développement de l'assurance maladie complémentaire (2.1.2).

2.1.1 Le patient fraudeur : un principe de la politique de santé

L'histoire de la Sécurité sociale révèle la récurrence de la thématique des abus des assurés sociaux et théorisée sous la forme de l'aléa moral. Le comportement abusif du patient, profitant de l'assurance sociale pour dépenser au delà du nécessaire est déjà dénoncé dès les années 1940 (Pierru, 2007 ; Vallat, 2001). Aujourd'hui comme hier, cette critique répétitive

est réactivée à chaque période de déficit. La lutte contre la dérive des dépenses de santé est alors une lutte contre l'irresponsabilité du patient.

Ce dénigrement du patient s'est durci avec le temps et la thématique de l'abus s'est largement médiatisée³ en même temps qu'elle s'est étoffée. L'abus a dorénavant plusieurs visages notoires : le nomadisme où le patient consulte plusieurs médecins pour le même épisode de soins⁴, la fraude à l'assurance où la maladie est instrumentalisée pour satisfaire une préférence pour le loisir, l'addiction aux médicaments développant une consommation exagérée, le gaspillage de ressources rares quand « la santé n'a pas de prix ».

Si les arguments des années 1940 et 1950 sont semblables à ceux qui sont avancés aujourd'hui, ils s'expriment dorénavant avec plus de force du fait du référentiel marchand qui anime la politique de santé. L'insistance sur le rôle des dépenses dans le déficit, le refus d'accroître les prélèvements obligatoires et donc les recettes, la baisse de la dépense publique érigée en horizon incontournable remettent au premier plan la politique de la demande. L'argument de la nécessité sociale qui interdisait tout alourdissement des frais de santé du patient conduisait naguère à privilégier la régulation de l'offre pour maîtriser les dépenses (Vallat, 2001). Cet argument est aujourd'hui relégué au second plan.

L'État détermine alors les cadres et les valeurs permettant le fonctionnement de cette représentation marchande. Le projecteur braqué sur certains comportements opportunistes des assurés va fournir une assise à la critique de l'assurance maladie socialisée. La mauvaise réputation du patient est en effet intimement liée à la socialisation de l'assurance maladie. Le patient développe un comportement de resquilleur car il profite de la socialisation de l'assurance. La gratuité ou le sentiment de gratuité conduirait à des dépenses immodérées. Elle activerait chez chaque individu un penchant supposé naturel au moindre effort qui conduit au gaspillage. Dans ce contexte institutionnel, chaque assuré peut développer une attitude perverse en toute impunité car il sait que ses dépenses injustifiées seront supportées par un financement collectif. Si chaque individu se conduit en profiteur, c'est parce que la forme sociale, obligatoire et collective de l'assurance santé lui offre des espaces de libertés dans lesquels il va s'engouffrer. Il semble dès lors acquis que l'excès d'assurance sociale est la cause d'une consommation inutile ou injustifiée.

2.1.2. La désocialisation pour responsabiliser le patient

La dénonciation des abus des patients dissimule ainsi une critique de l'assurance sociale. Ce formatage du problème appelle sa gamme particulière de solution. Si le problème est la socialisation de l'assurance santé, la réponse doit être cherchée dans la désocialisation. C'est dans cet esprit que s'est développée la mise à contribution financière du patient notamment par la politique de ticket modérateur et l'activation de l'espace de prévoyance privée.

L'abus du patient est une conséquence de sa rationalité stratégique et de la réduction des valeurs au seul intérêt privé. Il est alors rationnel de gaspiller et les abus du patient ne sont qu'un produit dérivé d'une l'hypothèse économique de rationalité considérée comme

³ Une campagne publique de publicité affirme : « la Sécu, c'est bien, en abuser ça craint ».

⁴ Le nomadisme médical est une forme d'aléa moral de seconde espèce, il repose sur l'idée selon laquelle le patient va consulter de son propre chef un autre médecin pour une même pathologie. Mais, si ce comportement existe dans certains cas, il reste assez marginal. Il est évalué entre 2 et 4 % des épisodes de soins après l'exploitation de données de l'enquête santé de l'INSÉÉ de 1991-1992 (Breuil-Genier, Rupperecht, 2000). Une enquête plus récente évalue les vrais nomades à 0,02 % des bénéficiaires des caisses de l'AMPI (Blum-Boisgard, Dachicourt, 2001).

universelle. Les comportements abusifs sont alimentés par le caractère collectif de l'assurance santé qui permet à chaque patient de se conduire en passager clandestin.

