



LA RÉGULATION DE LA DEMANDE DE SOINS : LE RÔLE DE L'ASSURANCE MALADIE DANS LA FORMATION DE LA CONSOMMATION DE BIENS ET SERVICES DE SANTÉ

LAURENT CAUSSAT *
DENIS RAYNAUD **

La régulation de la demande de soins peut être approchée en entendant le mot « régulation » dans le sens dans lequel il est utilisé dans les services publics industriels et commerciaux. Dans ces secteurs, marqués par des défaillances majeures des marchés concurrentiels dans la fourniture efficace de ces services, ce terme signifie la délégation à la sphère publique de la tâche d'adresser aux agents économiques, en substitution des marchés défaillants, des incitations microéconomiques efficaces, au moyen d'instruments économiques appropriés - prix et éventuellement transferts associés, normes sur la qualité des services... - qui permettent d'attendre le plus haut niveau possible de satisfaction de la société (Cohen, Henry, 1998).

Cette approche, qui sera suivie dans la suite du présent article, paraît intuitivement pertinente pour l'analyse économique du secteur de la santé. Une littérature abondante existe, en effet, sur la question de la spécificité du bien « santé » (Arrow, 1963 ; Drèze, 1997). Cette littérature soulève notamment les trois arguments suivants, qui soulignent les risques d'inefficacité du fonctionnement des marchés concurrentiels dans ce secteur, et, *a contrario*, le potentiel de gains de bien-être collectif susceptible d'être apporté par une régulation publique :

*** Ministère de la Santé et de la Protection sociale - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).



- en premier lieu, la santé, parce qu'elle touche à la vie humaine, est tout particulièrement chargée de questions déontologiques et éthiques qui interdisent de faire découler les choix publics des méthodes traditionnelles de calcul économique : par exemple, on ne saurait décider de la mise en œuvre d'un traitement seulement à l'examen du coût des années de vie perdues en l'absence du traitement ; cet argument sert d'arrière-plan à une autre remarque, plus globale encore et d'essence « paternaliste » (Evans, 1974 ; Rice, 1993), selon laquelle les individus ne sont pas à même d'effectuer des choix rationnels en matière de santé, puisque l'information sur les diagnostics et les traitements est propriété privée des professionnels de santé ;
- ensuite, dans la plupart des pays, la santé appartient au secteur non marchand, sinon en totalité, du moins comme en France en ce qui concerne l'activité des hôpitaux publics, et, de ce fait, il serait impossible de fonder la régulation de ce secteur sur des mécanismes de prix ;
- enfin, à supposer même que des mécanismes de prix puissent être mis en œuvre afin d'orienter la demande de soins, ils seraient vidés de tout effet en raison de la couverture de l'essentiel des dépenses de santé par des mécanismes d'assurance, publics ou privés, auxquels la très grande majorité des ménages souscrivent, et qui peuvent s'analyser sur le plan économique comme un pré-paiement ayant pour effet de rompre tout lien entre la demande de santé et son prix (Pauly, 1968).

2

Cependant, il se peut que l'extension à la santé de cette approche de la régulation rencontre certaines réticences. Il n'est pas douteux que l'opinion commune résiste à l'idée que l'on puisse transposer au secteur de la santé, avec ses spécificités propres, des acquis éprouvés de la régulation des services publics industriels et commerciaux. Pourtant, beaucoup des caractéristiques économiques propres au secteur de la santé présentent des ressemblances avec certains traits de ces services publics. On y trouve ainsi présents, avec notamment le cas des établissements hospitaliers, les problèmes liés au fonctionnement en réseau qui rendent délicate la conciliation de la recherche de l'efficacité au moyen de l'aiguillon de la concurrence avec la non duplication des coûts fixes de réseaux. Par ailleurs, la santé se caractérise par de nombreuses situations d'asymétrie d'information - entre offreurs de soins et patients, entre assureurs maladie et patients... -, qui empêchent les mécanismes de concurrence de conduire spontanément à l'optimum social, et que l'on rencontre également dans de nombreux problèmes de gestion publique et, en particulier, dans les relations contractuelles entre acheteurs publics et fournisseurs. On est donc fondé à examiner les conditions dans lesquelles les résultats les plus robustes de l'économie publique, lorsqu'ils offrent une solution aux problèmes précédents, pourraient être étendus au secteur de la santé.



Il faut, cependant, aussitôt ajouter qu'il est une caractéristique essentielle de la santé, à savoir ses propriétés redistributives fondamentales, qu'il faut absolument garder présente à l'esprit. Un remarquable consensus semble, en effet, aujourd'hui exister pour reconnaître que l'égalité d'accès aux soins constitue un excellent instrument de redistribution des revenus, dans certains cas préférable aux mécanismes traditionnels reposant sur la fiscalité. En effet, il existe une corrélation étroite entre état de santé et productivité au niveau individuel (Van Doorslaer et *al.*, 2002). Dès lors, offrir la possibilité aux personnes en mauvais état de santé d'accéder, grâce à un bon système public - ou publiquement régulé - de santé et d'assurance maladie, à des soins leur permettant d'améliorer leur capital humain, et donc leurs capacités de gain sur le marché du travail, peut permettre, d'une part, d'accroître la richesse totale susceptible d'être partagée entre les individus, et, d'autre part, de réaliser une redistribution des revenus en amont, au niveau des revenus d'activité. De plus, les distorsions économiques induites par ce mécanisme de redistribution seront généralement moins importantes qu'en cas de recours à l'impôt progressif, si l'on songe, par exemple, à un système public d'assurance maladie offrant les mêmes soins à tous les assurés et prélevant des contributions proportionnelles aux revenus. Henriet et Rochet (1999) soutiennent même que c'est là le principal argument en faveur de l'intervention publique dans les domaines de la santé et de l'assurance maladie. Il importera, par conséquent, de prendre en considération les incidences de tel ou tel mécanisme de régulation du système de santé sur l'égalité d'accès aux soins lorsqu'on voudra en évaluer les coûts et les avantages.

Cet article porte plus particulièrement sur la régulation de la demande de soins. Si l'on poursuit l'analogie avec les services publics industriels et commerciaux, on peut être amené à considérer que le terme « régulation » évoque plus fréquemment une idée d'organisation de l'offre de services que de pilotage de la demande. Dans le cas de la santé elle-même, les questions relatives au pilotage de l'offre de soins, avec des enjeux tels que l'orientation de l'activité des professionnels de santé au moyen d'actions sur leur mode de rémunération, ou de l'évolution des structures hospitalières par la réforme de leurs allocations budgétaires, ou encore les mécanismes de fixation des prix des médicaments, pèsent d'un poids au moins égal dans les réflexions présentes sur l'avenir du système français de santé et d'assurance maladie (Haut conseil de l'avenir de l'assurance maladie, 2004). Cependant, la tarification des services publics a aussi généralement pour objectif d'agir sur le montant global de la demande de services - à l'instar de la tarification « effacement - jours de pointe » de l'électricité ou de la tarification variable des transports ferroviaires pour un



même trajet selon l'affluence. Et il est tout à fait clair que, à condition de prendre en compte les interactions qui existent entre orientations de l'offre de soins et formation de la demande de biens et services médicaux, ces mécanismes tarifaires sont susceptibles de trouver application dans le domaine de la santé.

