

La politique économique de santé et l'émergence d'un consommateur de soins : la construction d'un marché

BATIFOULIER Philippe, EconomiX, Université Paris X-Nanterre. philippe.batifoulier@u-paris10.fr

BIENCOURT Olivier, GAINS, Université du Maine. Olivier.Biencourt@univ-lemans.fr

DOMIN Jean-Paul, OMI-LAME, Université de Reims Champagne-Ardenne. jp.domin@univ-reims.fr

GADREAU Maryse, LEG, Université de Bourgogne. Maryse.Gadreau@u-bourgogne.fr

Introduction

Cette contribution propose une lecture comparée de deux évolutions parallèles majeures : au niveau théorique, la tendance de fond de l'ensemble des sciences sociales de santé est de prendre en considération le patient comme acteur autonome. C'est le cas de l'économie, de la sociologie (patient actif par exemple) et du droit (droit des patients et consentement éclairé). Au niveau de la politique économique, l'accent est mis sur la demande dans la régulation de la dépense de santé. Ainsi, par exemple, en cherchant à combattre l'aléa moral, la loi du 13 août 2004, vient contester le rôle moteur de l'offre dans la dépense de santé.

Sur la base d'une analyse compréhensive de l'évolution de la microéconomie de la santé et des réformes actuelles du système de santé qui, au plan de la méthodologie, emprunte à la rhétorique et à l'herméneutique (Gadamer, 2005), nous montrerons que l'ensemble fait système. La façon dont on conçoit le patient a une influence sur le type de régulation choisi par le décideur politique. Ces évolutions ne relèvent donc pas du hasard.

La clef de voûte de ce système est la notion de marché qui doit être pensé comme un processus construit et non naturel. Parler de marché en matière de santé ne peut s'appuyer sur le concept de marché pur walrasien qui n'existe pas, ni même (uniquement) sur l'existence d'un marché qui s'engouffre dans les espaces laissés vacants par la régulation publique (dans le cadre du partage entre assurance maladie obligatoire et complémentaire par exemple). La notion de marché qui semble pertinente en matière de santé est celle de « marché institué » reposant sur des évolutions historiques et sociales et prenant des configurations diverses selon les arrangements institutionnels (Coriat, Weinstein, 2005). La réhabilitation du rôle du patient par la théorie comme par la politique économique construit une forme de marché de la santé particulière et sectorielle. Dans cette construction, l'État doit être pensé en complémentarité au marché et non en opposition.

Nous organiserons notre argumentation en deux temps. Après avoir montré que la démocratie sanitaire accélère l'édification d'un consommateur de soins (1), nous dégagerons l'impact en termes d'équité et d'efficacité, de la politique de régulation du système de santé par la demande, légitimée par cette édification (2).

1. La consécration d'un nouvel acteur : le consommateur de soins

La notion de contrôle profane évoquée par la sociologie des professions et contestant le pouvoir de monopole du médecin a été récemment étendue à la prise en considération d'un véritable sens critique du patient, débouchant plus largement sur une certaine condamnation du modèle paternaliste. L'autonomisation du patient résulte de cette évolution (1.1.). Elle accélère la transformation du colloque singulier et l'édification d'un consommateur de soins (1.2.).

1.1. L'autonomisation du patient : une triple évolution

Depuis la fin des années 1980, le système de soins connaît d'importantes transformations. Une des plus intéressantes est sans aucun doute le développement du concept de démocratie sanitaire qui consacre l'entrée du patient comme décideur dans le colloque singulier dont il est le principal concerné. En contestant à la fois la doctrine et la pratique du paternalisme médical et la conception du « patient infantile », la démocratie sanitaire souligne un rééquilibrage de la relation de soins, plus démocratique, dans le sens où les pouvoirs sont moins inégalement répartis.

On peut trouver trace de ce concept à trois niveaux. La démocratie sanitaire a, en effet, accéléré l'émergence d'un patient actif capable de discuter avec le praticien (1.1.1.). Parallèlement, s'est produit un long travail de refonte du code de déontologie médicale et de la jurisprudence (1.1.2.). Enfin, si l'on observe les pratiques réelles en médecine, cela a accéléré la fin du paternalisme et l'émergence d'un modèle de décision partagée (1.1.3.).

1.1.1. La naissance du patient actif

La démocratie sanitaire résulte d'un important mouvement de mobilisation des malades. La pandémie du sida joue un rôle majeur dans cette transformation. Les associations de malades se sont structurées, notamment en politisant l'ensemble des questions de santé (Barbot, 2002). Leur principale revendication repose sur le nécessaire rééquilibrage de la relation de soins au profit des patients. Cette entrée dans l'espace public a contribué à déplacer la frontière de la pratique médicale, de la sphère privée au domaine public. Désormais, le malade est plus actif, il est informé par le biais de la communauté et intervient dans le choix des thérapies. Cette évolution traduit le passage de la tradition clinique à la modernité thérapeutique d'État (Dodier, 2003).

Les différentes associations de malades ont favorisé le modèle du patient actif : le malade ne délègue plus aux médecins les initiatives, mais il intervient dans le processus de décision. Le modèle du patient actif est différent selon les associations de première génération (Aides) ou de seconde génération (Act Up, Actions traitements, Positifs). Pour Aides, le malade est *gestionnaire de sa maladie*, ses compétences doivent être reconnues par les médecins dans la mise en place du protocole de soins. Pour Act Up, le modèle du *malade émancipé par le*

collectif suppose que la relation entre le malade et le médecin est marquée par les rapports de pouvoir et de domination existant au sein de la société. D'autres, comme Actions traitements, proposent un modèle de *malade consommateur de pointe* cherchant à obtenir les produits les mieux adaptés à la pathologie. Enfin, Positifs soutient le concept de *malade expérimentateur* en lien avec la recherche thérapeutique (Barbot, 2002).

L'émancipation du malade accélère ainsi l'évolution du rapport au médecin. Le praticien n'est plus qu'une instance de savoir parmi d'autres, le patient traite directement avec lui et revendique dorénavant un libre choix thérapeutique. Les associations de malades ont un rôle central dans cette nouvelle configuration. Elles ne sont plus le relais des autorités médicales, mais peuvent émettre un avis sur le traitement. Ces structures jouent un rôle essentiel dans la diffusion des savoirs (Barbot, Dodier, 2000).

1.1.2. *Le contexte renouvelé du colloque singulier*

La transformation du Code de déontologie médicale, de sa version de 1979 à celle de 1995, s'est appuyée sur deux caractéristiques : le droit à l'information et la recherche du consentement éclairé. Cette transformation s'est effectuée en trois temps distincts.