Ce patient immoral est en effet peu soucieux du bien commun : il profite de l'assurance collective sans assumer financièrement les conséquences de son comportement irresponsable. Cherchant à tirer la couverture à lui, il se conduit en resquilleur. Il peut développer un tel comportement du fait du caractère collectif de l'assurance santé : Le patient peut disposer de ce service public sans en avoir supporté la charge.

Quand chaque patient se conduit en passager clandestin, c'est l'assurance santé dans son ensemble qui est vulnérable. Le développement et le durcissement des tickets modérateurs sont alors des moyens d'inciter à davantage de vertu ce patient supposé *homo œconomicus*. Ils viennent corriger les effets pervers de l'expression de sa rationalité calculatrice. En redressant l'attitude indélicate du patient, ils permettent de sauver l'assurance santé collective des menaces que fait peser sur elle la rationalité opportuniste.

Pour lever ce problème, on pourrait en appeler à une autre rationalité : moins *self regarding* et davantage *other regarding*. Pourtant, le propre de cette solution incitatrice est de combattre les effets pervers de cette conception de la rationalité par l'exacerbation de cette même rationalité. Il s'agit moins de véhiculer d'autres valeurs que celles du calcul rationnel que d'orienter ce calcul. Il s'agit en effet de s'appuyer sur la rationalité individuelle pour donner aux agents un intérêt à adopter un comportement vertueux. La théorie de l'aléa moral en santé est exemplaire de cette façon d'en appeler à l'hyper capacité de calcul du patient pour combattre les dérives de sa rationalité calculatrice. C'est en activant la rationalité individuelle que l'on entend assurer une coordination efficace. Celle-ci reste dépourvue de références à des valeurs qui seraient étrangères à l'intérêt lucratif et qui pourraient nourrir un comportement coopératif.

La théorie économique et sa capacité à performer la politique de santé ont conduit à mettre en avant la dangerosité d'une assurance sociale complète. Si la gratuité totale est une incitation perverse, le recours à un copaiement devient la bonne incitation, celle qui va conduire les individus rationnels à adopter des comportements économes. C'est donc en jouant sur l'intérêt bien compris du patient que la politique de santé va enrayer les comportements stratégiques. Le recours à l'intérêt lucratif permet ainsi paradoxalement de combattre les effets de la recherche de l'intérêt lucratif. La métamorphose de l'assurance maladie complémentaire est un élément central de cette représentation du patient.

2.2. Un libéralisme social en crise

La théorie de l'aléa moral et les politiques qui en découlent reposent sur un présupposé normatif mettant en avant les abus rationnels du patient. Cette hypothèse normative qui s'incarne dans les politiques économiques est source de dommages collatéraux : les politiques de report sur la complémentaire pénalisent notamment les individus les plus modestes et les plus malades. Leur efficacité attendue (dans la maîtrise de la dépense de santé) se paye par un accroissement substantiel des inégalités.

Il faut alors introduire des correctifs à ces politiques en mettant certains patients en marge du régime commun. Cette stratégie d'inspiration libérale est couteuse. Elle est alors paradoxale si elle porte préjudice à l'objectif qui est recherché : baisser les dépenses d'assurance maladie (2.2.1). Elle peine également à combattre les inégalités d'accès aux soins car elle reste marquée par une philosophie politique et morale dominée par le libéralisme social qui exacerbe les problèmes de seuil et de stigmatisation caractéristiques des politiques de ciblage (2.2.2).

2.2.1 : Des dépenses nouvelles induites par la segmentation des patients

L'introduction volontaire de barrières financières aux soins, notamment par une politique de tickets modérateurs ou le développement des dépassements d'honoraires, conduit à une sous-consommation voire à des renoncements qui peuvent être préjudiciables à la santé. Le dilemme entre efficacité et équité dans les politiques de santé s'en trouve accentué. Quand les politiques de lutte contre l'aléa moral sont efficaces, elles conduisent à des problèmes d'équité. Cette évidence, dorénavant largement documentée, bouleverse la conception du patient fraudeur. Ainsi, des travaux mettent en avant les externalités positives pour la société d'une couverture santé et réhabilite l'idée que l'assurance permet aussi d'accéder aux soins.