La régulation de la demande globale de soins peut, en effet, dans une large mesure être mise en œuvre au moyen de mécanismes de prix, à condition de prévoir les adaptations nécessaires au contexte du secteur de la santé. Ce contexte est caractérisé, comme on l'a vu, par l'importance des dispositifs d'assurance maladie, publique ou privée, qui opèrent comme des mécanismes de pré-paiement. Une littérature économique abondante, développée plus loin à partir de la revue réalisée par Bardey, Couffinal et Grignon (2002), suggère qu'un niveau élevé d'assurance - et à la limite la prise en charge intégrale des dépenses par l'assureur - peut réduire les bénéfices sociaux de la mutualisation des dépenses de santé par l'assurance, en supprimant toute incitation monétaire des individus à un recours modéré aux soins. Du point de vue de l'optimum social, il y a alors à arbitrer entre le niveau de la couverture, dont certes le niveau le plus élevé doit être recherché, et les coûts de la santé qui doivent être maîtrisés afin de contenir le montant des primes appelées par les régimes d'assurance maladie.

Compte tenu de l'étendue des problèmes économiques qui pourraient être pris en considération sous l'angle de la régulation de la demande de soins, nous limitons le propos de cet article au rôle de l'assurance maladie dans la formation de l'ensemble de la consommation de soins au niveau individuel, et n'évoquons qu'à titre occasionnel, ou pour des besoins d'illustration des arguments exposés, des enjeux de régulation de la demande de soins circonscrits à des sous-secteurs particuliers de la santé. Dans la première partie, nous poursuivons la discussion théorique sur le lien entre couverture des dépenses de santé par des mécanismes d'assurance maladie, et nous précisons les implications de ces conclusions pour la politique économique. Dans la seconde partie, nous présentons les principales études empiriques relatives à l'incidence de la couverture maladie sur le montant individuel des dépenses de santé réalisées au cours des 20 dernières années, sur données françaises et étrangères. Enfin, dans la troisième partie, nous présentons de nouveaux résultats, portant sur des données françaises de l'année 2002, confirmant la surconsommation relative, toutes choses égales par ailleurs, des personnes disposant d'une couverture complète de leurs dépenses de santé, en comparaison de la consommation des personnes couvertes seulement par l'assurance maladie de base obligatoire.



*L'IMPACT DE LA COUVERTURE MÉDICALE
SUR LES DÉPENSES DE SANTÉ AU NIVEAU INDIVIDUEL :
QU'EN DIT LA THÉORIE ÉCONOMIQUE... ?*

L'incidence de la couverture des dépenses de santé par des mécanismes d'assurance sur le montant de ces dépenses au niveau individuel est un thème de recherche économique déjà ancien. Déjà dans son article de 1963 fondateur de l'économie de la santé, K. Arrow avait exprimé l'intuition que la généralisation de mécanismes d'assurance maladie avait naturellement pour conséquence l'augmentation des dépenses individuelles de santé des personnes assurées, la mutualisation des risques permettant l'accès du plus grand nombre aux traitements les plus coûteux. En l'occurrence, le pré-financement des dépenses de santé par les mécanismes d'assurance a pour effet d'en réduire le prix, et donc, logiquement, d'en accroître la demande.

Cependant, peu d'années plus tard, Pauly (1968) a attiré l'attention sur le fait que les changements de la demande de santé à la suite de la mise en place de mécanismes d'assurance pouvaient avoir pour effet de réduire les bienfaits sociaux de la mutualisation des dépenses de soins. Le phénomène dit du « risque moral » *ex post* traduit, en effet, le fait que les individus les mieux assurés sont aussi, toutes choses égales par ailleurs, ceux qui consomment le plus de soins, non pas parce qu'ils s'exposent davantage aux maladies que les personnes moins bien assurées - ce qui est qualifié d'argument de « risque moral » *ex ante* selon lequel les individus bien assurés renoncent à des actes de prévention permettant d'éloigner certains risques morbides -, mais parce que, étant malades, ils recourent davantage aux soins. Ceci tient au fait que les efforts des assurés pour recourir modérément aux soins ne sont pas observables des assureurs : s'ils l'étaient, ces derniers pourraient incorporer cette information dans leurs tarifs, et proposer des contrats d'assurance réalisant un optimum de premier rang, caractérisés par l'assurance complète, un niveau optimal d'effort, et des primes assurant l'équilibre financier du régime d'assurance et tenant compte de l'effort (Henriet, Rochet, 1991). Dans la réalité, les efforts étant inobservables, la prise en charge complète a pour effet de couper tout lien entre les coûts que supportent les assurés et le montant de leurs dépenses de santé : dans une représentation simplifiée où le montant des soins reçus est sans effet sur l'état de santé, quel que soit l'effort de recours modéré aux soins qu'ils mettront en œuvre, ils ont alors la certitude de bénéficier du même niveau de vie, qu'ils soient bien portants ou malades, et, par conséquent, ils renonceront à tout effort sitôt que celui-ci a un coût en termes de bien-être. Par exemple, ils déclencheront un épisode de soins pour chaque affection, même la plus bénigne. Ou bien, ils rechercheront systéma-



tiquement un deuxième diagnostic de leur état morbide, même dans les cas où les bénéficiaires attendus de ce deuxième diagnostic ne valent pas son coût. Si tous les individus agissent de même, il s'ensuit une hausse des coûts globaux de la santé, et, par conséquent, une hausse des primes à acquitter pour les dispositifs d'assurance, entraînant une perte générale de bien-être.

Il est à noter qu'ainsi posé, le problème du « risque moral » n'est pas propre à la seule assurance maladie, ni aux seuls régimes publics d'assurance. En réalité, il touche tout dispositif d'assurance, privé comme public, quel que soit le risque qu'il couvre, dès lors que ce dispositif est caractérisé par une information imparfaite des assureurs sur les comportements des assurés à l'égard de ce risque. Dans le contexte français, 91 % de la population est couverte par des dispositifs de couverture maladie complémentaire privée qui s'ajoutent à l'assurance maladie publique (Auvray et *al.*, 2004), et bénéficie d'un haut niveau de remboursement. De la sorte, ces dispositifs annulent les propriétés incitatrices attendues des « tickets modérateurs » de l'assurance maladie. On peut donc soutenir que l'essentiel des problèmes de « risque moral » en matière de demande de soins provient de cette structure particulière du marché de la couverture maladie. Dans cette structure, les opérateurs privés de couverture complémentaire maladie induisent une externalité négative en prenant en charge 12 % environ des dépenses de santé en sus des 77 % supportés par les administrations publiques (Fénina, Geffroy, 2004), c'est-à-dire en couvrant plus de la moitié des frais restant à la charge des ménages après intervention de l'assurance maladie publique, de l'État et des collectivités locales.

La question du « risque moral » en santé a ultérieurement fait l'objet d'une généralisation dans le cadre de la formalisation « principal - agent » qui résume l'ensemble des situations d'asymétrie d'information (Shavell, 1979). Dans la relation qui lie un donneur d'ordre - « le principal » - et un prestataire - « l'agent » -, le « risque moral » caractérise les situations dans lesquelles les résultats de « l'agent » dépendent de ses actions qui ne sont pas observables par le « principal ». Par exemple, le fournisseur d'une administration, dans le cadre d'un marché public, peut ajuster de façon opportuniste le coût et la qualité de ses prestations, tant que le donneur d'ordre ne peut pas observer les efforts faits par le fournisseur pour contrôler ses coûts et sa qualité : si le marché consiste en un remboursement des coûts, le fournisseur offrira sa prestation à un coût maximum en justifiant de la qualité, et à l'inverse s'il consiste en un prix forfaitaire, il pourra ajuster à la baisse la qualité de sa prestation. L'enjeu de la régulation est alors l'établissement d'un « contrat » qui incite au maximum le fournisseur à se rapprocher du couple coût/qualité



souhaité par le donneur d'ordre, en « révélant » les efforts du fournisseur à maîtriser ses coûts et sa qualité. La théorie des contrats (Salanié, 1994) a permis de dégager des enseignements généraux quant aux propriétés incitatives des contrats liant le « principal » à « l'agent » qui poussent ce dernier à déterminer ses actions dans le sens du couple « coût/qualité » souhaité par le principal, et bien souvent une combinaison appropriée de remboursement des coûts et de rémunération forfaitaire peut y parvenir.

