

FAIRE PAYER LE PATIENT : UNE POLITIQUE ABSURDE

Philippe Batifoulier

La Découverte | *Revue du MAUSS*

2013/1 - n° 41
pages 77 à 92

ISSN 1247-4819

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-du-mauss-2013-1-page-77.htm>

Pour citer cet article :

Batifoulier Philippe, « Faire payer le patient : une politique absurde »,
Revue du MAUSS, 2013/1 n° 41, p. 77-92. DOI : 10.3917/rdm.041.0077

Distribution électronique Cairn.info pour La Découverte.

© La Découverte. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Faire payer le patient : une politique absurde

Philippe Batifoulier

Faire payer le patient est une stratégie à la mode et les tickets modérateurs, franchises médicales et participation forfaitaire se sont largement développés. En France comme ailleurs, la contribution financière des patients au financement de leurs propres dépenses de santé a considérablement augmenté, avec des situations différenciées, selon les pays, tenant à la place de l'assurance privée [voir par exemple Quesnel-Vallée *et al.*, 2012].

Cette stratégie est délibérée. Il s'agit d'organiser le renoncement aux soins pour raison financière pour lutter contre les gaspillages. Disposer d'une assurance maladie généreuse encouragerait une consommation de soins sans utilité pour la santé. L'assurance maladie est, dans ce cadre, une incitation perverse, et il conviendrait de réduire la couverture maladie pour le bien-être de tous. Les politiques de partage des coûts avec les patients (les tickets modérateurs, forfaits et franchises, voir encadré) n'ont pas uniquement pour objet d'économiser ponctuellement quelques millions d'euros. Ils ont pour mission de décourager la consommation de soins et ça marche !

La stratégie est en effet efficace car le renoncement aux soins pour raison financière est généralisé, comme le montre l'enquête du Commonwealth Fund [2010] : 20 % des répondants, aux États-Unis, ont déclaré avoir des problèmes sérieux pour payer leurs dépenses de santé ou en être incapable au cours des douze derniers mois. La France est le pays européen étudié qui a le taux le plus fort avec 9 % et le Royaume-Uni le plus faible avec 2 %.

Cette stratégie a des conséquences politiques graves. Considérer que l'assurance santé est un problème donne des arguments à ceux qui s'opposent à son extension. Aux États-Unis, cette conception de l'assurance santé est fréquemment convoquée dans le débat public pour faire échec à toutes les tentatives d'extension de couverture aux millions d'Américains qui en sont dépourvus [Gladwell, 2005]. En Europe, comme l'assurance santé est essentiellement publique et obligatoire, c'est son repli qui est réclamé au nom de la responsabilisation du patient. Le plaidoyer pour l'augmentation de l'espace de libre prévoyance rencontre alors les intérêts financiers des assureurs privés qui profitent du désengagement de l'assurance publique pour développer leur marché. Enfin, mettre l'accent sur l'implication de l'assurance du patient dans la dérive des dépenses de santé dédouane étrangement les médecins de toute responsabilité dans ces dépenses, comme si le patient pouvait consommer des soins sans passer par un médecin qui délivre une ordonnance ! Faire payer le patient est une stratégie qui illustre l'état des rapports de force dans le domaine de la santé. Le pouvoir politique des médecins (ou du moins celui de certains d'entre eux) est sans commune mesure avec celui des patients.

Si les enjeux sont considérables, les conséquences sont tragiques. Faire payer le patient nuit en effet gravement à son état de santé et alimente les inégalités tout en activant des dépenses nouvelles, notamment par des mécanismes de report de soins vers l'hôpital. En dépit de ces dommages que nous allons expliciter, elle reste une stratégie poursuivie obstinément par les gouvernements. Cette persévérance dans l'erreur est pour une large part imputable aux fondements théoriques forts dont bénéficie cette stratégie et qui sont pourtant largement douteux.

Le mot d'ordre : la santé doit avoir un prix

La théorie économique standard s'appuie sur un vocable obscur pour critiquer une couverture santé généreuse : celui d'aléa moral (ou « *hazard moral* » dans la version originale), qui désigne la consommation de soins induite par l'assurance santé. Le vocable est d'autant plus obscur qu'il n'y a aucune moralité dans cet aléa moral mais uniquement un comportement rationnel du patient. C'est

à un économiste américain, Mark V. Pauly [1968], que l'on doit d'avoir construit les bases de la théorie de l'aléa moral en santé en donnant une interprétation négative. La notion d'aléa moral est en effet neutre. Elle relève pour une large part de l'évidence (on consomme effectivement davantage de soins quand on est assuré) et ne dit rien sur le caractère justifié ou non de la consommation de soins. On pourrait valoriser le fait de consommer plus de soins grâce à l'assurance et ainsi espérer l'existence d'un aléa moral.