Si l'on met en avant le « motif d'accès », et pas seulement l'aversion pour le risque, alors l'assurance a un effet positif sur le bien-être social car elle permet à des individus d'acquérir du soin qu'ils ne pourraient financer seuls au regard de leur revenu (Nyman, 1999). L'assurance complète a donc une valeur en soi quand elle permet un accès aux soins, impossible sans assurance. C'est le cas, tout particulièrement, des patients dont le revenu insuffisant ne permet pas le recours au médecin sans appauvrissement, quel que soit le soin. C'est le cas également pour des patients dont la maladie grave est trop coûteuse sans assurance, quel que soit leur revenu. Dans ces conditions, la pauvreté ou la longue maladie annulent les comportements suspectés de passer clandestin. Pour ces types de patient, un phénomène « d'anti aléa moral » peut décrire une situation où un défaut d'assurance entraîne une sous consommation de soins qui détériore l'état de santé et pèse sur le bien être collectif. La suspicion d'une dépense inutile, quand elle existe, ne peut toucher que d'autres types de patients, sur lesquels il faut concentrer les copaiements.

En posant le problème dans les termes d'un seuil où l'effort demandé au patient est contre-productif, la politique de santé a pris acte que le comportement de resquilleur n'est pas un comportement universel. Ce constat restreint l'espace des abus potentiels. Il nécessite d'identifier les patients ou les soins qui doivent échapper aux politiques de coassurance. Il conduit en France à une segmentation des patients. Dans un contexte d'activation de l'assuré et de durcissement de la politique de ticket modérateur certains patients bénéficient d'un traitement préférentiel en étant exonéré du ticket modérateur ce qui conduit à une gratuité théorique à défaut d'être effective. Le développement des politiques de partage des coûts avec les patients s'accompagne de mesures visant à épargner certains assurés sociaux des effets pervers de telles politiques. En France, la conception des publics à privilégier a été récemment renouvelé : les plus pauvres avec la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC) ont rejoint les plus malades en Affection de Longue Durée (ALD) en étant pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale.

L'un de ces aspects les plus importants la réforme de l'assurance maladie est ainsi d'organiser une segmentation des patients selon leur contribution au financement de leurs dépenses de santé. Certains patients sont davantage mis à contribution alors que d'autres en sont dispensés par la politique publique. Cette solidarité ciblée est importante, ne serait ce que par les moyens financiers engagés pour le remboursement intégral des frais médicaux des 12 millions de personnes concernées, dans un contexte où l'on cherche à réduire les dépenses.

L'un des aspects essentiels de la réforme de l'assurance maladie est ainsi d'intensifier les politiques de ticket modérateur tout en augmentant le nombre de personnes qui en sont exonérées, de façon à éviter les dommages collatéraux induits par la mise en institutions de la notion d'aléa moral. Ce double mouvement trace une ligne de partage des risques entre la libre prévoyance par la protection complémentaire et la solidarité collective. L'importance de ce ciblage en santé s'observe par le nombre de personnes concernées, le volume de dépenses d'assurance maladie engagées mais aussi par le différentiel de croissance (les dépenses liées

aux exonérations de ticket modérateur croissent plus vite que celles avec ticket modérateur). Il explique aussi pourquoi la désocialisation de l'assurance maladie est partout sauf dans les statistiques : si la dépense de santé privée ou privatisée s'accroît, la dépense socialisée n'est pas forcément en recul. Elle reste relativement stable autour de 76 % du total. Cependant, la désocialisation est bien réelle pour le patient particulier qui n'est pas pris en charge à 100 %.

L'élargissement de l'espace d'exonération du TM est un retour inattendu de son intensification. Les dépenses nouvelles qui y répondent sont alors la conséquence de la recherche d'économies par la cette politique de la demande : tout accroissement de l'espace du payant suscite une nouvelle gratuité. Le transfert de la dépense à la libre prévoyance conduit à un renforcement de la prise en charge publique. Ce mouvement de *feed-back* est une manifestation de l'exigence éthique qui caractérise les dépenses de santé. La politique économique de santé repose sur des jugements éthiques concernant le fonctionnement correct ou acceptable du système de santé. Les correctifs du type CMUC apportés aux politiques de la demande sont associés à un fonctionnement « juste » du système de santé. Cette quête de légitimité de la politique publique a une résonance particulière en matière de santé du fait de la nature très particulière du bien qui conditionne tout le reste et apparaît essentiel à une « bonne » vie.