On voit aisément que le problème du monitoring par un assureur maladie des dépenses de santé de ses assurés constitue une transposition directe du modèle « principal - agent », l'assureur étant le « principal » qui acquitte le coût des dépenses de santé qui sont les résultats des « agents » assurés. Une prise en charge intégrale des dépenses de santé s'apparente à une formule de contrat à remboursement intégral des coûts, et il est clair qu'elle correspond à la fois au coût maximal pour l'assureur et un accès maximal aux soins pour les assurés. Un contrat d'assurance maladie à remboursements plafonnés, donc pour lequel les soins sont à la marge intégralement à la charge des assurés, correspondrait au cas de la tarification forfaitaire, et permettrait de limiter les coûts, mais au prix de renoncements importants aux soins des assurés. Des formules intermédiaires introduisant à la marge un co-paiement de l'assureur et de l'assuré, sous la forme de tickets modérateurs laissés à la charge des assurés et représentant une fraction du coût des soins, doivent donc permettre d'atteindre le compromis socialement souhaitable entre maîtrise des coûts et accès aux soins.

Examinons plus avant les conditions pour que la mise en place de franchises à la charge des assurés sur leurs dépenses de soins soit socialement préférable à la prise en charge complète. Si l'on reste dans le cadre théorique élémentaire dans lequel tous les individus sont identiques et présentent de l'aversion au risque, et où l'intensité du recours aux soins est sans effet sur l'état de santé (Henriet et Rochet, 1991), on peut montrer que l'intérêt de ces franchises dépend du coût de l'effort de modération dans le recours aux soins exprimé en termes de perte de bien-être des assurés. En l'absence d'observation de l'effort des assurés pour modérer leurs dépenses de santé, l'optimum de second rang est le résultat d'un arbitrage entre partage des risques et incitations à l'effort de modération des dépenses. Si le coût de l'effort est modeste, alors des franchises les plus faibles possibles qui incitent les assurés à l'effort sont souhaitables en termes d'efficacité économique, car la réduction des primes d'assurance consécutive au recours modéré aux soins compensera les pertes de bien-être liées à l'effort de modération et à la couverture incomplète de leurs dépenses de santé. Si, au contraire, ce coût est élevé, les franchises incitant à l'effort conduisent à un niveau



de bien-être inférieur à celui correspondant à une situation d'assurance complète.

Dans la pratique de la régulation de la demande soins, les individus diffèrent par leurs caractéristiques socio-économiques et sanitaires. Aussi le seuil de coût de l'effort qui départage l'optimum de second rang entre assurance complète sans effort et assurance partielle incitant à l'effort n'est pas le même pour tous les individus : il est clair que ce seuil est plus élevé pour les hauts revenus ou les personnes en bon état de santé, et plus faible pour les individus atteints d'une maladie coûteuse ou présentant une forte aversion pour le risque. Par conséquent, une même franchise aura des effets différenciés sur les individus selon leurs caractéristiques : par rapport à l'assurance complète, elle est susceptible d'améliorer le bien-être des personnes aux plus hauts revenus ou au meilleur état de santé, et de dégrader celui des personnes atteintes des maladies les plus coûteuses ou à forte aversion pour le risque. Ainsi, les personnes à revenus modestes ou en mauvaise santé pourraient renoncer à des soins nécessaires en cas de franchise, conduisant à une perte de bien-être par rapport à une situation d'assurance complète. Certes, il est possible dans une certaine mesure d'incorporer ces caractéristiques, lorsqu'elles sont observables, ce qui est le cas du revenu ou partiellement de l'état de santé, dans les franchises : on peut ainsi envisager de les réduire, voire de les supprimer pour les bas revenus ou les personnes atteintes d'une maladie de longue durée. Dans ce cas, on peut espérer se rapprocher d'une situation où tous les individus sont avantagés par rapport à l'assurance complète, au risque de formules de remboursement complexes. Mais de plus, contrairement aux hypothèses simplificatrices des modèles théoriques du « risque moral » en assurance maladie, le renoncement aux soins peut avoir pour conséquence une dégradation de l'état de santé dont l'incidence en termes de baisse des revenus n'est pas prise en compte dans le bilan économique des franchises. C'est pourquoi, si les pouvoirs publics déterminent leur politique du remboursement des soins en prenant en compte non seulement des considérations d'efficacité économique *stricto sensu*, mais aussi un objectif d'équité dans l'accès aux soins justifié par l'effet d'un bon état de santé sur le capital humain et les conséquences redistributives indirectes du système public d'assurance maladie, ils peuvent être conduits à éliminer des barèmes de franchise qui impliquent le renoncement aux soins de catégories d'assurés dont ils souhaitent favoriser l'accès au système de santé. On voit ainsi qu'il y a loin de l'affirmation - positive - selon laquelle un haut niveau d'assurance maladie aggrave les coûts de la santé à la recommandation - normative - selon laquelle l'institution de tickets modérateurs non rachetables par les assurés serait à tout coup socialement souhaitable.



Récemment la représentation canonique du problème du « risque moral » initiée par Pauly (1968) a, en outre, fait l'objet de certaines remises en cause (Bardey, Couffinhal et Grignon, 2002). Ainsi Rice (1993) a-t-il émis une critique radicale selon laquelle il n'existe pas de fonction de demande de soins, puisque l'observation de leurs comportements de recours aux soins à partir de l'étude *Rand Experiment* (cf. *infra*) montre qu'ils recourent de façon significative à des traitements que les experts jugent peu ou pas efficaces. On ne saurait donc mesurer la perte de bien-être social liée à l'assurance maladie dans la mesure où, avec ou sans assurance, la rationalité des consommateurs est intrinsèquement limitée. Cet argument a servi à contester les politiques d'assurance maladie basées sur la mise en place de tickets modérateurs supportés par les assurés, et à préconiser des politiques de régulation de l'offre de soins qui limitent la tentation des professionnels de santé de profiter de leur avantage informationnel. Plus tard Nyman (1999), sans remettre en cause la formulation du problème du « risque moral » par Pauly (1968), conteste sa mesure de la perte de bien-être social liée à l'assurance maladie. Il considère, en effet, que le surcroît de dépenses de santé induit par l'existence de mécanismes d'assurance tient, certes, aux comportements de « passagers clandestins » des assurés, mais aussi au fait que l'amélioration de la couverture médicale équivaut à un surcroît de revenu - en calculant l'équivalent certain de la réduction de l'écart de revenu entre l'état de malade et celui de bien portant à la faveur de l'extension de la couverture -, lequel entraîne une augmentation de la consommation, notamment de soins. Mais ce deuxième facteur de hausse des dépenses de santé individuelles avec l'amélioration de la couverture par l'assurance maladie, qui n'est pas lié aux défauts de coordination inhérents à l'assurance, ne devrait pas être pris en compte dans l'évaluation du manque à gagner du bien-être lié à l'assurance.