Au contraire, le travail de Pauly va consister à convaincre qu'il faut craindre cet aléa moral car l'assurance santé abaisse le prix des soins et rend le soin de santé plus attractif pour un consommateur rationnel. Dans un marché où les biens et services sont achetés sans assurance, le consommateur arbitre entre différents biens en fonction de son budget et du rapport entre l'utilité du bien et son coût. L'assurance pervertit ce comportement jugé optimal car la baisse de prix fait acheter davantage pour la même utilité du bien. Or le budget drainé par le soin de santé aurait pu servir à autre chose. Cette interprétation partielle et partielle de l'aléa moral, en tant qu'effet prix classique de la théorie économique standard du consommateur, entraîne une perte de bien-être collectif. Le patient profite d'un effet d'aubaine : l'assurance rend le soin gratuit (ou abordable) et il en consomme alors davantage.

Partage des coûts, reste à charge et aléa moral : quelques définitions

Les mécanismes de partage des coûts entre l'assureur et l'assuré (le patient) relèvent de quatre dispositifs :

— le ticket modérateur (ou coassurance), qui correspond à un pourcentage du coût des soins, est très développé pour les consultations de médecins généralistes ou spécialistes ainsi que pour les médicaments en France, en Belgique ou en Suisse. L'Allemagne ne les pratique que pour les médicaments. Aux États-Unis, le ticket modérateur est fréquent pour l'assurance privée et sur de nombreux services Medicare (plus de 65 ans) ;

— le copaiement, qui est une contribution forfaitaire indépendante du coût, correspond à un coût fixe d'entrée. Ce mécanisme est quasiment systématique pour les soins hospitaliers. Il correspond à un forfait séjour ou à un forfait que doit acquitter le patient pour certains soins. Aux États-Unis, le copaiement pour les visites chez le médecin, payé au

travers des plans d'assurance santé d'entreprise, a doublé entre 2001 et 2006 ;

- la franchise est un seuil annuel de déclenchement de la prise en charge qui est particulièrement développée en Suisse et aux Pays-Bas ou encore en Suède sur les médicaments remboursables. Elle a fait récemment son apparition en France en étant articulée à un mécanisme de copaiement pour les médicaments et les transports sanitaires. Le remboursement intégral se déclenche au-delà d'un seuil de 50 euros annuel. Les franchises sont très étendues aux États-Unis pour l'assurance privée comme pour le programme public Medicare ;

- le tarif de responsabilité est un prix limite de prise en charge publique. Le patient prend en charge la différence de prix entre le prix public et le prix réel. Cette stratégie est très développée pour le médicament en Europe.

Ces mécanismes accroissent le reste à charge du patient qui désigne les frais de santé non pris en charge par l'assurance maladie (la Sécurité sociale en France). L'accentuation du « reste à charge » du patient peut être refinancée par une assurance privée (en France une assurance complémentaire, par exemple une mutuelle) et/ou être directement assumée par les ménages (*out-of-pocket payments*). Dans tous les cas, les patients doivent désormais consacrer une part plus importante de leur budget à financer leurs soins de santé. Cette stratégie est recommandée par la théorie économique de l'aléa moral qu'il faut distinguer de la simple notion d'aléa moral. La notion d'aléa moral du patient désigne la consommation de soins induite par l'assurance. Cette notion est neutre et ne dit rien sur le caractère justifié ou injustifié de cette consommation. La théorie économique standard de l'aléa moral en donne une interprétation négative : être bien assuré induit du gaspillage.

Ce n'est pas tant la gratuité que l'esprit de gratuité qui est considéré comme une pathologie. La théorie économique de l'aléa moral est une machine de guerre contre le sentiment si largement partagé que la santé n'a pas de prix. Un tel sentiment fait la singularité et la grandeur des biens et services de santé. Mais il s'oppose à la marchandisation visant à donner un prix à toute chose et des valeurs à rien. La gratuité perturbe la souveraineté du consommateur et enlaidit le monde rêvé d'une société sans assurance (dans la théorie, la situation de référence est effectivement celle sans assurance santé). La « haine de la gratuité » [Caillé et Chaniel, 2010] conduit à rapetisser la santé et à la ravalier au rang d'un bien quelconque, comme l'automobile, où les techniques assurantielles ont fait leurs preuves.

Cette théorie économique de l'aléa moral va au-delà de la simple notion d'aléa moral. Elle ne discute pas de son existence mais de sa nocivité en considérant que l'assurance santé est un problème car elle induit de la consommation inutile car quasi gratuite. Les conséquences de politique économique sont immédiates : il est nécessaire de réduire la couverture santé de l'assuré et de rendre le recours au soin davantage onéreux.