Une première étape est caractérisée par l'introduction de deux nouveaux articles (35 et 36). L'article 35 prévoit expressément que « *le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il propose* ». Le conseil de l'ordre va même plus loin en précisant que cette information doit être adaptée à la personnalité du patient. L'article 36 précise que « *le consentement de la personne examinée et soignée doit être recherché dans tous les cas* ». La recherche du consentement du patient suppose que le respect de sa dignité passe par la proposition, et non l'imposition, de la thérapeutique. D'autre part, l'acceptation de la thérapeutique nécessite une obligation d'information pour le praticien. Le malade est ainsi associé à la prise de décision.

L'évolution jurisprudentielle de la Cour de cassation, que l'on peut caractériser par trois arrêts principaux, constitue la deuxième étape. Le premier arrêt dit Hédreul (25 février 1997) précise que « *le médecin est tenu d'une obligation particulière d'information vis-à-vis de son patient* ». L'arrêt dit Guyomar (14 octobre 1997) confirme cette tendance en inversant la charge de la preuve. Enfin, un arrêt de la Cour de cassation du 9 octobre 2001 affirme que le devoir d'information « *trouve son fondement dans l'exigence du respect du principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité de la personne humaine* » (Harichaux, 2002).

Enfin, troisième étape, la loi du 4 mars 2002 qui pose comme principe que « *toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé* » et précise que l'information incombe au professionnel de santé et non plus seulement au seul praticien. La loi confirme l'obligation d'information préalable aux soins et étend certains droits du malade. Toutefois, le droit demeure limité par certaines circonstances relatives à l'acte médical (Harichaux, 2002). L'information est principalement orale et le médecin devra, dans cette perspective, apprécier la capacité du malade à la recevoir.

1.1.3. Un modèle de décision partagée

En prenant appui sur l'observation des diagnostics et thérapeutiques médicales, dans certains services, on observe l'émergence d'un modèle de décision partagée. Le médecin met alors en œuvre une démarche de révélation des préférences du patient, ce dernier conservant la décision finale (Moumjid-Ferdjaoui, Carrère, 2000 ; Moumjid et *al.*, 2003).

Une typologie de ces modèles permet de dégager leurs trois caractéristiques principales (Moumjid-Ferdjaoui, Carrère, 2000) : l'échange d'information est bilatéral : le médecin transmet ses connaissances au patient qui lui fait état de ses préférences ; le processus de délibération sur les options de traitement est caractérisé par l'interaction ; la décision de traitement est prise par les deux parties.

Ces modèles proposent donc un compromis entre ceux du patient décideur et ceux du médecin décideur. Dans les premiers, on parle de décision de traitement informée : l'échange d'information est unilatéral et le patient décide en fonction de ses préférences. Dans les seconds, modèles souvent qualifiés de paternalistes, le praticien prend la meilleure décision pour le compte du patient (Ferdjaoui et *al.*, 1999).

La coopération entre le patient et le médecin s'avère intéressante dans une situation d'incertitude. Elle permet sans aucun doute un dépassement du modèle paternaliste dans la mesure où elle facilite le transfert d'une information non biaisée, la plus objective et la plus exhaustive possible.

1.2. Évolution du colloque singulier et émergence d'un consommateur de soins

L'autonomisation du patient n'est pas anodine. Elle conditionne, au plan théorique, la façon d'appréhender l'interaction médecin patient (1.2.1.). Dans les faits, cette évolution se traduit par l'émergence d'un consommateur de soins (1.2.2.).

1.2.1. L'évolution théorique du colloque singulier

Depuis les travaux de Kenneth Arrow (1963), on considère le marché de la santé comme durablement marqué par des asymétries d'informations, elles-mêmes motrices des comportements stratégiques des agents. Ce dysfonctionnement rend inopérante l'approche néo-classique standard qui repose sur l'indépendance de l'offre et de la demande. La théorie de l'agence suppose que les rapports entre agents économiques se caractérisent par une répartition inégale de l'information. Dans cette configuration, le principal (mandant) requiert, pour ses compétences, les services d'un agent (mandataire). Cette relation d'agence (Ross, 1973) est marquée par des distorsions dans l'allocation des ressources qualifiées de *moral hazard* (Arrow, 1963) et d'*adverse selection* (Akerlof, 1971). Ainsi, les rapports entre le praticien et le patient sont-ils caractérisés par une relation d'agence avec antisélection et risque moral (Béjean, Gadreau, 1992).

Le modèle canonique de l'agence

Dans la relation thérapeutique appréhendée comme une relation d'agence (imparfaite), le patient délègue son pouvoir de décision au médecin. Or, ce dernier n'est pas un agent parfait, il utilise ses connaissances et ses compétences à son

avantage. L'information qu'il détient sur la qualité du service qu'il produit est susceptible de conduire à un phénomène d'antisélection (*adverse selection*).

La relation est également parasitée par le risque moral concernant le comportement de diagnostic et de prescription du praticien. Le patient peut difficilement se réapproprié l'information dans la mesure où les coûts de recherche sont prohibitifs. Sauf à être médecin lui-même, le patient est confiné dans son statut de profane par rapport à la qualité d'expert du praticien (Darbon, Letourmy, 1983).

La relation d'agence, en mesurant les comportements stratégiques en dividendes informationnels donne une nouvelle assise théorique à l'induction de la demande par l'offre. Cette induction, initiée par le pouvoir discrétionnaire du médecin, lui permettrait de développer une activité supérieure à celle requise par les besoins de ses clients. Il pourrait ainsi ajuster son revenu réel à son revenu désiré (Lévy *et al.*, 1988).

Comme l'existence d'un tiers payeur bouleverse cette microéconomie des relations bilatérales en santé, c'est généralement à la tutelle que revient la prérogative d'édifier des bonnes règles et montages institutionnels (en matière de rémunération tout particulièrement), compensant, pour le médecin, la désutilité de l'effort à être honnête.

Cependant, le patient peut aussi contrecarrer le déséquilibre informationnel dont il est victime et le pouvoir (sur son propre état de santé) dont il est dépossédé. La littérature distingue alors deux types de stratégies que l'on peut rapidement résumer¹ en suivant la distinction introduite par Hirschman (1985).

La stratégie « exit »

Face au pouvoir informationnel du médecin, le patient peut « voter avec ses pieds » et consulter un autre médecin. La menace de cette stratégie, en influant sur le revenu du médecin, l'astreint à adopter une posture « éthique » et non opportuniste. La menace sera d'autant plus crédible que le degré de monopole professionnel sera faible et les coûts de recherche d'information non prohibitifs (Rochaix, 1997). Cette stratégie de contrainte de marché suppose que le patient compare les offres selon les informations dont il dispose avant de faire son choix. Mais, ses effets restent indirects. Le médecin n'est pas incité à améliorer sa prestation, mais seulement à se garantir une bonne réputation (Abecassis, Batifoulier, 1999).