Au moment d'examiner les études empiriques qui ont tenté de mesurer la corrélation entre les écarts interindividuels de dépenses de santé et les écarts dans la couverture maladie, il y a donc lieu de conserver présent à l'esprit deux limites importantes. D'une part, au niveau individuel, il n'est pas toujours sûr qu'une baisse du niveau de la couverture entraîne une diminution des recours aux soins, si le coût des efforts que l'assuré doit mettre en œuvre pour limiter sa demande de soins excède les bénéfices qu'il peut en attendre en termes de réduction de sa prime d'assurance, et il n'est pas davantage certain qu'une telle diminution des recours aux soins soit toujours socialement souhaitable. D'autre part, les tests statistiques mis en œuvre dans ces études reposent sur des hypothèses théoriques qui pourraient surestimer l'incidence de la couverture médicale sur les dépenses de santé.

*... ET QU'EN DISENT LES ÉTUDES EMPIRIQUES ?*

On dispose en effet d'une variété d'études empiriques, portant sur des données tant françaises qu'étrangères, qui ambitionnent de vérifier l'hypothèse du « risque moral », selon laquelle une corrélation positive devrait exister au niveau individuel entre le niveau des dépenses de santé et celui de la couverture maladie, qu'elle soit fournie par des opérateurs publics ou privés. Il est important de préciser que les tests statistiques mis en œuvre à cet effet visent seulement à valider l'existence d'un lien entre couverture et dépenses, et donc la possibilité pour les pouvoirs publics d'orienter les comportements individuels de recours aux soins au moyen d'une régulation du remboursement public et privé. Mais ils ne permettront en aucun cas de justifier sur un plan normatif telle ou telle politique du remboursement, car rien n'autorise à qualifier en efficacité ni en équité les écarts de consommation que ces tests sont susceptibles d'identifier : une sous-consommation relative peut ainsi être liée pour certains individus à un recours insuffisant aux soins du fait d'une faible couverture maladie.

Sur un plan plus technique, le test de cette hypothèse, en apparence extrêmement simple à mettre en œuvre, se heurte toutefois à une difficulté importante, liée à l'hétérogénéité des caractéristiques individuelles. Il se pourrait, en effet, que les personnes qui bénéficient de la meilleure couverture maladie soient aussi celles qui consomment le plus de soins, non pas en raison de cette couverture élevée, ce que l'on cherche à tester, mais d'autres caractéristiques : haut revenu, bas niveau de diplôme, mauvais état de santé... On sait que les marchés d'assurance sont, en général, sujets au phénomène « d'anti-sélection » (Henriet et Rochet, 1988), par lesquels ce sont en priorité les individus qui présentent les risques les plus élevés de recours aux soins, notamment parce qu'ils ont un mauvais état de santé, qui recherchent les couvertures les plus élevées. Il est donc essentiel que les protocoles statistiques qui cherchent à tester l'hypothèse du « risque moral » s'efforcent de neutraliser les biais de sélection qui sont susceptibles d'intervenir dans les comportements d'adhésion à des dispositifs d'assurance lorsque ceux-ci, comme c'est le cas en France, sont proposés par des opérateurs privés.

Au niveau international, l'étude la plus significative est celle du *Rand Experiment* (Newhouse, 1993) aux États-Unis, dans laquelle 15 polices d'assurance santé différentes, de la gratuité complète à une variété de taux de co-paiement par l'assuré pouvant atteindre au maximum 95 % - dans la limite d'un certain seuil de dépenses au-delà duquel les soins sont intégralement pris en charge -, ont été attribuées par tirage au sort à un échantillon de 6 000 ménages suivis pendant une dizaine d'années

dans les années 1970. Du fait de la répartition aléatoire des niveaux de couverture maladie entre les individus, le problème du biais de sélection lié aux comportements individuels d'adhésion aux dispositifs, évoqué précédemment, ne se pose pas. Un transfert monétaire a, en outre, été attribué aux ménages suivis afin qu'ils ne soient pas en moins bonne situation avec la police qui leur était attribuée qu'avec celles qu'ils avaient acquises avant l'enquête. Cette étude aboutit à un ensemble de conclusions non ambiguës, résumées dans le tableau n° 1 suivant.

Ainsi, globalement, l'application d'un taux de co-paiement de 95 % jusqu'à un certain seuil de dépenses permet de réduire les dépenses de plus de 30 % par rapport à la gratuité des soins. Cependant, un taux de co-paiement de seulement 25 % permet de réduire les dépenses de près de 20 %. L'impact de la couverture maladie sur les dépenses paraît beaucoup plus sensible sur les dépenses ambulatoires que sur les soins hospitaliers, et paraît consister davantage dans des variations de la probabilité de recours aux soins que dans celles de la dépense par consultation. Par ailleurs, l'examen des propriétés du contrat garantissant une prise en charge intégrale des soins hospitaliers et un fort taux de co-paiement sur les soins de ville (dernière ligne du tableau n° 1) suggère une substitution limitée de soins hospitaliers aux soins de ville).

11

Tableau n° 1
Recours aux soins et dépenses selon l'étude du « Rand Experiment »
(en moyenne sur une année)

	Probabilité de recours aux soins	Taux d'admission à l'hôpital	Dépenses totales (gratuité=100)	Nombre de séances de médecins	Dépenses de soins de ville (gratuité=100)
Gratuité des soins	86,7 %	10,4 %	100	4,6	100
Co-paiement :					
• 25 %	78,8 %	8,8 %	81	3,3	76
• 50 %	74,3 %	8,3 %	75	3,0	66
• 95 %	68,0 %	7,8 %	69	2,7	60
Gratuité pour l'hôpital, 95 % de co-paiement pour les soins de ville	72,6 %	9,5 %	80	3,0	69

Source : Newhouse (1993).

L'étude *Rand Experiment* comportait également un volet complémentaire exploitant des bilans de santé des personnes suivies. Il révèle ainsi que des indicateurs comme le besoin de correction de la vision, les problèmes de tension artérielle et la fréquence des caries



dentaires sont améliorés de façon non significative en cas de prise en charge complète pour les personnes présentant les caractéristiques moyennes de la population, mais progressent significativement pour les personnes appartenant aux deux premiers déciles de revenu, ou celles dont la tension artérielle était élevée avant l'inclusion dans l'étude. Au total, cette étude a apporté un solide soutien à l'idée, découlant de l'hypothèse du « risque moral », selon laquelle des taux de co-paiement appropriés peuvent induire un recours plus modéré des individus au système de santé, tout en soulignant, en cohérence avec la discussion précédente des conditions en définitive assez strictes dans lesquelles de telles formules peuvent être socialement souhaitables, les risques de dégradation de l'état de santé des personnes les plus fragiles sur le plan sanitaire ou social sous l'effet des renoncements aux soins qu'elles induisent.