La construction d'une fiction commode

Les patients se conduisent-ils réellement comme des profiteurs de l'assurance maladie ? Cette conception est directement issue de la représentation des individus en théorie économique standard, opportunistes par nature et prêts à tout, y compris à instrumentaliser leur maladie, pour tirer la couverture à eux. Le patient est ici l'individu de la théorie du choix rationnel qui est une version très minimaliste et très pauvre de la rationalité humaine selon laquelle les individus cherchent en toutes circonstances à maximiser leur intérêt personnel.

C'est pourquoi la théorie de l'aléa moral évacue toute moralité et a besoin, pour sa cohérence interne, de se débarrasser de toutes les valeurs qui pourraient animer le comportement des individus mais aussi rendre caduque la théorie. Cette dernière cherche à prévenir l'opportunisme de l'assuré qui est considéré comme la réaction attendue d'un individu, s'il est rationnel et qu'il cherche à utiliser l'assurance santé à son profit. Tous les individus rationnels agissent de même et il n'est pas besoin d'en appeler à une absence de moralité pour que les individus se conduisent en profiteurs de l'assurance maladie. La surconsommation de soins est donc une propriété de l'assurance et non des individus eux-mêmes qui ne font que réagir à cette incitation. Si c'est l'assurance qui est un problème, la solution doit être trouvée dans la réduction de l'assurance. Reconnaître l'existence d'une « moralité » des acteurs est complètement suicidaire pour la théorie. Si les individus se soumettent à des obligations éthiques ou à des conventions sociales qui leur interdisent de profiter de l'assurance santé, alors la crainte d'une surconsommation n'est plus justifiée et il ne sert à rien de faire payer le patient.

Il n'y a aucune raison de douter que les individus puissent faire preuve d'opportunisme. Mais il n'y en a pas plus pour affirmer qu'ils le mettent automatiquement en pratique quand ils ont un intérêt pour la communauté dans laquelle ils vivent. Les systèmes de protection sociale mettent précisément en scène un type particulier de relation à autrui fondé sur le don qui fait vivre le lien social en mettant à distance l'intérêt lucratif [Caillé, 2005]. Les individus ne sont pas dépourvus de responsabilité sociale. C'est la position qu'exprime Arrow [1963] quand il considère que la crainte d'un aléa moral (une surconsommation de soins) peut être levée par des « obligations sociales » ou des « institutions de la confiance » qui sont plus efficaces que les incitations marchandes. C'est en rejetant cette hypothèse de confiance accordée que Pauly va construire la théorie économique de l'aléa moral en santé¹ et lui associer la connotation négative qui s'exprime dans les politiques qui visent à faire payer le patient.

Faire payer le patient est une stratégie qui se fonde sur une théorie où le patient n'a aucune épaisseur : il ne juge pas, il calcule. Cet individu atomisé ne s'inscrit pas dans un tissu de relations sociales qui peuvent orienter son comportement et cadenciser son opportunisme. La théorie économique de l'aléa moral est une construction politique et sociale sans société. Dès lors, c'est la vision de la protection sociale et particulièrement de l'assurance maladie qui est pervertie. Dans cette conception économiste, l'assurance sociale doit être orientée vers un calcul de risques individuels, écartant la visée d'un monde commun. L'intérêt bien compris éloigne l'espace de dons réciproques – tous pour chacun, chacun pour tous – que représente l'assurance sociale [Chaniel, 2000]. Cette mise à l'écart des caractéristiques fondamentales de l'assurance maladie permet de construire une fiction commode où le patient est résumé à un truqueur en puissance, instrumentalisant l'assurance à des fins personnelles.

1. Il est piquant de remarquer que toute la théorie de l'aléa moral en santé se réclame d'Arrow [1963], auquel on doit d'avoir popularisé la notion d'aléa moral, mais qui s'oppose à la conception de Pauly et persistera dans son opposition en soulignant le rôle des jugements moraux : « *M. Pauly's wording suggests that "rational economic behavior" and "moral perfidy" are mutually exclusive categories. No doubt Judas Iscariot turned a tidy profit from one of his transactions, but the usual judgment of his behavior is not necessarily wrong* » [Arrow, 1968, p. 538].

Des malades sans maladies ?

Pourtant, le contexte dans lequel l'assurance santé s'exerce est celui de la maladie, qui annule très largement l'opportunisme attendu du patient. Le calcul froid du patient rationnel s'évapore devant les émotions suscitées par la maladie. Le malade doit affronter la crainte, l'angoisse ou la peur qui relèguent au second plan la possibilité de surconsommer du fait de l'assurance. Ces émotions sont très largement partagées et soutiennent un monde commun qui tranche avec l'individualisme forcené du patient calculateur.