La stratégie « voice »

Dans ce cas, le patient utilise davantage sa voix que ses pieds. C'est le cas notamment du modèle de décision partagée évoqué précédemment, qui établit un compromis entre le modèle canonique de l'agence imparfaite et le modèle où le patient décide, au travers d'un médecin bienveillant, simple conseiller technique (Gafni *et al.*, 1998). Ce modèle peut d'ailleurs dérapé au désavantage du praticien si le patient, se conduisant en « mauvais enfant gâté », exploite la bienveillance du médecin. On débouche alors sur un « dilemme du samaritain » où le médecin se montre altruiste tout en sachant que le patient va exploiter la situation (Marciano, 2005).

¹ Un exposé davantage argumenté est donné dans Batifoulier, Gadreau (2006).

La voie médiane de la décision partagée implique une consultation, une réflexion et une délibération de la part du praticien comme du patient afin de favoriser une véritable interaction où les rôles sont davantage symétriques et où le médecin met en œuvre une démarche de révélation des préférences. La communication n'est plus seulement verbale. D'autres analyses récentes s'inscrivent dans une telle perspective en faisant entrer, dans la relation bilatérale, des objets et des concepts avec lesquels l'économie prend généralement ses distances, comme les émotions ou la communication. En effet, l'analyse du colloque singulier est marquée par un renouveau théorique prenant appui non plus sur la dimension stratégique de l'information, mais plutôt sur la sélection des informations pertinentes par les acteurs (Batifoulier, Gadreau, 2006). Ce paradigme souligne les capacités de jugement des acteurs alors que le modèle canonique de l'agence repose sur les calculs intéressés.

On peut ainsi analyser la décision partagée comme le terme d'un processus conversationnel. Dans une conversation, chaque étape permet à chacun des participants de progresser dans la connaissance des autres et, ce faisant, favorise la compréhension mutuelle. Appliquer au colloque singulier cette approche conversationnelle nous renseigne sur le fait que les agents, médecins et patients, convergent vers une solution satisfaisante qu'ils contribuent à construire. Les patients, en effet, qu'ils soient actifs ou non, qu'ils soient militants ou non, participent au processus conversationnel. Bien sûr, puisqu'un processus conversationnel préserve des inégalités de position, un patient militant sera davantage en situation pour orienter la conversation, et ainsi peser sur l'issue retenue (Biencourt et *al.*, 2004).

1.2.2. L'émergence d'un consommateur de soins

L'économie n'est pas sourde à ces évolutions. Elle y participe même en réorientant la notion de démocratie sanitaire dans un sens plus marchand. La prise en considération du patient acteur est une façon de réhabiliter la notion de marché malmenée (notamment) par la thématique de la demande induite. L'existence d'un consommateur souverain, capable de choix autonomes et susceptible de peser sur la décision médicale, permet d'identifier une demande autonome. Par l'intermédiaire de la démocratie sanitaire, le patient gagne sa citoyenneté en intervenant activement dans le colloque singulier. On a pu introduire ainsi l'idéal égalitaire du libéralisme politique au sein de cette relation (Jaunait, 2005) que les transformations récentes modifient en profondeur, dans la mesure où l'information devient une clause contractuelle ordinaire.

En affirmant sa liberté de choix, le patient² devient progressivement un consommateur de soins. Il devient un « *malade sachant* » (Le Pen, 2005), un agent capable de choix rationnels et susceptible d'évoluer au sein d'un espace marchand. Le contexte renouvelé dans lequel se déroule le colloque singulier participe ainsi à la reconnaissance d'un consommateur de soins, bénéficiant d'une créance de confiance et d'une créance de sécurité, fondements du consumérisme médical (Pitcho, 2004).

² Le patient apparaît vers 1120 dans la langue française. Il désigne l'individu endurant qui supporte les souffrances « *sans murmurer les adversités* ». Au sens étymologique il caractérise celui qui souffre, qui est passif et résigné. À partir du XIV^e siècle, il est substantivé pour désigner le malade face au médecin. Le patient se définit en opposition par rapport à l'agent, ce qui, au sens économique n'est pas sans certaines implications

L'édification d'un patient autonome et informé est plus importante qu'il n'y paraît. On assiste au réveil d'une sphère de la demande antérieurement sous la tutelle des médecins et des financeurs (Chernichovsky, 2002). La revalorisation « *du rôle du malade amène assez logiquement à soumettre à une régulation marchande les biens et services dont le patient-consommateur est capable de juger la qualité et dont les différences de consommation ne mettent pas en jeu la santé publique et la justice sociale* » (Le Pen, 2005, 110).

La loi du 4 mars 2002 a, en insistant sur le développement d'une démocratie sanitaire, favorisé le passage du patient au consommateur de soins. La loi du 13 août 2004 poursuit le processus de transformation du système de soins en faisant de l'assuré social le gestionnaire de son capital santé.

2. La prédominance d'une politique de régulation par la demande

La loi du 13 août 2004 sur la réforme de l'assurance maladie couronne un long processus de transformation favorisant une politique de régulation par la demande (2.1.) qui accroît les inégalités sans pour autant favoriser la maîtrise des dépenses de santé (2.2.).

2.1. Une régulation par la demande...

La loi du 13 août 2004 sur la réforme de l'assurance maladie organise un espace marchand pour la santé. Elle met en place un parcours de soins activant le comportement optimisateur du malade-consommateur de soins (2.1.1). Elle entérine également le partage des soins entre l'assurance maladie obligatoire (AMO) et l'assurance maladie complémentaire (AMC) accélérant de facto l'édification d'un assuré-gestionnaire de son capital santé (2.1.2.).

2.1.1. Le parcours de soins et l'activation du consumérisme médical

La réforme du médecin traitant n'augmente pas la liberté du patient contraint dans ses choix. Le patient s'inscrit sur la liste d'un médecin et est davantage dépendant de lui, contrairement aux préceptes de la démocratie sanitaire. En revanche, la réforme responsabilise le patient, sanctionné financièrement s'il ne respecte pas le parcours de soins.

Les objectifs assignés à ce dispositif sont confus. Comme les individus dans leur grande majorité ont un médecin de famille, la réforme ne peut installer un médecin traitant qui existe déjà si ce n'est à donner une légitimité à une habitude. Il ne peut être question de combattre le nomadisme médical dont on sait qu'il est très marginal. En outre, la réforme accroît la charge de travail de ceux qui en ont déjà beaucoup (les généralistes avec 56 heures hebdomadaires contre 48,8 pour les spécialistes). La réforme cherche, en effet, à réguler l'accès aux spécialistes alors que la majorité des accès directs se font pour des spécialités qui seront hors parcours de soins (pédiatrie, gynécologie...). Enfin, il ne peut s'agir de réduire les dépenses de santé puisque la réforme suscite des doubles consultations (médecin traitant puis correspondant) alors qu'elle prévoit dans le même temps des rémunérations supplémentaires pour les médecins, coûteuses à l'assurance maladie (Bras, 2006).