En France, plusieurs études ont également tenté de vérifier la corrélation positive entre couverture médicale et dépenses de santé (cf. Geoffard, 2000, pour une synthèse de ces études). Toutefois, à la différence de l'étude américaine *Rand Experiment*, on ne dispose pas d'une expérience contrôlée, mais seulement de données d'enquêtes sur la santé auprès d'un échantillon représentatif de ménages. Ces enquêtes comportent des informations sur la couverture maladie de base et complémentaire des personnes interrogées, malheureusement partielles en ce qui concerne la couverture complémentaire, pour laquelle on peut en général seulement savoir si l'individu dispose ou non d'une protection complémentaire en sus de celle apportée par l'assurance maladie obligatoire de base, mais pas le niveau de cette protection en termes de taux de prise en charge des soins qui serait pourtant utile pour évaluer l'incidence de la couverture sur les dépenses de soins. Dans ce contexte statistique, les couvertures médicales sont, non pas attribuées de façon aléatoire, mais résultent d'une décision endogène des individus, ce qui va entraîner un protocole économétrique plus complexe pour identifier l'effet spécifique de la couverture médicale sur les dépenses de santé (tableau n° 2).

À l'aide des données de l'enquête *Santé* réalisée par l'Insee en 1980, Caussat et Glaude (1993) analysent la distribution des consommations individuelles de soins selon la couverture médicale. Dans cette enquête, et grâce à des travaux complémentaires réalisés par le CreDES, les dépenses de santé sont évaluées en valeur monétaire et incluent les dépenses d'hospitalisation. De plus, au moment de l'enquête, un tiers de la population environ n'avait pas d'autre couverture maladie que celle assurée par l'assurance maladie de base



obligatoire, les autres personnes disposant soit d'une couverture complémentaire facultative, soit d'une exonération du ticket modérateur en raison d'une affection de longue durée. Les auteurs modélisent séparément et successivement la probabilité d'avoir une couverture complémentaire et les dépenses de santé, afin de corriger des éventuels biais de sélection dans la population couverte par une assurance complémentaire. Ils trouvent une absence de lien entre l'état de santé et la possession d'une couverture complémentaire, ce qui invalide l'hypothèse d'anti-sélection selon laquelle seuls les « hauts » risques maladie devraient bénéficier d'un haut niveau de prise en charge. Ils identifient, en revanche, un surcroît très significatif de dépenses de santé des personnes bénéficiant d'une couverture complémentaire, de l'ordre de 30 % par rapport à une personne assurée seulement par la couverture maladie de base. Comme dans l'étude *Rand Experiment*, l'écart de dépenses de santé entre individus hautement et faiblement assurés s'observe sur les dépenses ambulatoires, mais pas sur les soins hospitaliers auxquels, au contraire, les personnes pourvues de la seule couverture médicale de base ont tendance à recourir davantage.

Chiappori, Durand et Geoffard (1998) utilisent des données relatives au recours aux médecins généralistes et aux visites à domicile émanant d'organismes privés offrant des couvertures complémentaires maladies collectives dans le cadre de l'entreprise, portant sur les années 1993 et 1994. Or, l'année 1993 a été marquée par une diminution de 5 points du taux de prise en charge des consultations de médecins par la Sécurité sociale, qui est passé de 70 % à 65 %. Parmi les organismes présents dans la base de données, certains ont décidé en 1994 d'ajuster à la hausse le niveau de leurs prestations et de leurs primes pour maintenir le niveau antérieur de remboursement total - Sécurité sociale + organisme complémentaire -, quand d'autres ont maintenu inchangés leurs niveaux de primes et d'indemnités, laissant donc se réduire le niveau de remboursement total. Il s'agit donc d'une quasi - expérience naturelle, puisque les individus observés, qui adhèrent aux couvertures complémentaires dans un cadre collectif ne peuvent pas déterminer de façon endogène leur affiliation à ces régimes, sauf à supposer, ce qui serait peu réaliste, que le niveau de la couverture maladie offerte par l'entreprise serait un argument décisif pour pousser les salariés à porter leur candidature à un emploi dans ces entreprises. Les auteurs ne trouvent aucun écart significatif entre les deux groupes d'individus pour l'évolution des consultations de généralistes entre 1993 et 1994, mais au contraire un écart significatif pour celle des visites à domicile.

Tableau n° 2
Synthèse des résultats des principales études sur données françaises
relatives au lien entre assurance maladie et recours aux soins

Auteurs (s)	Données utilisées	Année	Hypothèse testée	Impact de la couverture maladie sur...	
				... le recours aux soins	... les dépenses de santé
Caussat, Glaude (1993)	Enquête « Santé » de l'Insee	1980	Écart de dépenses entre bénéficiaires et non bénéficiaires d'une couverture complémentaire	+ 12 % (ensemble des dépenses)	+ 30 % (ensemble des dépenses)
Chiappori, Durand, Geoffard (1998)	Données individuelles de dépenses de santé collectées auprès d'un échantillon d'opérateurs de couverture complémentaire collective	1993-1994	Écart de dépenses entre individus selon que l'organisme a compensé ou non en 1994 la baisse du remboursement de la Sécurité sociale	Aucun effet sur les consultations de médecins généralistes, baisse de 22 % de la proportion de consommateurs de visites à domicile parmi les individus appartenant à des organismes dont le remboursement est resté stable	–
Genier (1998)	Enquête <i>Santé</i> de l'Insee	1991-1992	Écart de dépenses entre bénéficiaires et non bénéficiaires d'une couverture complémentaire	+ 57 % (nombre « d'épisodes de soins »)	–
Raynaud (2002)	Enquête <i>Santé et protection sociale</i> du CreDES appariée avec l'Échantillon permanent des assurés sociaux de la CNAMTS	1992, 1995, 1997	Écart de dépenses entre bénéficiaires et non bénéficiaires d'une couverture complémentaire	+ 8 % pour les soins ambulatoires, non significatif pour les dépenses hospitalières	+ 24 % pour les soins ambulatoires, non significatif pour les dépenses hospitalières
Buchmüller, Couffinhal, Grignon, Perronnin (2002)	Enquête <i>Santé et protection sociale</i> du CreDES	1998	Écart de dépenses entre bénéficiaires et non bénéficiaires d'une couverture complémentaire, impact de la CMU	+ 87 % de recours aux soins ambulatoires pour les personnes disposant d'une couverture maladie complémentaire, réduction de 8 à 6,5 points de l'écart dans la probabilité de recours aux soins entre hauts et bas revenus sous l'effet de la CMU	–



Genier (1998) réalise une étude très similaire à celle de Caussat et Glaude (1993) sur les données de l'enquête *Santé* suivante, réalisée par l'Insee en 1991-1992. À cette date, 15 % seulement de la population bénéficiait uniquement de la couverture médicale de l'assurance maladie de base obligatoire. Cependant, pour cette enquête, on ne dispose plus d'une valorisation monétaire des dépenses. Aussi l'auteur construit-elle la notion « d'épisode de soins » qui permet de regrouper l'ensemble des soins et biens médicaux consommés en rapport avec un même événement pathologique. Elle conclut à une incidence nulle du fait de posséder une couverture complémentaire sur la dépense moyenne par épisode de soins, mais à un impact significatif de la couverture médicale sur le nombre d'épisodes de soins : ainsi, les personnes disposant d'une couverture complémentaire maladie ont-ils en moyenne un nombre annuel d'épisodes de soins supérieur de 57 % (0,85 contre 0,54) à celui des personnes bénéficiant seulement de l'assurance maladie de base obligatoire.

Raynaud (2002), utilisant les données des enquêtes *Santé et protection sociale* du Credes de 1992, 1995 et 1997, appariées avec l'échantillon permanent des assurés sociaux de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, trouve un surcroît de recours aux soins ambulatoires de 24 % pour les personnes possédant une couverture complémentaire, et non significatif pour les soins hospitaliers.