La théorie économique de l'aléa moral ne s'applique qu'à des malades sans maladie. Dans le cas contraire, les conclusions de la théorie doivent être largement remises en cause. Ainsi, la théorie de l'aléa moral *ex ante* (avant la maladie) considère que les individus vont omettre les efforts de prévention quand ils sont bien assurés (l'assurance active la prise de risque). Cette conception est largement caduque car la maladie n'a pas que des coûts monétaires. Elle implique aussi souffrance, incapacités etc. Or ces autres préjudices ne sont pas couverts par l'assurance, qui ne couvre que le coût des soins. C'est pourquoi on ne voit pas où serait l'intérêt d'un patient à omettre des efforts de prévention qui vont altérer son propre bien-être et sa qualité de vie. Un patient bien assuré s'autorise-t-il des comportements à risque parce qu'il sait que sa future cirrhose ou son cancer du poumon sera pris en charge ? Un assuré avec couverture complète peut rationnellement faire des efforts de prévention sauf à hypothéquer volontairement son avenir sanitaire et son insertion sur le marché du travail. On ne voit donc pas en quoi l'assurance complète peut affecter négativement les comportements de prévention. On observe même l'inverse : ce sont les mieux assurés qui recourent le plus aux soins de prévention. La théorie de l'aléa moral *ex ante* est, de plus, dangereuse si la réduction de couverture peut décourager la prévention. L'action volontaire de prévention est en effet très sensible au coût des soins du fait notamment d'une perception plus lointaine des bénéfices des soins préventifs par rapport au curatif. Ce sont alors les forfaits, tickets modérateurs et franchises qui nuisent à la prévention et non l'inverse comme le prétend la théorie [Batifoulier, 2012].

Si l'on se focalise sur la théorie de l'aléa moral *ex post* (après la maladie) selon laquelle l'assurance conduit à une surconsommation

de soins, on peut aussi mettre sérieusement en doute sa véracité. Ce sont uniquement les malades qui sollicitent leur assurance. Le bien-portant n'a pas besoin de soins, même si le prix est nul : ce n'est pas parce que le triple pontage est gratuit que tout le monde en veut un et on peut douter que l'on prenne plaisir à passer six heures aux urgences parce que c'est gratuit. L'économie de la santé a découvert très tard [avec Nyman, 1999] ce que les patients savaient déjà depuis longtemps : l'assurance permet d'accéder à des soins qui sont impossibles d'accès sinon. Elle *donne* les ressources financières nécessaires pour se soigner. Elle ne peut être réduite à un problème de prix trop faible qui fait consommer les bien-portants, comme le veut la théorie économique standard. Elle se présente davantage comme un revenu supplémentaire offert aux malades pour satisfaire un besoin auquel seuls les soins de santé peuvent répondre. Ce sont les restes à charge prohibitifs qui dissuadent les individus de se soigner. En les réduisant, l'assurance rend effective une consommation de soins, refoulée jusque-là².

Payer nuit gravement à la santé

L'un des points forts de la théorie économique de l'aléa moral est d'avoir montré empiriquement que les politiques de partage des coûts peuvent n'avoir aucune incidence sur l'état de santé. C'est l'apport capital de l'enquête de la Rand Corporation (*Health Insurance Experiment*), commanditée par le gouvernement fédéral américain en 1974, qui a mesuré l'effet d'une réduction organisée de la quantité d'assurance santé sur l'état de santé de nombreux patients en distribuant au hasard des polices d'assurance avec des tickets modérateurs variables (de 0 à 95 %). Payer fait évidemment renoncer aux soins : les économistes parlent d'une élasticité prix de -0,2 : pour une hausse du prix payé par le patient de 10 %, la demande de soins (en fait le recours au médecin) baisse de 2 %.

2. L'étude empirique de Pierre *et al.* [2012] montre que la souscription d'une assurance maladie plus couvrante s'accompagne d'un accroissement des restes à charge car le surcroît d'assurance permet d'accéder à des soins qui étaient trop coûteux auparavant : le dentaire et l'optique. L'assurance supplémentaire ne diminue donc pas le risque financier. Elle ne conduit pas non plus à une dépense inutile. Elle permet de satisfaire une demande trop coûteuse sans assurance satisfaisante.