Parce que les problèmes de justice (ou d'injustice), de « valeurs » ou d'éthique s'expriment avec une acuité particulière quand ils touchent la délivrance et la distribution des soins, les politiques de la demande en santé se doivent de ne pas faire des barrières financières, des obstacles à l'accès aux soins. L'organisation du système de santé est révélatrice du pacte social qui constitue une société. Quand, au nom de la réduction des budgets publics, les dispositifs mis en œuvre présentent un risque de renoncement aux soins, ils fragilisent le contrat social dont est dépositaire le système de santé. Sauf à changer de système politique et de refonder le contrat social, cette obligation éthique exige des dépenses nouvelles. Il apparaît illusoire, dans ce contexte, de chercher une efficacité (en termes de réduction des dépenses) dans les politiques de copaiement. Il reste alors à s'interroger sur la capacité de cette segmentation à combattre les inégalités d'accès aux soins.

2.2.2. Une équité compromise

Cette segmentation, en mettant en avant un ciblage de la solidarité, révèle un déplacement libéral (au sens des théories de la protection sociale) de l'assurance maladie en France. Les individus sont éligibles à l'issue d'une procédure administrative (l'examen des ressources ou de la détérioration de l'état de santé) qui remplace le caractère automatique d'une prestation qui serait véritablement universelle (Batifoulier, 2008 ; Castel, 2008 ; Merrien, Parchet, Kernen, 2005). Les prestations sélectives accordées par un État social interventionniste, de façon à lutter contre la pauvreté, sont aussi l'une des caractéristiques d'un régime libéral de protection sociale.

Le dualisme orchestré par l'État social reste le produit de la représentation du patient inspirée du référentiel marchand. Si elle y apporte des correctifs, elle n'en change pas la nature. La norme reste en effet le ticket modérateur, l'exemption devant constituer l'exception. La trajectoire poursuivie par la réforme est assise sur un libéralisme social mettant l'accent sur le choix et la liberté individuelle. Le ciblage et la protection publique doivent être restreints aux espaces où la responsabilité individuelle ne peut pas s'exprimer. Dans les autres cas, l'individualisation de la protection maladie est menée au nom d'une conception *welfariste* (au sens de l'économie du bien être) qui met au premier plan les préférences individuelles. Elle argue que seuls les individus savent ce qui est bon pour eux. Le besoin de protection ne peut alors être que subjectif et fondé sur la valeur que les individus accordent à leur santé, que peut refléter leur consentement à payer.

Dans ces conditions, le fondement normatif ordinaire de la politique de la demande en santé reste celle du patient rationnel, devant assumer ses libres choix. Le déplacement libéral de l'assurance maladie en France est alors en phase avec le libéralisme social qui anime la représentation du patient et qui encourage les individus à se tourner vers le marché de l'assurance complémentaire. Cette évolution conduit à des effets pervers quand les inégalités, que l'on cherche à réduire, s'accroissent.

Les effets de seuils sont symptomatiques des politiques de ciblage. Ils s'expriment avec plus de violence dans un cadre de segmentation des assurés et de prégnance du patient rationnel dans la mesure où les patients à la marge sont victimes de l'intensification des politiques de lutte contre l'aléa moral. Ainsi, la définition de la pauvreté par le seuil CMUC est partielle et partiale. Elle oublie des individus dont les ressources se situent au niveau de certains *minima* sociaux et en dessous du seuil de pauvreté monétaire, qui doivent assumer des frais de santé en croissance alors que leur état de santé ne diffère pas fondamentalement de celui des bénéficiaires de la CMUC. Les correctifs sont non seulement insuffisants⁵, mais ne suppriment pas les effets de seuil qui apparaissent ainsi sans fin. Ils sont symptomatiques de la contradiction entre efficacité et équité, inhérente aux dispositifs de ciblage : un seuil de ressources faible restreint la population touchée par le dispositif et rend vulnérables les familles aux ressources au-dessus du seuil. Un niveau de ressources plus élevé est plus équitable, mais plus coûteux. Les économies réalisées sont faibles quand la mesure est limitée aux hauts revenus.