De leur côté, Buchmüller, Couffinhal, Grignon et Perronnin (2002) testent l'hypothèse du « risque moral » à partir des données de l'enquête *Santé et protection sociale* du Credes de 1998. Leur article incorpore de nouvelles avancées, notamment la distinction entre les personnes disposant d'une couverture maladie complémentaire selon qu'elles l'ont acquise grâce à une couverture collective dans le cadre professionnel ou qu'elles l'ont acquise à titre individuel, ce qui permet de mieux approcher les phénomènes d'anti-sélection dans le cas des couvertures individuelles. Une autre innovation réside dans la mobilisation des informations nombreuses contenues dans l'enquête sur l'état de santé des personnes, qu'il s'agisse de l'état de santé auto-perçu, ou de caractéristiques sanitaires objectives à l'aide des indicateurs d'invalidité et de pronostic vital obtenus en retraitant les réponses au questionnaire médical annexé à l'enquête, ou encore d'informations sur les comportements, comme par exemple sur la consommation de tabac. Les auteurs trouvent un effet très important, toutes choses égales par ailleurs, de la couverture maladie sur la fréquence du recours aux soins ambulatoires : le fait de disposer d'une couverture complémentaire ferait passer la fréquence du recours aux soins à 28 %, contre 15 % en l'absence de couverture ; ces résultats sont très supérieurs aux effets trouvés dans les études antérieures, et pourraient être dus au fait que le recours est



apprécié sur une période d'un mois, contre trois mois dans les autres études fondées sur les enquêtes *Santé* de l'Insee. Les auteurs estiment également que la création de la CMU devrait accroître de 9 points le recours aux soins des personnes à bas revenus, et diminuer de 7 % l'écart relatif de recours aux soins entre hauts et bas revenus. En outre, si le fait de disposer d'une couverture maladie complémentaire augmente fortement la probabilité de recourir aux soins, il n'a pas d'incidence sur le choix du médecin, probablement en raison de la faiblesse de la différence dans les restes à charge en cas de consultation d'un médecin généraliste ou spécialiste par une personne dépourvue de couverture complémentaire, confirmant ainsi les résultats de Breuil-Genier (2000).

Au total, on dispose d'une diversité d'études, sur données françaises comme étrangères, qui valident l'hypothèse d'une corrélation significative et positive entre le montant individuel des dépenses de santé et le niveau de la couverture maladie. Certes, comme on l'a vu, il n'est pas sûr que ces estimations permettent de mesurer exactement le manque à gagner du bien-être lié aux imperfections intrinsèques aux mécanismes d'assurance. Toutefois, au vu de la régularité des résultats positifs aux tests de l'hypothèse de « risque moral » malgré la diversité des données utilisées, et du caractère très significatif des estimations obtenues, il est permis de suspecter une incidence importante de la couverture médicale, toutes choses égales par ailleurs, sur le recours aux soins.

Soulignons une fois encore que la détection de cette corrélation positive entre couverture médicale et dépenses n'emporte par elle-même aucun jugement sur les propriétés de l'assurance maladie complète ou incomplète en termes d'optimalité économique. Les surcoûts exposés par des personnes à hauts revenus, en bonne santé et munies d'un haut niveau de couverture maladie, constituent sans doute dans la plupart des cas des rentes improductives dont l'élimination est souhaitable. En revanche, l'augmentation du recours aux soins de personnes à revenus modestes ou en mauvais état de santé du fait d'une amélioration de leur couverture maladie est, en règle générale, associée à une amélioration du bien-être, et aussi indirectement génératrice d'externalités positives pour la société - par un plus haut niveau de capital humain et moindres inégalités primaires de revenus -, et peut donc être regardée comme un bienfait pour la société. Toutefois, dans le contexte français marqué par le caractère largement inopérant des tickets modérateurs de l'assurance maladie en raison de la généralisation des couvertures complémentaires maladie facultatives, ces dernières semblent avoir pour effet principal de multiplier les recours aux soins, notamment en cas d'affection bénigne, la dépense moyenne par épisode de soins semblant, en revanche, peu sensible au niveau de la couverture maladie toutes choses



égales par ailleurs. Ceci donne du crédit à l'existence de consommations de soins inefficaces de la part de bon nombre de détenteurs de couvertures maladie généreuses, que des formules appropriées de franchises non rachetables permettraient de réduire, sous réserve, en tirant les enseignements de l'étude du Rand Experiment, qu'elles n'aient pas d'incidence sur le recours aux soins des personnes à bas revenu ou mauvais état de santé.

*EN FRANCE, AU NIVEAU INDIVIDUEL, LE BÉNÉFICE
D'UNE ASSURANCE MÉDICALE COMPLÉMENTAIRE INDUIT
29 % DE DÉPENSES SUPPLÉMENTAIRES DE SOINS DE VILLE*

L'impact important de la couverture médicale sur la consommation de soins, détaillé dans les études précédentes, est ici confirmé sur des données françaises très récentes¹ (2002), dans un contexte nouveau depuis la mise en place de la Couverture maladie universelle en 2000, puisque seulement 9 % des Français ne disposaient, en 2002, d'aucune assurance complémentaire. C'est l'appariement de deux sources de données complémentaires, l'enquête Santé et protection sociale (SPS) menée par l'Irdes en 2000 et 2002, et les Échantillons permanents des assurés sociaux (EPAS) issus des trois principales caisses d'assurance maladie, la CNAMTS, la MSA et la Canam, qui a permis d'estimer le surplus de dépense de soins induit par le bénéfice d'une assurance maladie complémentaire, toutes choses étant égales par ailleurs, et donc en particulier à état de santé donné.

L'enquête SPS, biennale, est menée auprès d'un échantillon de ménages ordinaires dont au moins un membre est présent dans l'Epas, cet échantillon étant représentatif d'environ 95 % des ménages français. Elle fournit des renseignements démographiques, socio-économiques, sur la protection sociale, et sur l'état de santé. Les dépenses annuelles de soins présentées au remboursement de l'assurance maladie, présentes dans l'Epas et appariées à SPS, sont, quant à elles, directement issues des fichiers de liquidation de l'assurance maladie. Toutefois, certaines consommations de santé échappent à l'Epas, c'est le cas des consommations non prescrites et/ou non remboursables, des consommations remboursables, mais non présentées au remboursement, ainsi que les dépenses de soins non individualisables (les séjours de longue durée dans les établissements médicalisés et une partie des dépenses hospitalières). Ainsi, l'Epas permet de reconstituer environ 80 % de la consommation de soins et de biens médicaux des comptes de la santé. Les appariements de l'Epas et de l'enquête SPS pour les années 2000 et 2002 utilisés dans cette étude représentent environ 18 500 individus.



L'effet du bénéfice d'une assurance complémentaire santé sur la consommation de soins des individus est estimé, comme dans la plupart des études précédemment citées, à partir d'un modèle de sélection à deux équations, la première modélisant la probabilité de consommer au moins une fois dans l'année, et la deuxième modélisant le montant de la dépense. Le modèle est estimé par la méthode en deux étapes de Heckman, qui permet de corriger un éventuel biais de sélection dans la deuxième équation liée à la corrélation entre la décision d'engager des soins et le montant de la dépense annuelle.

Les résultats des estimations confirment ceux déjà obtenus sur des données plus anciennes évoqués dans la deuxième partie de cet article : en 2002, par rapport à une personne qui serait seulement couverte par l'assurance maladie obligatoire et qui devrait payer intégralement les tickets modérateurs et les éventuels dépassements d'honoraires, une personne couverte par une assurance complémentaire santé engage des dépenses annuelles de soins de ville supérieures de 29 % (tableau n° 3). Cette estimation se révèle particulièrement stable entre l'année 2000 (+ 30 %) et l'année 2002. En outre, l'absence d'influence significative de l'assurance complémentaire sur les dépenses hospitalières est également confirmée.