Mais l'essentiel est ailleurs. L'enquête a surtout montré qu'une réduction d'assurance de l'ordre de 25 % est sans danger sur la santé [Manning *et al.*, 1987 ; Newhouse *et al.*, 1993³]. Elle a ainsi sécurisé une politique de partage des coûts avec le patient et légitimé l'existence de tickets modérateurs, copaiements ou franchises visant à réduire la quantité d'assurance santé. Cette enquête est la seule enquête d'envergure jamais réalisée et peu reproductible du fait de son coût très important (de l'ordre de 50 millions de dollars). Elle reste donc la référence sur laquelle s'appuient tous ceux qui pensent qu'il est approprié de mettre à contribution le patient.

Avec la théorie construite par Pauly, cette enquête empirique constitue le châssis intellectuel des politiques visant à faire payer le patient. Les éléments de preuve empirique se sont pourtant autant délités que l'approche théorique s'est fissurée. L'évidence empirique s'est d'abord faite moins confiante, pour aboutir aujourd'hui à des résultats qui contestent radicalement celui de la Rand Corporation. Une première série de critiques a porté sur les biais méthodologiques. Les individus qui ont accepté de participer à l'expérience sont ceux qui n'ont pas prévu de problème de santé particulier. Les autres (intervention programmée, grossesse etc.), anticipant des frais de santé, n'ont pas pris le risque de se voir attribuer une police d'assurance avec un ticket modérateur élevé. Ce « biais d'attrition » fait que l'expérience a surtout mesuré l'effet d'une réduction de la couverture santé sur une population de bien-portants, ce qui fausse les résultats [voir Nyman, 2007]. Les résultats empiriques de la Rand Corporation sont aussi vulnérables à la mesure de l'état de santé, réalisée par les médecins dans le

3. Les polices d'assurance ont été attribuées par tirage au sort sur un échantillon de 6 000 personnes (de moins de 65 ans) suivies pendant trois à cinq ans. Si les résultats montrent que beaucoup de personnes ne consomment rien sur un an (c'est le cas en médecine de ville et encore plus à l'hôpital), ils révèlent une baisse des dépenses (en fait des recours au médecin) dans le cas d'un ticket modérateur (TM), même relativement limité. Cette baisse de la consommation n'est pas linéaire. Elle atteint 30 % pour un TM de 95 % et 20 % pour un TM de 25 %. L'effet est ainsi plus marqué pour un passage de 0 à 25 % que pour une augmentation de 25 % à 50 % ou 95 %. La réduction des dépenses est plus forte en soins ambulatoires qu'à l'hôpital où les TM sont peu efficaces. À l'issue d'un bilan de santé (besoin de soins optiques, caries dentaires, tension artérielle etc.), l'enquête conclut à l'absence d'amélioration sensible de l'état de santé en fonction de la couverture sauf pour les deux premiers déciles de revenu (les plus pauvres).

cadre d'une approche clinique (prise de la tension, par exemple) alors que la littérature s'accorde aujourd'hui pour mesurer l'état de santé à partir de l'autoévaluation de son propre état par le patient. L'approche utilitariste du soin axée sur la mesure de la performance chiffrable ne correspond pas à la vision de la santé que s'en font les patients. De plus, la santé ne peut pas être réduite à une mesure de court terme et l'étude de la Rand Corporation ignore les effets à long terme d'une privation de soins. Enfin, les soins des années 1970 étaient moins efficaces qu'aujourd'hui, en particulier dans la prise en charge des maladies chroniques, ce qui a minoré l'effet du soin sur la santé.

Le doute sur la fiabilité de l'étude de la Rand Corporation s'est consolidé à la suite de nombreuses études qui ont convergé pour mettre en évidence un effet négatif des politiques de partage des coûts sur l'état de santé. La stratégie consistant à faire payer le patient se construit sur la croyance selon laquelle ce sont les soins inessentiels, non utiles pour améliorer l'état de santé, qui vont en faire les frais. Cette croyance est totalement fautive. Quand on fait payer le patient pour ses propres soins de santé, le recours à tous les soins est détérioré, y compris les soins essentiels pour la santé. Les politiques de partage des coûts sont aveugles aux types de soins et le renoncement aux soins n'épargne pas les soins primordiaux, comme le montrent de très nombreuses études empiriques aux États-Unis [Chandra *et al.*, 2010 ; Trivedi *et al.*, 2010], au Canada [Tamblyn *et al.*, 2001] ou en France [Dourgnon *et al.*, 2012]. Dès lors, faire payer le patient est une stratégie absurde car elle conduit à augmenter des dépenses qu'elle avait précisément pour mission de réduire. En effet, puisque le renoncement organisé aux soins détériore l'état de santé, il induit des « événements indésirables », comme un retard de soins, un report de traitement sur des médicaments mieux pris en charge mais dangereux pour la santé⁴, un recours aux urgences

4. L'effet négatif sur la santé du déremboursement des médicaments a été observé en France [Pichetti et Sermet, 2011]. Les déremboursements conduisent à un report de prescription vers les classes thérapeutiques toujours remboursées, ce qui pose des problèmes de santé publique et d'efficacité financière du dispositif (report sur les classes mieux remboursées). Par exemple, l'abandon des veinotoniques s'est traduit par une sur-prescription des anti-inflammatoires non stéroïdiens ou des antalgiques. Le report de prescription des mucolytiques vers les bronchodilatateurs et antitussifs peut être dangereux pour l'état de santé.

plus fréquent, une hausse de l'hospitalisation, notamment en soin de longue durée.