La réforme cherche à concilier le système de *gatekeeping* avec la liberté tarifaire. La grande nouveauté est d'introduire un droit à dépassement d'honoraires pour tout médecin (donc y compris en secteur 1) en le déconnectant

de la nature des soins prescrits et de la demande des patients. Cette surfacturation est due si l'assuré est hors parcours de soins. C'est l'assuré qui est sanctionné au bénéfice du médecin. En effet, l'infidélité du patient est une récompense pour le praticien qui est autorisé à percevoir un dépassement d'honoraire, non remboursé par les assurances obligatoires et complémentaires (dans le cadre d'un contrat responsable). Le malus de l'un est un bonus pour l'autre. La logique de prix libre, revendication récurrente de la médecine libérale et notamment des médecins spécialistes a trouvé satisfaction, sans lever le gel du secteur 2 à honoraires libres (Vacarie, 2005).

Cette construction tarifaire incite le patient à faire des choix en s'appuyant sur un système de prix. La liberté tarifaire des médecins s'accompagne de l'arbitrage des patients. Le patient optimisateur doit faire face à plusieurs options qui peuvent plaider pour le non-respect rationnel du parcours de soins. Ainsi, si le médecin traitant est en secteur 2, faut-il respecter le parcours de soins ou choisir l'accès direct au spécialiste sachant que le surpris acquitté par le patient peut être non significatif ? Plus généralement, le non-respect du parcours entraîne un débours de 10 %. Les patients aisés ont déjà coutume de consulter directement les spécialistes (à l'inverse des patients modestes) et l'argument tarifaire peut les conforter dans ce choix tout en accroissant les inégalités sociales de santé.

Le patient est ainsi incité à se conduire en optimisateur par un calcul coût/avantage. La réforme n'installe donc pas un patient vertueux. Elle le transforme le patient en client en favorisant le rapprochement entre son comportement de celui d'un consommateur. L'évolution du statut juridique du patient confirme cette mutation. La loi du 4 mars 2002 en rapprochant le droit des malades du droit des consommateurs participe d'un consumérisme médical (Pitcho, 2004). Une information détaillée sur le coût des prestations, un délai de réflexion et un droit de rétractation forment le socle de l'obligation d'information due au patient pour obtenir son consentement éclairé. La double obligation d'information et de sécurité, qui relève des techniques consuméristes, transforme le patient en consommateur et l'autorise à être défendu par des associations de consommateurs.

Avec l'application du droit de la consommation, l'acte médical se transforme profondément : le médecin devient un prestataire de services et doit « *s'abstenir de toutes pratiques individuelles ou collectives restrictives de concurrence* » (Laude, 2005, p. 119). Cependant, la confiance consumériste entre un prestataire et un consommateur, appliquée au cas particulier de la santé, a besoin de médiateur. Un tiers, digne de confiance, doit pouvoir dispenser des informations fiables sur la qualité des produits. Les agences d'Etat jouent ce rôle. Elles vont fournir un point d'appui aux calculs des acteurs, tout particulièrement en standardisant les produits de santé.

Un consommateur ne peut décider souverainement que s'il est capable de comparer les offres multiples. Pour faire jouer la concurrence, il doit prendre sa décision « en toute connaissance de cause ». L'information accessible doit donc être formatée de façon à objectiver le bien santé. La standardisation du produit est une condition nécessaire à l'existence d'une évaluation marchande de la qualité. Le système de santé français connaît depuis quelques années une grande entreprise de standardisation, audacieuse dans un secteur où les prestations sont souvent idiosyncrasiques. En effet, la nature du bien santé et l'incertitude radicale

qui entoure la pratique médicale, rendent délicates, conceptuellement et pratiquement toute tentative d'homogénéisation.

La volonté d'industrialiser un bien comme la santé se heurte à la difficulté de le reproduire et de le copier à l'identique, comme pour une production de masse. La solution est alors de définir la standardisation en termes de codification, comme le soulignent Boltanski et Chiapello (1999). Pour des biens où la recherche et la valorisation de la différence s'opposent à une standardisation brute, la codification va permettre « *d'introduire des variations de façon à obtenir des produits relativement différents mais de même style* » (p. 538).

L'activisme des pouvoirs publics à standardiser, dans une optique de concurrence monopolistique, le bien santé tout en conservant sa singularité s'observe tout d'abord dans la construction en 1991 de Références Médicales Opposables. Ces référentiels techniques viennent du courant clinique de *l'evidence based médecine* qui produit des recommandations de « bonnes » pratiques médicales. L'effort de codification se poursuit avec l'édification de critères de certification de la qualité et d'accréditation, porté par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) puis par la Haute autorité de santé (HAS) qui formule également des listes de médicaments au « service médical rendu » faible et donc sujets à déremboursement³.

2.1.2. L'édification d'un assuré-gestionnaire de son capital santé

Les groupes d'experts, constitués en « agence », jouent un grand rôle dans ce processus de codification, en rendant publique une information fiable. Ils suppléent l'individu ou le sponsorisent (selon l'expression d'A. Enthoven) en faisant contrepoids aux prestataires de services médicaux (médecins et assureurs). Ces corps intermédiaires ont pour mission de permettre une évaluation de la qualité par le patient consommateur quand il ne dispose pas de l'information pour y parvenir seul.

Une diffusion améliorée de l'information

La diffusion de l'information se fait par l'intermédiaire de *sponsors* (courtiers en informations) dont le rôle est de faire jouer la concurrence à la place du malade (Enthoven, 1993). Deux solutions sont envisageables. Un régulateur de type monopolistique assure la diffusion de l'information médicale. Celle-ci peut également être confiée à des organismes représentant les patients (Domin, 2006b).

Dans le premier cas, le régulateur assure la diffusion de l'information et joue également sur l'offre en accélérant la diffusion de bonnes pratiques (Choné, Grignon, Mahieu, 2001). La mise en place d'une formation continue et de procédures de *benchmarking* est censée améliorer l'efficacité des prestations (Demange, Geoffard, 2004). La loi du 13 août 2004 sur la réforme de l'assurance maladie met en place la HAS dont le rôle est de définir le périmètre de soins et de biens remboursables, d'évaluer le service médical rendu des médicaments et d'élaborer les bonnes pratiques.

³ Depuis le premier mars 2006, 156 médicaments dont le SMR a été jugé insuffisant par la HAS, ne sont plus remboursés par la Sécurité sociale. Les veinotoniques seront également déremboursés en 2008.