En effet, selon les comptes de la santé, en 2002, seulement 4,1 % des dépenses hospitalières étaient remboursées par les assurances complémentaires, la part prépondérante de la Sécurité sociale dans leur financement (91,5 %) ne laissant qu'un rôle marginal aux autres financeurs. Il est donc logique que le bénéfice d'une assurance complémentaire n'ait aucune influence significative sur les dépenses hospitalières. En revanche, la part plus limitée de la Sécurité sociale dans le financement des soins de ville (62,8 %) laisse une place potentielle considérable aux assurances complémentaires. Ainsi, en 2002, ces dernières finançaient 19,7 % des soins de ville. En conséquence, les personnes couvertes par une assurance complémentaire (86 % des Français hors Couverture maladie universelle en 2002) voient leur reste à charge lié aux soins de ville diminuer significativement grâce aux remboursements de l'assurance complémentaire, ce qui encourage leur consommation. Par ailleurs, l'argument traditionnel selon lequel les soins hospitaliers sont plus souvent indispensables que les soins de ville, plus facilement reportables, contribue à renforcer le résultat selon lequel la consommation de soins de ville est plus sensible à la présence d'une assurance complémentaire que la consommation de soins hospitaliers. En outre, les soins hospitaliers sont privilégiés par les ménages modestes, pour des raisons culturelles, mais aussi en raison d'un paiement à leur charge plus faible ou différé. Il est possible que les personnes sans assurance complémentaire adoptent le même type de comportement, ce qui viendrait contre-

balancer les incitations à modérer la dépense hospitalière due à la franchise à payer, comme par exemple le forfait journalier.

Tableau n° 3
L'incidence d'une couverture complémentaire santé
sur la consommation annuelle de soins de ville

Type de soins de ville	Probabilité de consommation dans l'année*		Dépense annuelle supplémentaire liée à l'assurance complémentaire ²
	non assuré	assuré	
Ensemble des soins de ville	84 %	93 %	+ 29%
Omnipraticiens	65 %	78 %	+ 19%
Spécialistes	52 %	69 %	+ 40%
Médicaments	74 %	85 %	+ 6%
Auxiliaires médicaux	14 %	20 %	+ 60%
Analyses biologiques	38 %	50 %	non significatif
Dentaires	34 %	47 %	+ 18%
Optiques	19 %	34 %	+ 19%

* Pour la situation de référence : homme âgé de 40 à 64 ans, en bonne santé (porteur de lunettes), en couple sans enfant, actif occupé, employé, de revenu médian, de niveau d'étude bepc, en région parisienne.
Données : DREES - EPAS-SPS 2000 et 2002

Au sein des dépenses de soins de ville, les dépenses pharmaceutiques, qui sont le poste de dépense le plus important, sont peu sensibles à la présence d'une assurance complémentaire (+ 6 %). En effet, d'une part les prix des médicaments remboursables sont réglementés, et, de ce fait, il n'y a pas de dépassements de tarifs, et, d'autre part, environ 41 % des dépenses de médicaments remboursables sont intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire (CNAMTS, 2004), essentiellement au titre des exonérations du ticket modérateur pour affection de longue durée.

En revanche, le bénéfice d'une assurance complémentaire induit des dépenses d'honoraires de médecins significativement plus élevées que chez les personnes qui en sont dépourvues, l'écart de dépense étant nettement plus marqué au titre des dépenses de spécialistes (+ 40 %) qu'au titre des dépenses d'omnipraticiens (+ 19 %). Les tarifs de convention des médecins spécialistes sont, en effet, plus élevés que ceux des omnipraticiens, ce qui laisse un ticket modérateur plus important à la charge des personnes sans assurance complémentaire. Mais surtout, les médecins spécialistes pratiquent plus fréquemment des honoraires libres induisant des charges importantes restant à payer après remboursement par la Sécurité sociale, ce qui constitue un frein pour l'accès à ce type de soins pour les personnes sans assurance complémentaire et pour les personnes dont



l'assurance complémentaire ne rembourse pas les dépassements d'honoraires.

Les dépenses supplémentaires induites par la moindre participation financière à leur propre consommation de soins des personnes couvertes par une assurance complémentaire ne doivent pas s'interpréter uniquement en termes de surconsommation de soins. En effet, l'existence des assurances complémentaires permet d'encourager la prévention et de diminuer le renoncement aux soins pour des raisons financières.

Outre une dépense annuelle de soins de ville plus élevée, le bénéfice d'une assurance complémentaire augmente en effet significativement la probabilité d'engager des soins au moins une fois dans l'année (voir tableau n° 3), et ce, quel que soit le type de soins. En particulier, consulter au moins une fois dans l'année un généraliste, un dentiste ou un ophtalmologiste contribue à une meilleure prévention des maladies. Ainsi, l'absence de couverture complémentaire pourrait être un frein à une politique de prévention efficace, ce qui risque de générer, à terme, des dépenses supplémentaires.

Enfin, en 2002, les personnes couvertes par une assurance complémentaire déclarent, à caractéristiques identiques, deux fois moins souvent que les personnes sans assurance complémentaire avoir dû renoncer à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. Ces renoncements aux soins concernent majoritairement les soins les plus mal remboursés par l'assurance maladie obligatoire, à savoir les soins dentaires et optiques. Le remboursement de ce type de soins est ainsi devenu un des piliers de l'offre de contrats des organismes d'assurance complémentaire.

Au final, l'influence de l'assurance maladie complémentaire sur la consommation de soins est donc duale. En diminuant les frais restant à la charge des ménages en cas de consommation de soins, elle joue, d'une part, un rôle inflationniste sur la croissance des soins de ville, mais d'autre part, elle encourage la prévention et surtout, elle permet un meilleur accès aux soins mal remboursés par l'assurance maladie obligatoire, en particulier pour les ménages de revenus modestes. Ainsi, l'enquête auprès des ménages bénéficiaires de la CMU complémentaire menée par la DREES en mars 2003 (Boisguérin, 2004) indique que parmi les 43 % de ménages de nouveaux bénéficiaires qui avaient renoncé à des soins pour des raisons financières avant leur entrée dans le dispositif, 71 % ont, depuis, commencé les soins auxquels ils avaient dû renoncer.

Au sortir de cette présentation des principaux résultats théoriques relatifs aux liens entre couverture maladie et dépenses de santé, muni d'une variété de travaux empiriques ayant tenté de tester l'hypothèse du



« risque moral » dans le domaine de la santé, il est permis de formuler quelques conclusions susceptibles de guider la politique économique dans ce secteur.

En premier lieu, le nombre des travaux qui, sur données françaises comme étrangères et à l'aide de sources et de protocoles statistiques variés, concluent à une incidence significative du niveau de la couverture maladie sur les dépenses de santé au niveau individuel - 30 % environ d'écart toutes choses égales par ailleurs entre une personne disposant d'une couverture complémentaire et une autre bénéficiant seulement des prestations de l'assurance maladie publique -, conforte l'idée qu'il y a une place dans les politiques de santé pour des stratégies de maîtrise et d'orientation de la demande de soins à l'aide d'une régulation appropriée de leurs remboursements. Cette conclusion vaut sans doute particulièrement pour la France, où les opérateurs privés complètent les remboursements de l'assurance maladie publique plutôt qu'ils n'élargissent la gamme des prestations prises en charge, et de ce fait engendrent une externalité négative en offrant à leurs adhérents le rachat des tickets modérateurs en vigueur dans la couverture maladie de base.