Ces conséquences sont fâcheuses pour les intéressés. Elles sont aussi contre-productives pour la politique publique car elles créent des dépenses nouvelles. L'effet délétère sur l'état de santé des politiques de partage des coûts se traduit par une augmentation du coût global des soins, ainsi que le montrent des études plus récentes réalisées par la Rand Corporation [McGlynn, 1998 ; Goldman *et al.*, 2006] : renoncer aux tickets modérateurs sur les médicaments anti-cholestérol pourrait améliorer la santé des malades tout en économisant plus d'un milliard de dollars par an en frais médicaux, en augmentant l'observance du traitement et en réduisant ainsi le risque d'hospitalisation.

De la pauvreté des malades aux bienfaits de l'assurance santé

Le préjudice porté par les politiques de partage des coûts est d'autant plus élevé que ce sont les plus modestes qui en sont les premières victimes. En effet, dans la mesure où les inégalités d'état de santé sont avant tout des inégalités sociales, les plus malades sont d'abord les plus pauvres. L'existence d'un « gradient social » fait que la maladie épargne davantage les plus riches que les plus pauvres [Fassin, 2009 ; BEH, 2011]. Or les forfaits, tickets modérateurs et autres franchises ne font payer que les malades. Et donc les plus modestes. Il s'ensuit que le besoin de recours au médecin est concentré chez les pauvres alors que le recours effectif est observé chez les riches [Devaux et Looper de, 2012].

Une telle situation, généralisée en Europe, est spécialement marquée en France, particulièrement pour les soins de spécialité et relevant de la prévention. Or un moindre recours dégrade l'état de santé et le recours tardif pour des soins dit de réparation est plus coûteux pour la collectivité. Les causes de ces inégalités d'accès aux soins sont largement imputables à la couverture santé du malade [Despres *et al.*, 2011]. Les individus ne s'assurent pas en fonction de leur risque mais de leur revenu. Les plus hauts revenus et ceux qui ont les meilleures positions sur le marché du travail ont les assurances santé les plus couvrantes [Domin, 2010 ; Batifoulier *et*

al., 2010]. Ceux qui ont davantage besoin d'un accès sécurisé aux soins sont aussi les moins bien protégés par leur assurance maladie.

Les inégalités d'accès aux soins ne viennent pas contrecarrer les inégalités d'état de santé : elles les creusent. Dans ce contexte, les populations dont l'état de santé est le plus détérioré sont celles qui souffrent le plus des politiques de partage des coûts. En rendant le soin plus cher pour tous et particulièrement pour les plus pauvres qui sont aussi les plus malades, elles les obligent à consacrer une partie plus importante de leur budget aux soins de santé et donc à sacrifier d'autres postes de consommation dont certains sont utiles pour la santé : alimentation, hygiène, habitat. L'érosion de l'état de santé des plus fragiles est source d'externalités négatives pour la société. Les barrières financières introduites dans l'accès aux soins peuvent induire, au-delà des menaces pour la santé des individus eux-mêmes, un risque collectif de propagation des maladies et d'altération du bien-être collectif nécessitant de nouvelles dépenses publiques [Castiel et Bréchat, 2010 ; Tabuteau, 2011 ; Batifoulie et Parel, 2012].

L'assurance santé est alors une solution plutôt qu'un problème, au-delà de l'amélioration de l'état de santé. L'expérience réalisée dans l'état de l'Oregon en 2008 en témoigne. Un certain nombre d'individus ont gagné, par tirage au sort, une police d'assurance santé et il a été possible d'observer leur comportement induit par l'assurance et de le comparer à celui des « perdants⁵ » [Newhouse *et al.*, 2012 ; Baicker et Finkelstein, 2011]. Comme attendu, l'existence d'une couverture santé augmente la probabilité d'accès aux soins, pour tous types de soins sauf les urgences⁶, ce qui conduit à un accroissement de 25 % de la dépense. L'étude montre que l'état de santé s'est significativement amélioré : les soins ne sont pas inutiles et ils répondent à un réel besoin. Le nombre de jours d'arrêt de travail a diminué et les personnes nouvellement assurées déclarent

5. L'Oregon Health Plan Standard s'est donné pour objectif de fournir une assurance de manière aléatoire à des habitants pauvres via une extension de Medicaid : 90 000 adultes à faible revenu ne remplissant pas les conditions exigibles à Medicaid se sont inscrits à la loterie pour 10 000 places disponibles.