La diffusion des informations passe aussi par des organismes de représentation des malades. Dans les pays ayant ouvert leur système de santé à la concurrence (Nouvelle-Zélande, Israël, Pays-Bas) des institutions de gestion et d'organisation de la consommation de soins (*Organizing and Managing Consumption of care - OMCC*) s'intercalent entre les producteurs de soins et la demande. En France, certaines associations de malades de sida (Actions traitements, par exemple) se sont démarquées des autres en promouvant une remise en cause totale de la régulation étatique du marché des médicaments et l'édification d'un consommateur de soins (Barbot, 2002).

Le panier de soins couronne l'édifice en permettant au consommateur de soins, qui devient gestionnaire de son capital santé, de choisir une assurance couvrant de façon optimale ses dépenses de santé. Dans un système concurrentiel, la production de soins s'articule autour d'un produit objectivé qui correspond à la prise en charge médicale du malade. Ce dispositif organise la production de soins en standardisant l'offre et délimite la zone de couverture par l'assurance obligatoire (Demange, Geoffard, 2004). Il s'accompagne d'un cahier des charges correspondant à la garantie, par la collectivité, d'un droit minimal aux soins pour chaque personne.

Un nouveau partage des rôles

La nouvelle gouvernance proposée par la loi du 13 août 2004 institutionnalise un partage des rôles entre la Sécurité sociale et les assureurs complémentaires. Cette organisation nouvelle accroît l'étatisation de la couverture de base et ouvre la gestion de l'assurance maladie aux assureurs complémentaires. La loi crée une Union nationale des caisses d'assurance-maladie (UNCAM) regroupant la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), la Mutualité sociale agricole (MSA) et la caisse maladie des artisans, commerçants, industriels et des professions libérales (CANAM). Ce nouvel organisme prend les décisions en matière d'actes et de prestations pris en charge par l'assurance-maladie, fixe la participation des assurés aux prestations (taux de remboursement et ticket modérateur). Dans les textes, l'UNCAM dispose d'une délégation de gestion élargie. La définition du panier de soins est donc transférée de l'État vers l'assurance maladie obligatoire (Del Sol, Turquet, 2005).

Par ailleurs la réforme organise la complémentarité entre l'État et le marché. Elle met en place une Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) qui regroupe des représentants des mutuelles, des assurances et des institutions de prévoyance dont le rôle est d'émettre des avis sur les décisions prises par l'UNCAM et relatives à la définition du périmètre de soins remboursables. La loi innove donc en associant, pour la première fois, les assureurs complémentaires à la détermination des actes et prestations remboursables. Cette architecture contribue à brouiller les frontières entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire (Del Sol, Turquet, 2005).

Ce mode de gouvernance soulève un certain nombre de questions. On retrouve les risques traditionnels d'inégalité d'accès aux soins, notamment pour les malades non solvables et les mauvais risques (Domin, 2005). Plus radicalement, cette évolution entraîne un transfert des risques, de la collectivité et du médecin, sur le patient qui devient le principal responsable de l'augmentation des dépenses de santé. De façon artificielle et contestable, l'émergence des assurances

transforme l'incertitude radicale en santé en risque probabilisable (Domin, 2006a), avec un patient-assuré, théoriquement consommateur libre et éclairé.

2.2. ...qui accroît les inégalités sans pour autant favoriser la maîtrise des dépenses de santé

Le transfert des compétences vers l'assurance maladie complémentaire génère des inégalités (2.2.1.) et la liberté tarifaire accroît les dépenses (2.2.2.).

2.2.1. Assurance complémentaire et accroissement des inégalités

La nouvelle répartition des rôles entre assurance maladie obligatoire et assurances complémentaires engendre une dérive inégalitaire qui se manifeste par la saillance des inégalités socio-économiques en santé. Quand le prix devient un argument de l'échange médical, la capacité à payer le prix opère un effet de sélection des patients-consommateurs. La pression tarifaire et la désocialisation imposent aux individus de consacrer de nouvelles ressources pour une protection identique (pour le ticket modérateur autorisé à réassurance) voire plus faible (puisque la part du ticket modérateur non remboursable s'accroît). L'acquisition d'une assurance complémentaire, qui apparaît comme un prélèvement obligatoire privé⁴, contraint les budgets les plus serrés obligeant à la contraction d'autres postes de consommation.

Si le pouvoir couvrant des complémentaires atténue l'effet de la désocialisation, celui-ci est inégalement réparti. L'acquisition d'une complémentaire et son niveau de couverture sont fonction du revenu et de la position sur le marché du travail. Si l'assurance maladie opère une redistribution horizontale (des biens portants vers les malades), elle assure également une redistribution verticale (notamment les prélèvements sont croissants en fonction du niveau de revenu). Cependant, en tenant compte de l'ensemble de l'assurance (obligatoire et complémentaire), le reste à charge est de 5.4% du revenu brut des ménages pour le premier décile contre 0.8 % pour le dernier (Caussat et al., 2005). Cette redistribution inversée n'est pas corrigée par l'effet de l'âge et est légèrement redressée par la prise en considération de l'état de santé. Cette forte inégalité est accentuée par le rétrécissement programmé de la couverture de base.

La loi du 13 août 2004 accélère le désengagement des régimes de base (Del Sol, Turquet, 2005) : l'UNCAM doit respecter l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Si les déficits perdurent, l'UNCAM réduira progressivement ses taux de prise en charge, accélérant par la même occasion un nouveau transfert de charges de la sphère publique à la sphère privée. Par ailleurs, la solution d'un retrait de l'assurance maladie obligatoire touche davantage en proportion les personnes qui ont besoin de la Sécurité sociale pour prendre en charge leur santé (Delvallée, Ventelou, 2004).

Le désengagement de l'assurance maladie obligatoire au profit de l'assurance complémentaire renforce les inégalités : le niveau de garanties dépend essentiellement du prix qui varie en fonction du niveau de risque de l'assuré et de

⁴ « Le report du financement des dépenses vers les régimes complémentaires pour éviter la hausse des prélèvements obligatoires n'est qu'un habillage... Il s'agit simplement de jouer sur les mots et les définitions : si les ménages doivent cotiser à des mutuelles ou à des assurances privées, il s'agit de prélèvements obligatoires privés, mais qui ont exactement le même effet sur le revenu, la consommation ... que les prélèvements publics » (Artus, 2004, p. 105).

sa situation sociale. Ainsi, les contrats collectifs sont plus favorables aux salariés que les contrats individuels, ce qui renforce évidemment les inégalités. D'autre part, les dispositions réglementaires favorisent les contrats collectifs en réduisant leur coût. Les contrats individuels offrent de moins bonnes garanties que les contrats collectifs (Couffinhal, Perronin, 2004). Les contrats d'entrée de gamme sont plus souvent souscrits de façon individuelle (15 %) que de manière collective (5 %) et prévoient essentiellement des remboursements du ticket modérateur. *A contrario*, les contrats haut de gamme sont majoritairement collectifs (11 %) et offrent des garanties deux à trois fois supérieures à celles des contrats standards (Arnould, Rattier, Raynaud, 2006).