La mesure de la gravité de la maladie est également soumise à effet de seuil car cette catégorie, comme celle de la pauvreté, relève d'une construction sociale. C'est pourquoi, les patients en ALD doivent assumer des restes à charge parfois importants car ils continuent à payer le ticket modérateur sur les autres dépenses de santé (sauf couverture par la CMUC)⁶. Le classement en ALD, soumis au jugement du médecin, repose sur une marge d'interprétation pour certaines pathologies⁷. Il n'est donc pas surprenant que certains patients présentant des pathologies répétées ou longues ou encore nécessitant une hospitalisation de moins de 30 jours⁸ doivent assumer une charge financière importante (Bras, Grass, Obrecht, 2007). Mettre davantage à contribution le malade est contraire au principe de solidarité si on considère que la maladie choisit ses victimes au hasard. Si la maladie décide des contributeurs, la solidarité devient aveugle alors qu'elle doit être dirigée (des riches vers les pauvres ou des biens portants vers les malades).

En matière de revenu comme de gravité de la maladie, le bouclier contre les restes à charge est très imparfait car il est impossible de trouver un seuil à partir duquel un patient est déclaré responsable. Les segments n'étant pas étanches, le ciblage conduit à faire basculer des assurés dans une responsabilisation qu'ils ne peuvent pas assumer. Il introduit une précarité sanitaire.

En jetant un discrédit social et la suspicion sur les populations concernées et en produisant des externalités négatives, la stigmatisation est une autre caractéristique souvent mentionnée

⁵ L'aide de l'État à l'acquisition d'une complémentaire si le revenu est inférieur au seuil CMU + 15% puis + 20% (100 € pour les moins de 25 ans, 200 € de 25 à 59 ans et 400 € au-delà) ne résout pas ce problème récurrent car elle ne permet d'acquiescer qu'une complémentaire « bas de gamme » et crée de nouveaux seuils.

⁶ Le rapport sur les ALD du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie souligne que le reste à charge est près de 2 fois supérieur à celui de la population générale. Il est en moyenne de 596 € dont 254 € de ticket modérateur pour les soins de ville et 195 € pour les dépassements d'honoraires.

⁷ La CNAMTS (« Points de repère » d'août 2006), étudiant le décalage entre le classement en ALD et la géographie de la morbidité, souligne l'existence d'effets d'offre de soins.

⁸ Au-delà, le TM est pris en charge.

des politiques de ciblage. Une séparation plus nette entre les populations qui bénéficient de l'assurance et celle qui vit de l'assistance exacerbe cette stigmatisation. La segmentation des patients conduit à comprendre la solidarité comme une action minimaliste. Dans ces conditions, la politique publique accélère l'internalisation de stéréotypes négatifs. Le stigma s'accroît dans une atmosphère de combat contre l'aléa moral et d'activation du patient responsable (Stuber, Schlesinger, 2006). Il s'en suit une modification de la perception du besoin de soins pouvant déboucher sur un moindre recours.

Les contraintes administratives sont particulièrement tangibles pour les publics ciblés. Les patients en ALD sont soumis aux ordonnances bizones ou à l'obligation de suivi d'un protocole de soins. Comme les bénéficiaires de la CMUC, ils doivent respecter le parcours de soins sous peine de perdre l'avantage de l'exonération du ticket modérateur. Les autres patients ne sont pas soumis à de telles contraintes. En particulier, ils ne sont pas tenus de respecter le parcours de soins s'ils sont prêts à assumer les malus. Les règles incitatives sont ainsi le privilège des patients moyens alors que les règles ne sont coercitives que pour les patients les plus fragiles. L'obéissance à la règle est un trait caractéristique des dominés⁹ que l'on retrouve aussi dans la politique de santé.

Le durcissement de la contrainte pour les uns dans un contexte incitatif pour les autres est source de stigmatisation. Cette différenciation dans le suivi de la règle peut conduire, dans certains cas, à renoncer au droit l'exonération du ticket modérateur. L'effet de désignation des plus pauvres, associé à l'hostilité de certains médecins, peut être l'une des causes d'un non-recours important à la CMUC (Legal, 2007). L'objectif d'équité prôné par la politique publique débouche alors paradoxalement sur un moindre accès effectif observable dans les phénomènes de refus de soins. Si l'évolution de la politique publique de ciblage montre que l'on ne peut plus faire abstraction des critères socioéconomiques du patient dans la couverture maladie, rien ne garantit *a priori* que les médecins aient la même représentation des patients à privilégier. L'existence de ce défaut de représentation rend vulnérable la politique publique, quand elle cherche à résoudre des problèmes d'accès aux soins.