6. La couverture Medicaid accroît la probabilité d'utilisation des soins en consultation externe de 35 %, des médicaments sur ordonnance de 15 % et de l'hospitalisation de 30 %. Les soins préventifs sont plus élevés que pour ceux restés sans couverture (hausse de 60 % de la mammographie et de 20 % du contrôle du cholestérol). Au total, les soins de premiers recours ont augmenté de 50 %.

dorénavant plus souvent qu'auparavant un lieu habituel de soin et un médecin traitant.

Avoir une couverture santé n'a pas que des effets positifs sur la santé mais induit également un mieux-être général. C'est ce que révèle l'expérience en montrant que l'assurance santé augmente le bonheur déclaré en sécurisant la vie des individus qui peuvent honorer leurs dettes (baisse de 40 % de la probabilité de ne pas honorer ses dettes⁷) et consommer davantage, quel que soit leur problème de santé. La prise en charge des frais médicaux lève l'inquiétude sur l'avenir et permet aux individus de mieux maîtriser leur existence. Cet effet est tout à fait saisissant et montre que le soin de santé est une porte d'entrée dans le soin (*care*) en général : on peut contribuer à soigner la pauvreté et l'exclusion par le soin de santé. En retour, se sentir heureux, maîtriser sa vie a un impact sur l'état de santé dans la mesure où l'insécurité alimente les inégalités, comme l'ont montré les travaux de Wilkinson [2010]. Un surcroît de couverture santé a donc un effet positif sur l'état de santé de la population et est de nature à diminuer, à terme, les dépenses liées à la maladie.

L'assurance santé, comme les assurances sociales dans leur globalité, contribuent au mieux-être de la population. En distribuant des bienfaits qui vont au-delà de l'état de santé, l'assurance maladie entretient le lien social et le progrès collectif. Mais cette ambition est une construction politique et non une donnée naturelle. En faisant habilement croire que l'assurance santé était un problème, la théorie économique de l'aléa moral a réussi à éroder cette visée du bien commun. En mariant assurance et gaspillage, elle a conseillé de déployer des mécanismes de partage des coûts qui incitent le patient à se départir d'une consommation de soins injustifiée. Cette conception conduit structurellement à l'augmentation des inégalités. En mettant des barrières financières à l'entrée du système de soins, elle prive de soins ceux qui en ont le plus besoin. En cherchant à éradiquer les soins inutiles, on empêche les soins utiles. Une

7. Les impayés médicaux sont devenus une réalité dans de nombreux cas, sans atteindre celui des États-Unis où les frais de santé sont la première cause de ruine personnelle.

stratégie absurde et contre-productive car elle coûte cher à la collectivité tout en délitant le pacte social.

Références bibliographiques

- ARROW K. J., 1968, « The economics of moral hazard : further comment », *American Economic review*, n° 58, p. 537-539.
- 1963, « Uncertainty and the welfare economics of medical care », *American Economic Review*, n° 53, p. 941-973.
- BAICKER K., FINKELSTEIN A., 2011, « The effects of medicaid coverage : learning from the Oregon experiment », *The New England Journal of Medicine*, n° 20, juillet, p. 683-685.
- BATIFOULIER P., 2012, « De la responsabilité individuelle aux priorités collectives. Une analyse institutionnaliste des politiques de la demande en santé », *Éthique et Économie/Ethics and Economics*, vol. 9, n° 2, p. 25-44, <<http://ethique-economique.net>>.
- BATIFOULIER P., DOMIN J.-P., ABECASSIS P., 2010, « Les effets pervers de la politique incitative : l'exemple de l'assurance maladie complémentaire », *Économie appliquée*, n° 4, p. 171-194.
- BATIFOULIER P., PAREL V., 2012, « La prise en charge médicale des personnes précaires : une nécessité économique », in BRECHAT P.-H., LEBAS J. (dir.), *Innover contre les inégalités de santé*, chap. V, Presses de l'EHESP, p. 59-70.
- BEH *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 2011, n° spécial, « Les inégalités sociales de santé », mars.
- CAILLÉ A., 2005, *Dé-penser l'économie. Contre le fatalisme*, La Découverte, Paris.
- CAILLÉ A., CHANIAL P., 2010, « Présentation », *Revue du MAUSS semestrielle*, « La gratuité. Éloge de l'ineffable », n° 35, p. 5-34.
- CASTIEL D., BRÉCHAT P., 2010, *Solidarité, précarité et handicap social*, Presses de l'EHESP.
- CHANDRA A., GRUBER J., MCKNIGHT R., 2010, « Patient cost-sharing and hospitalization offsets in the elderly », *American Economic Review*, 100 (1), p. 193-213.
- CHANIAL P., 2008, « Donner aux pauvres », in CHANIAL P. (dir.), *La Société vue du don. Manuel de sociologie anti-utilitariste appliquée*, La Découverte, Paris, p. 272- 304.
- COMMONWEALTH FUND, 2010, « 2010 International Health Policy Survey in Eleven Countries », Commonwealth Fund, Chartpack.

