



<http://economix.fr>

Document de Travail

Working Paper

2014-07

De l'aléa moral du patient aux inégalités d'accès aux soins

Philippe Batifoulier



UMR 7235

Université de Paris Ouest Nanterre La Défense
(bâtiment G)
200, Avenue de la République
92001 NANTERRE CEDEX

Tél et Fax : 33.(0)1.40.97.59.07
Email : nasam.zaroualete@u-paris10.fr



De l'aléa moral du patient aux inégalités d'accès aux soins

Philippe Batifoulier

From moral hazard to healthcare inequality

Résumés

La théorie de l'aléa moral du patient a justifié l'existence d'un partage des coûts (ticket modérateur, forfait, franchise) de façon à réduire les dépenses sans détériorer l'état de santé. Cette politique a été largement adoptée par les politiques de santé et s'est durcie avec le temps. Cet article montre que le background théorique et empirique de cette conception est largement déficient et conduit à des effets pervers en accroissant les inégalités tout en activant des dépenses nouvelles.

One of the most influential “lessons” of the moral hazard theory in health economics is that cost sharing can reduce health spending without damage on health status. This “lesson” has been enormously influential on policy makers. This paper shows that this theoretical and empirical background is deficient and leads to perverse effects: inducement of inequalities and increase in health spending.

Mots-clef : Aléa moral du patient, partage des coûts, accès aux soins, inégalités, approche institutionnaliste

JEL : I13, I14, I18, B52

Introduction

Un patient bien assuré consomme davantage de soins qu'un patient qui ne l'est pas. La notion d'aléa moral traduit ce phénomène en désignant la consommation de soins induite par l'assurance. En interprétant cet aléa moral en termes d'effet prix, Pauly (1968) en a donné une connotation négative. L'assurance santé abaisse le prix des soins et rend le bien santé plus attractif pour un consommateur rationnel. Dans un marché où les biens et services sont achetés sans assurance, le consommateur arbitre entre différents biens en fonction de son budget et du rapport entre l'utilité du bien et son coût. L'assurance pervertit ce comportement optimal. A utilité égale, elle conduit à consommer davantage

du bien car son coût a baissé artificiellement. Le calcul coût avantage est alors biaisé et favorable à une consommation excédentaire. Or, le budget drainé par le soin de santé aurait pu servir à autre chose. L'aléa moral, en tant qu'effet prix, entraîne une perte de bien être collectif.

La théorie de l'aléa moral va au-delà de la simple notion d'aléa moral. Elle ne discute pas de son existence mais de sa nocivité en considérant que l'assurance santé est une incitation perverse si elle conduit à une stimulation artificielle de la consommation de soins. Si tel est le cas, il est nécessaire de réduire la couverture santé de l'assuré au moyen d'un partage des coûts avec le patient qui vise à rendre le soin plus onéreux.

L'approche théorique de Pauly ne suffit toutefois pas à construire pleinement la théorie de l'aléa moral en santé¹. S'il convient de réduire la dépense de soins injustifiée parce qu'elle conduit à du gaspillage de ressources, encore faut-il justifier cette notion de dépense injustifiée. L'enquête de la Rand Corporation (Health Insurance Experiment), commanditée par le gouvernement fédéral américain en 1974, a fourni l'argument nécessaire à cette entreprise en montrant que le partage des coûts avec le patient peut être sans incidence sur l'état de santé. L'enquête a mesuré l'effet d'une réduction organisée de la quantité d'assurance santé sur l'état de santé de nombreux patients. Elle a montré qu'une réduction d'assurance de l'ordre de 25 % est sans danger sur la santé (Manning et al, 1987 ; Newhouse et al, 1993). Elle a ainsi sécurisé une politique de partage des coûts avec le patient et légitimé l'existence de tickets modérateurs, co paiements ou franchises visant à réduire la quantité d'assurance santé. Cette enquête est la seule enquête d'envergure jamais réalisée et peu reproductible du fait de son coût très important (de l'ordre de 50 millions de dollars). Elle reste donc la référence. Avec le canevas théorique forgé par Pauly, elle constitue l'architecture intellectuelle de la théorie de l'aléa moral du patient et le fondement théorique des politiques visant à faire payer le malade pour ses propres soins de santé.

Cette théorie a des incidences très importantes. Considérer que l'assurance santé est un problème donne des arguments à ceux qui s'opposent à son extension aux Etats-Unis. La théorie de l'aléa moral est fréquemment convoquée dans le débat public et est instrumentalisée pour faire échec à toutes les tentatives d'extension de couverture aux millions d'américains qui en sont dépourvus (Gladwell, 2005). En Europe, comme l'assurance santé est essentiellement publique, la théorie de l'aléa moral nourrit le débat sur son retrait et sur l'augmentation corolaire de l'espace de libre prévoyance (Rochaix et Polton, 2005). Dans la théorie de l'aléa moral, une assurance santé publique uniforme doit être proscrite.

La théorie de l'aléa moral rencontre aussi certains intérêts financiers et, en premier lieu, celui des assureurs privés, réputés mieux à même d'internaliser le coût social du comportement de l'assuré en

¹ Il s'agit de l'aléa moral *ex post* (après la maladie).

spécifiant les polices d'assurance en fonction du risque. Elle conduit enfin à faire de l'assuré, le responsable de l'augmentation des dépenses de santé et relègue ainsi au second plan le rôle des offreurs (médecins notamment) dans la dépense.