La nouvelle architecture du système de santé souffre d'un déficit de légitimité. Les phénomènes de stigmatisation, de non-recours, de refus de soins, sont des témoignages de la sensibilité de l'effectivité des règles à leur légitimité (Bessis, 2008). Quand un système de règles est perçu comme légitime par les acteurs, ceux-ci ont tendance à agir conformément à l'idée qu'ils se font d'un fonctionnement adéquat du système de santé. À l'inverse, quand les règles ne sont pas considérées comme légitimes, les acteurs cherchent à contourner les règles qui perdent ainsi de leur effectivité.

Conclusion

La construction de la notion de performance des systèmes de santé impose une baisse des budgets publics pour une qualité des soins qui n'en souffrirait pas. C'est pourquoi, en France, le référentiel marchand de politique publique impose une réduction de la dépense socialisée, celle qui est prise en charge par l'assurance sociale. Une façon *a priori* très simple d'y accéder est de transférer la dépense au patient qui la refinancera auprès de son organisme complémentaire. La dépense est alors une dépense privée et ne pèse pas ou moins sur les comptes publics. Ce transfert de charge vers le patient ou son assurance complémentaire réduit les prélèvements obligatoires publics, mais augmente substantiellement la contribution demandée au patient pour financer ses dépenses de santé. En rendant dépendant le niveau de couverture du patient à son revenu, elle accroît substantiellement les inégalités. Elle conduit

⁹ Ce sont les termes d'un entretien accordé par Luc Boltanski à la revue *contretemps* n° 15, 2009.

alors mécaniquement à des renoncements aux soins pour des raisons financières qui vont *in fine* détériorer l'état de santé de la population.

Réduire la dépense socialisée de santé ne peut donc être un objectif brut de la politique économique. Le transfert des frais vers le patient ou sa complémentaire ne peut pas s'effectuer à l'aveugle. Il doit être mesuré et modulé. Le resserrement de la contrainte budgétaire doit aussi composer avec les dommages que peut entraîner la réalisation de cet objectif. La politique de santé doit ainsi affronter un dilemme : réduire les dépenses sans pour autant sacrifier la lutte contre les inégalités dans l'accès aux soins.

La prise en considération de ce dilemme s'est concrétisée dans la volonté de faire la chasse à une consommation jugée inutile ou injustifiée tout en cherchant à améliorer l'accès aux soins, à un coût supportable pour les individus et la collectivité. La politique économique en matière de santé doit donc identifier des priorités et recenser les maladies ou les malades, les types de soins ou de prescriptions qui doivent être prises en charge par la solidarité collective. L'identification de ce panier vise, du même coup, à définir ce qui doit être laissé à la responsabilité individuelle et au financement privé par les organismes complémentaires.

Cette nouvelle conception de la prise en charge du risque maladie repose davantage sur une restructuration de l'intervention de l'État que sur son effacement volontaire. Elle s'appuie en effet sur un engagement qualitatif de l'État plus que sur son désengagement quantitatif. Elle appelle donc des dépenses nouvelles qui visent à lutter contre les dommages collatéraux induits par une conception du patient qui en fait un fraudeur en puissance et qu'il faut inciter à la vertu par des mécanismes de malus bien choisis.

La CMUC, venant compléter le dispositif ALD peut se lire en ces termes. Si elle constitue un progrès social, elle porte aussi une vision libérale de la protection maladie qui renforce le libéralisme social qui anime les politiques de santé. Quand les patients les plus vulnérables sont protégés, les autres peuvent être mis davantage à contribution. Cette politique de ciblage est source de nombreuses inégalités qui s'exacerbent dans un contexte de segmentation des patients. Quand de nouvelles dépenses se conjuguent avec de nouvelles inégalités, la régulation du système de santé peut être qualifiée de déficiente au regard même des objectifs qui sont affichés. Cette crise de régulation peut être lue comme une crise de la représentation orthodoxe d'un « bon » système de santé. En matière de santé comme dans d'autres domaines, les anciennes idées à la mode et les conceptions dominantes de la façon de faire « monde commun » semblent avoir atteint leurs limites. Cette évolution devrait inciter les économistes de la santé à repenser la question de l'équité (Mooney, 2009).