Les entreprises jouent un rôle important dans l'acquisition d'une couverture complémentaire. Une étude de l'INSEE montre, dès 1997, que 96 % des salariés ayant la possibilité de souscrire une couverture complémentaire par l'intermédiaire de leur entreprise sont effectivement couverts contre 78 % ne bénéficiant pas de cette possibilité (Blanpain, Pan Ké Shon, 1997). Toutefois, les contrats collectifs n'empêchent pas les inégalités entre les salariés en fonction de leurs statuts, de leur catégorie ou de leur entreprise. Ainsi, les salariés des grandes entreprises sont mieux couverts que ceux des petites et moyennes entreprises (Turquet, 2002, 2004). Les cadres peuvent bénéficier de régimes catégoriels plus efficaces. Dans les faits, ces inégalités s'ajoutent à celles déjà existantes : les salariés précaires, les chômeurs et les inactifs peuvent bénéficier d'une couverture complémentaire individuelle ou de la couverture maladie universelle complémentaire, mais dans des conditions moins favorables que celles des contrats collectifs.

De manière générale, selon la théorie néo-classique standard, la décision de souscription d'une assurance résulte d'un comportement rationnel. Or, dans les faits, la rationalité est fort différente. Des études économétriques montrent que le statut salarial a une influence dans la décision (Saliba, Ventelou, 2006). Les personnes qui perdent leur travail perdent également leur mutuelle et ne souscrivent pas forcément un contrat individuel. D'autre part il n'y a pas de corrélation entre la probabilité de développer une pathologie (le risque) et le niveau d'assurance. En matière d'assurance santé, un haut revenu est déterminant dans la décision de souscription.

Il apparaît ainsi que le nouveau partage des rôles entre domaine de l'assurance maladie obligatoire et assurance complémentaire répercute, en matière de santé, les inégalités existantes en matière d'emploi et de revenu. C'est un recul évident par rapport à l'objectif initial de solidarité de la Sécurité sociale, sans pour autant que la maîtrise des dépenses de santé, qui apparaît en fait comme l'objectif implicitement prépondérant, soit atteint.

2.2.2. L'accroissement des comportements dépensiers

Le concept de libre prévoyance des assurés va de pair avec la liberté tarifaire chez les praticiens. L'esprit des réformes, couplé à la logique de la médecine libérale, conduit à une permissivité marchande où des attitudes jugées incorrectes hier deviennent légitimes aujourd'hui. On propose de caractériser cela en termes de « coloration marchande de l'éthique médicale ». En effet, cela se traduit par des comportements dépensiers que l'on peut repérer dans les pratiques de dégratuitisation où des soins naguère gratuits deviennent payants. Cette érosion de

la part gratuite accompagne le développement d'une propension à marchandiser (Batifoulier, Ventelou, 2003).

La liberté tarifaire a été entérinée par les réformes récentes du système de santé. Elle se traduit désormais par une envolée des dépassements d'honoraires, en secteur 2 (honoraires libres) mais aussi en secteur 1 avec l'augmentation de plus 30% entre 2000 et 2002 des dépassements exceptionnels pour exigence particulière du malade (CNAMTS, 2003). En 2002, le nombre de consultations donnant lieu à un dépassement d'honoraires a été multiplié par deux. Il y a donc une diffusion progressive de ces comportements chez les professionnels (CNAMTS, 2003).

Dans les faits, les dépassements ont majoré les honoraires de 8 % en moyenne en 2002 (CNAMTS, 2003). En 2004, le poids des dépassements a représenté 5,5 % des honoraires totaux des omnipraticiens et 14,4 % de certains spécialistes⁵. Entre 2003 et 2004, le taux d'évolution des dépassements a diminué de 3,5 % pour les médecins généralistes. Dans le même temps, il a augmenté de 5,1 % pour les spécialistes étudiés. Chez ces derniers, ce sont les stomatologues qui abusent le plus des dépassements avec 40,4 % des honoraires totaux. Après eux, les gynécologues (25,9 % des honoraires totaux) et les ophtalmologues (22,9 % des honoraires totaux) prennent de plus en plus de liberté avec la réglementation tarifaire (Legendre, 2006).

La généralisation des dépassements d'honoraires est génératrice d'inégalités. Une étude par *testing* réalisée dans six villes du Val-de-Marne s'est intéressée à l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU (Desprès, Naiditch, 2006). Elle montre que les médecins généralistes (secteurs 1 et 2) ont un taux de refus imputable à la CMU de 4,8 %. Le même taux est de 41 % pour les spécialistes (secteurs 1 et 2). Ce taux est proche de celui des dentistes (39 %). Parmi les spécialistes, ce sont les psychiatres qui refusent le plus (50 %). La raison invoquée par certains praticiens pour justifier ce refus est de ne pas pénaliser le patient en lui faisant payer des dépassements. Or, la loi interdit aux médecins d'appliquer des dépassements aux bénéficiaires de la CMU. Pour les auteurs, le taux de refus s'explique essentiellement pour des raisons liées à la solvabilité de ces patients. Le médecin est désormais transformé en "chasseur de primes".

L'évolution des pratiques tarifaires des médecins se répercute (par un effet boule de neige) sur l'activité de l'assurance maladie complémentaire dans la mesure où la prise en charge des dépassements constitue un argument commercial. Plus des deux tiers des contrats collectifs offerts par les mutuelles et les institutions de prévoyance couvrent les dépassements (39 % des contrats collectifs des mutuelles et 44 % des contrats collectifs des institutions de prévoyance). Les contrats individuels sont moins favorables pour ce type de prise en charge (seulement 17 % des contrats individuels des mutuelles). En revanche, 70 % des contrats individuels haut de gamme proposés par les compagnies d'assurance couvrent les dépassements (Martin-Houssart, Rattier, Raynaud, 2005).

L'évolution marchande du système de santé a des conséquences sociales évidentes. Si les contrats individuels haut de gamme des compagnies d'assurance

⁵ Anesthésistes, cardiologues, chirurgiens (dont chirurgiens orthopédistes), dermatologues, gastro-entérologues, gynécologues, ophtalmologues, ORL, pédiatres, pneumologues, psychiatres (dont neuropsychiatres), radiologues rhumatologues, stomatologues.

sont relativement performants, ils ne couvrent qu'une partie assez faible des assurés. *A contrario*, 90 % des contrats d'entrée de gamme ne prennent pas en charge les dépassements d'honoraires et cette proportion atteint 97 % pour les contrats individuels des mutuelles.