- DESPRÈS C., DOURGNON P., FANTIN R., JUSOT F., 2011, « Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche socio-anthropologique », *Questions d'économie de la santé*, n° 169.
- DEVAUX M., LOOPER M. de, 2012, « Income-related inequalities in health service utilization in 19 OCDE countries, 2008-09 », *OECD Health Working Paper*, n° 58.
- DOMIN J.-P., 2010 « L'assurance maladie complémentaire, vecteur de la reproduction des inégalités dans l'emploi », *Les notes de l'IES*, n° 14.
- DOURGNON P., JUSOT F., FANTIN R., 2012, « Payer peut nuire à votre santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé », IRDES, Document de travail, n° 47, avril.
- FASSIN D. (dir.), 2009, « Inégalités de santé », *Problèmes politiques et sociaux*, n° 960, mai.
- GLADWELL M., 2005, « The moral-hazard myth », *The New Yorker*, 29 août.
- GOLDMAN D., JOYCE G., KARAKA-MANDIC P., 2006, « Cutting Drug Co-Payments for Sicker Patients on Cholesterol-Lowering Drugs Could Save a Billion Dollars Every Year », *Rand Research Brief*, <http://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9169.html>.
- MANNING W. G., NEWHOUSE J. P., NAIHUA D., KEELER E. B., LEIBOWITZ A., MARQUIS M. S., 1987, « Health insurance and the demand for medical care : evidence from randomized experiment », *American Economic Review*, n° 77, p. 251-277.
- MCGLYNN E., 1998, « Assessing the Appropriateness of Care : How Much Is Too Much ? », *Rand Research Brief*, n° 4522, <www.rand.org/pubs/research_briefs/RB4522>.
- NEWHOUSE J., ALLEN H., BAICKER K. and the OREGON HEALTH STUDY GROUP, 2012, « The Oregon health insurance experiment: evidence from the first year », *Quarterly Journal of Economics*, 127 (3), p. 1057-1106.
- NEWHOUSE J.-P., 1993, *Free for all ? Lessons from the Rand Health Insurance experiment*, Harvard University Press.
- NYMAN J., 2007, « American health policy : cracks in the foundation », *Journal of Health Politics*, « Policy and Law », vol. 32, n° 5, p. 759-783.
- 1999, « The value of health insurance : the access motive », *Journal of Health Economics*, n° 18, p. 141-152
- PAULY M. V., 1968, « The economics of moral hazard. Comment », *American Economic Review*, n° 58, p. 531-537.
- PICHETTI S., SERMET C., 2011, « Le déremboursement des médicaments en France entre 2002 et 2011 : éléments d'évaluation », Irdes, « Questions d'économie de la santé », n° 167, juillet-août.
- PIERRE A., GOSSELIN A., PERRONNIN M., FRANC C., 2012, « Impact d'une surassurance santé sur le reste à charge des patients », *Économie publique*, n° 28-29 p. 149-164.

- QUESNEL-VALLÉE A., RENAHY E., JENKINS T., CERIGO H., 2012, « Assessing barriers to health insurance and threats to equity in comparative perspective : the health insurance access database », *BMC, Health Services Research*, vol. 12, n° 107, p. 1-12.
- TABUTEAU D., 2011, « Santé et assurance maladie : l'inquiétante dilution des services publics », *Droit social*, n° 12, p. 1277-1282.
- TAMBLYN R. *et al.*, 2001, « Adverse events associated with prescription drug cost : sharing among poor and elderly person », *Journal of the American Medical Association*, vol. 285, n° 24-31, january, p. 421-429.
- TRIVEDI A., MOLOO H., MOR V, 2010, « Increased Ambulatory Care Copayments and Hospitalizations among the Elderly », *New England Journal of Medicine*, vol. 362, n° 28, january, p. 320-328.
- WILKINSON R., 2010, *L'Égalité, c'est la santé*, Desmopolis, Paris.