Cependant, il y a lieu d'ajouter tout aussitôt que toute consommation supplémentaire de soins induite par une couverture maladie améliorée n'est pas systématiquement injustifiée. L'assurance maladie a pour premier objet, en mutualisant les risques individuels, de réduire les coûts de la santé et ainsi de favoriser l'égal accès aux soins. Une partie des personnes à bas revenus étant contrainte de renoncer à des soins pour des raisons économiques, l'amélioration de leur couverture maladie se traduit assurément par un gain de bien-être. En effet, l'accès aux soins étant bien souvent pour les personnes en mauvais état de santé une condition décisive de leur participation à l'activité économique et donc de leur capacité de gains, on ne peut que conclure à la nécessité de maintenir un haut niveau de prise en charge de la santé en faveur des personnes à faibles ressources, objectif auquel la couverture maladie universelle s'efforce de répondre en France.

Ceci conduit en conclusion à préconiser de recourir de façon nuancée à l'instrument du remboursement pour orienter la demande soins. Ce recours trouve assurément ses fondements dans le lien étroit qui s'établit entre dépenses de santé et couverture maladie une fois contrôlé des caractéristiques spécifiques des individus : revenu, état de santé, aversion pour le risque... Mais au moment de venir sur le terrain de la politique économique, il est indispensable de considérer que cette politique économique s'appliquera non, pas aux personnes théoriquement identiques de l'approche « toutes choses égales par ailleurs » des travaux théoriques et empiriques sur le « risque moral » en assurance maladie, mais à des personnes réellement hétérogènes par leurs caractéristiques



socio-économiques et sanitaires. Il importerait donc que les incitations au recours modéré aux soins que permettent d'augurer des formes de copaiement entre assureurs et assurés, quelles qu'en soient les modalités pratiques, soient modulées au moins en fonction des revenus et de l'état de santé des personnes. De même, il y aurait lieu de proportionner ces mécanismes de responsabilisation selon la nature des prestations - hospitalières, ambulatoires, pharmaceutiques... -, en prenant en compte le fait que les disparités de consommation de soins en fonction de la couverture sont très significatives en matière ambulatoire et pharmaceutique, mais beaucoup plus ténues en matière hospitalière.

NOTES

1. Les premiers résultats présentés dans cet article feront l'objet d'une prochaine publication (Raynaud, 2004).

2. Le modèle étant estimé pour le logarithme des dépenses, puis ensuite transformé par la fonction exponentielle pour estimer l'effet des différentes variables sur les dépenses, les résultats présentés au tableau n° 2 n'assurent pas strictement la cohérence entre l'augmentation de dépenses pour l'ensemble des soins de ville et la moyenne pondérée des augmentations de dépenses pour chacune des catégories de soins.

BIBLIOGRAPHIE

- ARROW K. J., (1963), « Uncertainty and the welfare economics of medical care », *American Economic Review*, vol. 5.
- AUVRAY L., DOUSSIN A., LE FUR P., (2003), « Santé, soins et protection sociale en 2002 ; enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS), France 2002 », rapport n° 1509, série « Résultats », Irdes, décembre.
- BARDEY D., COUFFINHALA., GRIGNON M., (2002), « Trop d'assurance peut-il être néfaste ? Théorie du risque moral *ex post* en santé », *Questions d'économie de la santé*, n° 53, Credes.
- BOISGUÉRIN B., (2004) « État de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU. Un impact qui se consolide entre 2000 et 2003 », *Études et résultats* n° 294, mars, DREES.
- BREUIL-GENIER P., (2000), « Généraliste puis spécialiste : un parcours peu fréquent », *Insee Première*, n° 709, Insee.
- BUCHMÜLLER T., COUFFINHALA., GRIGNON, M., PERRONNIN M., (2002), « Access to physician services : does supplemental insurance matter ? Evidence from France », *Nber Working Paper*, n° 9238.
- BUREAU D., (1999), « Intérêt social et discrimination tarifaire en assurance maladie », *Revue française d'économie*, volume XIV, n° 2.

- CAUSSAT L., GLAUDE M., (1993), « Dépenses médicales et couverture sociale », *Économie et statistique*, n° 265.
- CHIAPPORI P.-A., DURAND F., GEOFFARD P.-Y., (1998), « Moral hazard and the demand for physician services: first lessons from a french natural experiment », *European Economic Review*, n° 42.
- CNAMTS, (2004) « Point de conjoncture n° 28 », août.
- COHEN E., HENRY C., (1997), « Services publics, secteur public », rapport du Conseil d'analyse économique, n° 3, *La Documentation française*.
- DREZE J., (1997), « Sur la spécificité économique des soins de santé », *Économie et prévision*, n° 129 - 130.
- EVANS R. E., (1974), « Supplier-induced demand some empirical evidence and implications », in Perlman M., *The economics of health and medical care*, Wiley.
- FENINA A., GEFFROY Y. (2004), « Les comptes nationaux de la santé en 2003 ». *Études et résultats* n° 323, DREES, juillet.
- GENIER P., (1998), « Assurance et recours aux soins : une analyse micro-économétrique à partir de l'enquête Santé 1991 - 1992 » de l'Insee », *Revue économique*, vol. 49, n° 3.
- GEOFFARD P. Y., (2000), « Dépenses de santé : l'hypothèse d'aléa moral », *Économie et prévision*, n° 142.
- HENRIET D., ROCHET J.-C., (1988), « Équilibres et optima sur les marchés d'assurance : une illustration des phénomènes d'antisélection », in *Mélanges économiques en l'honneur d'Edmond Malinvaud*, Ehess.
- HENRIET D., ROCHET J.-C., (1991), « Microéconomie de l'assurance », *Economica*.
- HENRIET D., ROCHET J.-C., (1999), « Régulation et intervention publique dans les systèmes de santé », in Mougeot, M., *Régulation du système de santé*, rapport du Conseil d'analyse économique, n° 13, La Documentation française.
- NEWHOUSE J. P., (1993), « Free for all? Lessons from the Rand health insurance experiment », Cambridge-Harvard University Press.
- NYMAN J. A., (1999), « The economics of moral hazard revisited », *Journal of Health Economics*, vol. 20.
- PAULY M., (1968), « The economics of moral hazard: comment », *American Economic Review*, vol. 58.
- RAYNAUD D., (2002), « Les déterminants individuels des dépenses de santé », *Études et résultats*, n° 182, DREES.
- RAYNAUD D., (2004), « Les déterminants individuels des dépenses de santé : une nouvelle estimation », *Études et Résultats*, DREES (à paraître).
- RICE T., (1993), « Demand curves, economists, and desert islands: a response to Feldman and Dowd », *Journal of Health Economics*, vol. 12.
- SALANIE B., (1994), « Théorie des contrats », *Économica*.
- SHAVELL S., (1979), « Risk sharing and incentive problems in the principal agent relationship », *The Bell Journal of Economics*, vol. 12.
- VAN DOORSLAER E., KOOLMAN X., PUFFER F., (2002), « Equity in the use of physician visits in OECD countries: has equal treatment for equal need been achieved? », in Oecd: *Measuring up: improving health systems performance in OECD countries*, Oecd.