Il apparaît ainsi que la nouvelle politique tarifaire aboutit paradoxalement au résultat contraire de celui recherché : les dépenses de santé continuent de progresser au lieu de diminuer.

Une explication particulièrement séduisante de ce phénomène peut être trouvée dans l'éviction des motivations intrinsèques inhérentes aux individus, par des incitations extrinsèques mises en place par la politique de santé. Ce phénomène qualifié de *crowding out effect* a été mis en évidence dans le cadre de la politique de l'emploi (Frey, 1997) et de la politique énergétique (Kreps, 1997). Benabou et Tirole (2003) ont analysé le *crowding out effect* en dépassant la théorie de l'agence. Il en résulte que les incitations monétaires peuvent décourager l'agent à faire des efforts. Ce dernier considère la tâche qui lui est déléguée d'autant moins attractive qu'une récompense lui est promise pour la réaliser. Il estime que si le principal veut lui acheter le résultat de son engagement, c'est qu'il n'a pas confiance en lui. La suspicion du principal rejaillit négativement sur la confiance de l'agent en lui-même et sur l'efficacité de son engagement.

Cette interprétation combine l'analyse économique et l'analyse psychosociologique selon laquelle toute récompense peut transformer un comportement proactif spontanément efficace en un comportement réactif peu ou pas efficace. L'hypothèse fondatrice de la théorie de l'agence selon laquelle tout individu est opportuniste est donc remise en cause. Toutes les mesures prises en matière de politique économique de santé sont ainsi, au mieux, sans effet réel sur le corps médical et au pire, contraires à l'objectif recherché. La politique économique de santé apparaît donc comme paradoxale dans la mesure où en voulant maîtriser les dépenses de santé, l'Etat social les active.

Conclusion

L'évolution du système de santé est marquée, en France, comme dans la plupart des autres pays, par une évolution marchande significative. Cette orientation n'est pas inéluctable en ce sens qu'elle ne résulte pas d'un processus spontané et naturel. Elle est construite. Ainsi deux lois participent à cette édification. La première, celle du 4 mars 2002 sur le droit des malades et la qualité du système de soins, favorise l'autonomisation du patient. Elle accélère *de facto* la construction d'un consommateur de soins. La seconde, la loi du 13 août 2004 sur la réforme de l'assurance maladie, insère ce consommateur de soins dans un univers marchand caractérisé par un parcours tarifaire incitatif, des *sponsors* dédiés à la diffusion de l'information, un panier de soins censé participer à la responsabilisation des acteurs et un nouveau partage des rôles entre assurance maladie obligatoire et assurance complémentaire.

On assiste alors à un accroissement des inégalités sans diminution des dépenses. La réforme active les comportements dépensiers liés notamment au parcours de soins et à la liberté tarifaire. La présence des complémentaires aggrave la situation dans la mesure où la couverture des dépassements d'honoraires devient un argument commercial.

Il apparaît ainsi que la construction d'un consommateur de soins légitime une politique de régulation par la demande dont les effets sont pour le moins discutables. La notion de démocratie sanitaire qui s'attache aux nouveaux droits des malades ne serait-elle qu'un leurre cachant de fait une politique de rigueur ainsi légitimée, dont le patient devenu client responsable ferait les frais ?

Bibliographie

- ABECASSIS P., BATIFOULIER P. [1999], « L'interaction médecin-patient : quelques enseignements de la théorie des jeux », in GAZIER B., OUTIN J.-L., AUDIER F. (Éds), *L'économie sociale. Formes d'organisation et institutions*, tome 2, Paris, L'Harmattan, p. 117-128.
- AKERLOF G.-A. [1971], « The market for lemons : quality uncertainty and the market mechanism », *Quarterly journal of economics*, volume LXXIV, p. 488-500.
- ARNOULD M.-L., RATTIER M.-O., RAYNAUD D. [2006], « Les contrats d'assurance maladie complémentaire, une typologie en 2003 », *Études et résultats*, n° 490.
- ARROW K.-J. [1963], « Uncertainty and the welfare economics of medical care », *American economic review*, volume LIII, n° 5, p. 941-973.
- BARBOT J. [2002], *Les malades en mouvements. La médecine et la science à l'épreuve du sida*, Paris, Balland.
- BARBOT J., DODIER N. [2000], « L'émergence d'un tiers public dans le rapport médecin-malade. L'exemple de l'épidémie à VIH », *Sciences sociales et Santé*, Volume XVIII, n° 1, p. 75-117.
- BATIFOULIER P., GADREAU M. (Éds) [2005], *Politique de santé et éthique médicale*, Paris, Économica.
- BATIFOULIER P., GADREAU M. [2006], « Comportement du médecin et politique économique de santé. Quelle rationalité pour quelle éthique ? », *Journal d'économie médicale*, volume XXIV, n° 5, p. 229-239.
- BATIFOULIER P., VENTELOU B. [2003], « L'érosion de la "part gratuite" en médecine libérale », *Revue du MAUSS*, n° 21, premier semestre, p. 313-329.
- BÉJEAN S., GADREAU M. [1992], « Asymétrie d'information et régulation en médecine ambulatoire », *Revue d'économie politique*, volume CII, n° 2, p. 207-227.
- BENABOU R., TIROLE J. [2003], « Intrinsic and Extrinsic Motivation », *Review of Economic Studies*, volume LXX, n° 3, p. 489-520.
- BIENCOURT O., ELSHOUD S., SERRA-MAUDET V. [2004], « La qualité en santé : vers un impossible compromis ? », *communication au colloque « Quality in services », VII^e conférence « Toulon-Vérone »*, Toulon.
- BLANPAIN N., PAN KE SHON J.-L. [1997], « L'assurance complémentaire maladie : une diffusion encore inégale », *INSEE Première*, n° 523.
- BOLTANSKI L., CHIAPELLO E. [1999], *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard.
- BRAS P.-L. [2006], « Le médecin traitant : raisons et déraisons d'une politique publique », *Droit social*, n° 1, p. 59-72.
- CAUSSAT L., LE MINEZ S., RAYNAUD D. [2005], « L'assurance maladie contribue-t-elle à redistribuer les revenus ? », *Dossiers Solidarité et santé*, n° 1, p 7-42.