Bibliographie

ABALLEA P., BARTOLI F., ESCLUS L., YENI I. [2007], *Les dépassements d'honoraires médicaux*, Paris, IGAS.

ABECASSIS P., COUTINET N., DOMIN J.-P. [2008], « Logiques industrielles *versus* droits sociaux : une application au secteur de l'assurance maladie complémentaire », in DOMIN J.-P., MARIC M., DELABRUYERE S., HEDOIN C. (Eds), *Au-delà des droits économiques et des droits politiques, les droits sociaux*, Paris, L'Harmattan, p. 153-166.

ARNOULD M.-L., RATTIER M.-O., RAYNAUD D. [2006], « Les contrats d'assurance maladie complémentaire, une typologie en 2003 », *Études et résultats*, (490).

ARNOULD M.-L., VIDAL G. [2008], « Typologie des contrats les plus souscrits auprès de complémentaires santé en 2006 », *Études et résultats*, (663).

- ARROW K.-J. [1963], « Uncertainty and the welfare economics of medical care », *American economic review*, 53(5), p. 941-973.
- BARBIER J.-C., THERET B. [2004], *Le nouveau système français de protection sociale*, Paris, Éditions de la Découverte.
- BARDEY D., COUFFINHAL A., GRIGNON M. [2003], « Efficacité et risque moral ex post en assurance maladie », *Revue française d'économie*, 18(2), p. 165-197.
- BATIFOULIER P. [2008], « Renouveau de la politique de ciblage en santé. De nouveaux droits sociaux ? », in DOMIN J.-P., MARIC M., DELABRUYERE S., HEDOIN C. (Eds), *Au-delà des droits économiques et des droits politiques, les droits sociaux ?*, Paris, Éditions de l'Harmattan, p. 181-193.
- BATIFOULIER P., DOMIN J.-P., GADREAU M. [2007], « Chapitre introductif. Politique de santé : la grande transformation », *Économie appliquée*, 60(1), p. 5-36.
- BATIFOULIER P., DOMIN J.-P., GADREAU M. [2008], « Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française », *Revue française de socio-économie*, (1), p. 27-46.
- BATIFOULIER P., EYMARD-DUVERNAY F., FAVEREAU O. [2007], « État social et assurance maladie. Une approche par l'économie des conventions », *Économie appliquée*, 60(1), p. 203-229.
- BEJEAN S., GADREAU M. [1992], « Asymétrie d'information et régulation en médecine ambulatoire », *Revue d'économie politique*, 102(2), p. 207-227.
- BESSIS F. [2008], « La théorie de la réflexivité limitée. Une contribution au débat sur l'action entre l'Economie des Conventions et la Théorie de la Régulation », *Cahiers d'Economie Politique*, (54), p. 27-56.
- BLUM-BOISGARD C., DACHICOURT P. [2001], *Étude de la justification médicale du nomadisme*, Paris, Assurance maladie des professions indépendantes (AMPI).
- BRAS P.-L., GRASS É., OBRECHT O. [2007], « En finir avec les affections de longue durée (ALD), plafonner les reste à charge », *Droit social*, (4), p. 463-471.
- BREUIL-GENIER P., RUPPRECHT F. [2000], « Comportements opportunistes des patients et des médecins : l'apport d'analyse par épisode de soins », *Économie et prévision*, (142), p. 163-179.
- CALLON M. [1998], « Introduction : the embeddedness of economic market in economics », in CALLON M. (Ed) *The laws of the market*, Oxford, Blackwell Publishers, p. 9-46.
- CASTEL R. [2008], « Qu'est-ce qu'être protégé ? La dimension socio-anthropologique de la protection sociale », in GUILLEMARD A.-M. (Ed) *Où va la protection sociale ?*, Paris, Puf, p. 101-118.
- CATRICE-LOREY A., STEFFEN M. [2008], « La protection santé en France : vers quel nouveau modèle ? », in GUILLEMARD A.-M. (Ed) *Où va la protection sociale ?*, Paris, Puf, p. 139-164.
- CHONE P., GRIGNON M., MAHIEU R. [2001], « Quelles fonctions économiques pour des opérateurs de soins dans le système de santé français », *Revue française d'économie*, 16(1), p. 169-214.
- CORIAT B., WEINSTEIN O. [2004], « Institutions, échanges et marchés », *Revue d'économie industrielle*, (107), p. 37-62.