- CHARAVEL M., BRÉMOND A., MIGNOTTE H. [2002], « Étude de la participation des patientes au choix thérapeutique en oncologie », *Annales médico psychologiques*, n° 160, p. 289-302.
- CHERNICHOVSKY D. [2002], « Pluralism, public choice and the state in the emerging paradigm in health care », *The Milbank quarterly*, volume LXXX, n° 1, p. 5-39.
- CHONE P., GRIGNON M., MAHIEU R. [2001], « Quelles fonctions économiques pour des opérateurs de soins dans le système de santé français », *Revue française d'économie*, volume XVI, n° 1, p. 169-214.
- CNAMTS [2003], « Les dépassements d'honoraires médicaux entre 2000 et 2002 », *Point de conjoncture*, n° 11, p. 18-26.
- CORIAT B., WEINSTEIN O. [2005], « La construction sociale des marchés », *La lettre de la régulation*, septembre.
- COUFFINHAL A., PERRONNIN M. [2004], « Accès à la couverture complémentaire maladie en France : une comparaison des niveaux de remboursement », *Questions d'économie de la santé*, n° 80.
- DARBON S., LETOURMY A. [1983], « La microéconomie des soins médicaux doit-elle être nécessairement d'inspiration néoclassique ? », *Sciences sociales et Santé*, volume I, n° 2, p. 31-75.
- DEL SOL M., TURQUET P. [2005], « Les organismes complémentaires d'assurance maladie et la gestion du risque maladie à l'aune de la réforme du 13 août 2004 », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 2, p. 308-323.
- DELVALLEE C., VENTELOU B. [2004], « Assurance maladie : redéfinir le partage entre couverture obligatoire et complémentaire », *Revue de l'OFCE*, n° 91, p. 333-348.
- DESPRES C., NAIDITCH M. [2006], *Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture maladie universelle. Une étude par testing dans six villes du Val-de-Marne*, Paris, Ministère de la Santé-Fonds CMU.
- DODIER N. [2003], *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, Éditions de l'EHESS.
- DOMIN J.-P. [2005], « Politique de santé et respects des principes de l'éthique médicale » in BATIFOULIER P., GADREAU M. (Éds), *Politique de santé et éthique médicale*, Paris, Économica, p. 199-218.
- DOMIN J.-P. [2006a], « Du droit à la santé au risque sanitaire : une rupture paradigmatique ? », *Économie appliquée*, tome LIX, n° 2, p. 111-136.
- DOMIN J.-P. [2006b], « La démocratie sanitaire participe-t-elle à la construction d'un consommateur de soins », *Journal d'économie médicale*, (à paraître).
- ENTHOVEN A. [1993], « The History And Principles of Managed Competition », *Health affairs*, volume XII, supplement n° 1, p. 24-48.
- FERDJAOUI N., CARRÈRE M.-O., CHARAVEL M., BRÉMOND A., FERVERS B., GRATADOUR A.-C. et al. [1999], « La prise en compte des préférences des patients dans la décision thérapeutique en cancérologie : développement d'un tableau de décision », *Journal d'économie médicale*, volume XVII, n° 5, p. 327-342.
- FREY. B. S. [1997], *Not just for the money : an economic theory of personal motivation*, Cheltenham, Edward Elgar.
- GADAMER H. G. [2005], *L'herméneutique en rétrospective*, Paris, Vrin.
- GAFNI A., CHARLES C., WHELAN T. [1998], « The physician-patient encounter: the physician as a perfect agent for the patient versus the informed

treatment decision-making model ». *Social Science and Medicine*, volume XLVII, n° 3, p. 347-354.

HARICHAUX M. [2002], « Les droits à information et consentement de “l’usager du système de santé” après la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 », *Revue de droit sanitaire et social*, volume XXXVIII, n° 4, p. 673-685.

HIRSCHMAN A.-O. [1995], *Défection et prise de parole*, Paris, Fayard.

JAUNAIT A. [2005], *Comment pense l’institution médicale ? Une analyse des codes français de déontologie médicale*, Paris, Éditions Dalloz.

KREPS D. M. [1997], « Intrinsic motivation and extrinsic incentives », *American economic review*, volume LXXXVII, n° 2, p. 353-364.

LAUDE A. [2005], « Les médecins et les malades face au droit », *Revue française d’administration publique*, n° 113, p. 113-122.

LE PEN C. [2005], « Patient ou personne malade ? Vers un consommateur de soins responsable... », Communication au Colloque *La santé : un ressort de la croissance économique*, Cercle des économistes, 17 mai.

LEGENDRE N. [2006], « Les revenus libéraux des médecins en 2003 et 2004 », *Études et Résultats*, n° 457.

LÉVY É, BENHAMOU F., BUNGENER M., JOËL M.-È., LE PEN C., [1988], « La demande en économie de la santé », *Revue d’économie politique*, volume XCVIII, n° 4, p. 445-507.

MARCIANO A. [2005], « Éthique médicale et comportement du patient : les conséquences paradoxales du comportement de l’altruisme du médecin », in BATIFOULIER P., GADREAU M. (Éds), *Politique de santé et éthique médicale*, Paris, Économica, p. 95-107.

MARTIN-HOUSSART G., RATTIER M.-O., RAYNAUD D. [2005], « Les contrats offerts en 2002 par les organismes d’assurance maladie complémentaires », *Études et Résultats*, n° 402.

MOUMJID N, CARRERE M.-O., CHARAVEL M, BREMOND A. [2003], « Clinical issues in shared decision-making applied to breast cancer », *Health Expectations*, n° 6, p. 222-227.

MOUMJID-FERDJAOUI N., CARRÈRE M.-O. [2000], « La relation médecin-patient, l’information et la participation des patients à la décision médicale : les enseignements de la littérature internationale », *Revue française des affaires sociales*, volume LIV, n° 2, p. 73-88.

PITCHO B. [2004], *Le statut juridique du patient*, Bordeaux, Les études hospitalières éditions.

ROCHAIX L. [1989], « Information asymetry and shearch in the market for physicians’ services », *Journal of health economics*, n° 8, p. 53-84.

ROCHAIX L. [1997], « Asymétries d’information et incertitude en santé : les apports de la théorie des contrats », *Économie et Prévision*, n° 129-130, p. 11-24.

ROSS S.-A. [1973], « The economic theory of agency : the principal’s problem », *American economic review*, volume LXIII, n° 2, p. 134-139.

SALIBA B., VENTELOU B. [2006], « Complementary health insurance in France. Who pays ? Why ? Who will suffer from public disengagement ? » *Health policy*, (à paraître).

TURQUET P. [2002], « Quelles solidarités en matière de prévoyance collective mutualiste ? », in DUPUIS J.-M. et alii (Éds), *Politiques sociales et croissance économique*, Paris, Éditions de l’Harmattan, p. 385-393.

TURQUET P. [2004], « L’obtention d’une couverture complémentaire santé dans le cadre de l’entreprise : de fortes inégalités malgré l’existence d’une

réglementation plus favorable » Communication aux XXVII^e Journées des économistes français de la santé : « *Approches économiques des inégalités en santé* » IRDES, Paris, juin.

VACARIE I. [2005], « Les tensions entre le droit de la santé et le droit de la sécurité sociale », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 6, p. 899-906.