- COUFFINHAL A., PERRONNIN M. [2004], « Accès à la couverture complémentaire maladie en France : une comparaison des niveaux de remboursements », *Questions d'économie de la santé*, (80).
- DEL SOL M., TURQUET P. [2005], « Les organismes complémentaires d'assurance maladie et la gestion et la gestion du risque maladie à l'aune de la réforme du 13 août 2004 », *Revue de droit sanitaire et social*, 41(2), p. 308-323.
- DEMANGE G., GEOFFARD P.-Y. [2004], « À quoi peut servir la concurrence en assurance santé ? », *Revue d'économie politique*, 114(5), p. 595-609.
- DOMIN J.-P. [2006], « La démocratie sanitaire participe-t-elle à la construction d'un consommateur de soins ? », *Journal d'économie médicale*, 24(7-8), p. 427-438.
- ENTHOVEN A. [1993], « The history and principles of managed competition », *Health affairs*, 12(1), p. 24-48.
- FRANCESCONI C., PERRONNIN M., ROCHEREAU T. [2006], « La complémentaire maladie d'entreprise : niveaux de garanties des contrats selon les catégories de salariés et le secteur d'activité », *Questions d'économie de la santé*, (112).
- GINON A.-S. [2005], « Le médecin traitant, révélateur des nouvelles fonctions de la protection sociale complémentaire », *Revue de droit sanitaire et social*, 51(6), p. 907-918.
- LEGAL A. [2007], « La CMUC instrument efficace de lutte contre les inégalités d'accès à la santé ? », in BATIFOULIER P., GHIRARDELLO A., LARQUIER (DE) G., REMILLON D. (Eds), *Approche institutionnalistes des inégalités en économie sociale*, Paris, Éditions L'Harmattan, p. 217-232.
- LOONES A. [2008], *L'opinion des salariés et des employeurs sur la complémentaire santé et son évolution dans le cadre des réformes de l'assurance maladie*, Paris, CREDOC.
- MARICAL F., SAINT-POL (DE) T. [2007], « La complémentaire santé : une généralisation qui n'efface pas les inégalités », *INSEE Première*, (1142).
- MARTIN-HOUSSART G., RATTIER M.-O., RAYNAUD D. [2005], « Les contrats offerts en 2002 par les organismes d'assurance maladie complémentaire », *Études et résultats*, (402).
- MERRIEN F.-X., PARCHET R., KERNEN A. [2005], *L'État social. Une perspective internationale*, Paris, Armand Colin.
- MILLER R. H., LUFT H. S. [1997], « Does managed care lead to better or worse quality of care ? A survey of recent studies mixed results on managed care performance », *Health affairs*, 16(5), p. 7-25.
- MOONEY G. [2009], « Is it time for health economist to rethink equity and access ? », *Health economics, policy and law*, 4(2), p. 209-221.
- MORMICHE P. [1995], « L'accès aux soins : évolution des inégalités entre 1980 et 1991 », *Économie et statistique*, (282), p. 3-19.
- NYMAN J.-A. [1999], « The economics of moral hazard revisited », *Journal of Health economics*, 18(6), p. 811-824.
- PALIER B. [2008], « De la demande à l'offre, les réformes de la protection sociale en France », in GUILLEMARD A.-M. (Ed) *Où va la protection sociale*, Paris, Puf, p. 119-138.
- PALIER B. [2005], *Gouverner la sécurité sociale. Les réformes du système français de protection sociale depuis 1945*, Paris, Puf.

PAULY M.-V. [1968], « The economics of moral hazard : comment », *American economic review*, 58(1), p. 531-537.

PIERRU F. [2007], *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauges, Éditions du Croquant.

STUBER J., SCHLESINGER M. [2006], « Source of stigma for means-tested government programs », *Social science and medicine*, 63(4), p. 933-945.

THERET B. [2007], « Les transformations de l'État social français depuis 1975 : une analyse centrée sur les politiques de santé et menée au regard des standards typologiques et théoriques du changement institutionnel », *Économie appliquée*, 60(1), p. 69-100.

VALLAT B. [2001], *Histoire de la Sécurité sociale (1945-1967). L'État, l'institution et la santé*, Paris, Économica.

VELASCO-GARRIGO M., SCHREYOGG J., BUSSE R. [2006], « Description des paniers de soins dans 9 pays de l'union européenne », *Revue française des affaires sociales*, 60(2-3), p. 63-90.