La théorie de l'aléa moral est pourtant discutable. En prônant et en organisant le renoncement aux soins pour raison financière, par crainte d'un aléa moral du patient, elle a conduit à intensifier les politiques de partage des coûts. Ces incitations financières sont directement déduites de la conception de l'aléa moral qui est une propriété de l'assurance et non des individus. Les fondements théoriques axés sur la rationalité individuelle du patient et les implications de politique économique sont présentés en première partie. La validité de la théorie de l'aléa moral du patient repose également sur des préalables théoriques importants qui sont discutées en deuxième partie: une faible responsabilité du médecin dans la dépense de santé d'une part et, d'autre part, une conception du malade qui ne modifie pas la représentation de la relation assureur –assuré, la maladie ne jouant qu'un rôle mineur dans le comportement de l'assuré. En dépit de ses insuffisances théoriques, la politique d'incitation financière en direction du patient s'est révélée très efficace. Mais l'ambition de la théorie de l'aléa moral d'épargner la détérioration de l'état de santé a échoué. Du fait de la nature des inégalités en santé, les politiques de partage des coûts ont creusé les inégalités et obligé les pouvoirs publics à mettre en place des dispositifs correctifs. Comme on le montre en troisième partie, le prix à payer pour l'intensification des mécanismes de mise à contribution financière des patients s'est avéré élevé.

1 Diminuer l'aléa moral : de la rationalité du patient au partage des coûts

1.1 Au-delà de la moralité du patient

En recommandant la mise en place de politiques de partage des coûts, la théorie de l'aléa moral cherche à prévenir l'opportunisme de l'assuré. Cet opportunisme est la réaction attendue d'un individu, s'il est rationnel et qu'il cherche à utiliser l'assurance santé pour tirer la couverture à lui. Tous les individus rationnels agissent de même et il n'est pas besoin d'en appeler à une moralité pour que les individus se conduisent en profiteur de l'assurance maladie. L'aléa moral est donc une propriété de l'assurance et non des individus eux-mêmes qui ne font que réagir à cette incitation.

Si la théorie économique a pris bien soin d'épurer la notion d'aléa moral de toute moralité, l'ambiguïté subsiste. Cette ambiguïté, alimentée par le vocabulaire, fortifie les politiques de partage des coûts. Comme le montre Baker (1996), la notion d'aléa moral est à l'origine totalement associée à une question de moralité. L'assurance est en effet considérée comme immorale parce qu'elle fait des paris sur l'avenir et assimile l'existence humaine à une loterie, ce qui déroge à la morale religieuse. La stratégie des assureurs pour convaincre de la moralité de leur activité et développer leur marché a été

de promettre d'écarter de l'assurance tous ceux qui dérogeraient aux bonnes mœurs. La mise à distance du spectre de l'immoralité et des mauvais penchants des assurés vise à rendre l'assurance morale. La notion d'aléa moral désigne alors un risque de moralité où l'on cherche à stigmatiser les mauvaises intentions et derrière elles certaines communautés. Cette notion s'est développée parce qu'elle était utile au commerce des assureurs. Quand elle est devenue un obstacle, notamment parce que les assureurs ont fait la preuve qu'ils étaient mal placés pour se poser en champion de la moralité, elle a été abandonnée au profit d'une logique purement gestionnaire, en phase avec la conception en économie. Le terme "*moral hazard*" continue alors à désigner les comportements immoraux alors que celui de "*morale hazard*" est convoqué pour prendre en compte l'incitation provoquée par l'assurance, sans connotation morale (Dembe et Boden 2000). La théorie économique de l'aléa moral est fondée sur la notion de « *morale hazard* » et se présente dans une assertion positive et non normative selon laquelle l'assurance change le comportement.

Cependant, la notion d'aléa moral a indéniablement une connotation péjorative. L'utilisation du terme qui évoque un problème moral n'est pas sans influence sur son succès auprès des politiques publiques. Si le patient est rationnel, il est avant tout coupable². L'aspect normatif de la notion d'aléa moral en a fait son succès (Rowell et Connelly, 2012). Le développement des politiques de partage des coûts doit beaucoup à cette tonalité morale, particulièrement quand elles sont peu incitatives à la baisse des dépenses (comme à l'hôpital) et qu'elles ne servent qu'à faire des économies budgétaires ponctuelles.

Si les politiques de partage des coûts sont affublées d'une connotation morale, la théorie économique de l'aléa moral qui les soutient a cherché à s'en départir. Pourtant, en appeler à la moralité des acteurs peut lever les problèmes d'aléa moral. C'est la position qu'exprime Arrow dans son article fondateur en 1963 où s'il reconnaît que le fait même d'être assuré contre le risque maladie a des implications sur le comportement des patients, la crainte d'un aléa moral peut être levée par des « obligations sociales » : des « institutions de la confiance » permettent de lever les comportements de type aléa moral en lieu et place des incitations marchandes.

C'est en rejetant cette hypothèse de confiance accordée que Pauly (1968) va construire la théorie économique de l'aléa moral en santé. Pour lui, l'aléa moral n'est pas le résultat de la perfidie des agents en présence d'assurance mais résulte d'un comportement rationnel. Dans la controverse avec Pauly, Arrow (1968) maintient cependant que le modèle conventionnel de l'aléa moral (celui de Pauly) oublie l'existence de contraintes que s'imposent les agents pour ne pas profiter de l'assurance. "*One of the characteristics of a successful economic system is that the relations of trust and confidence between principal and agent are sufficiently strong so that the agent will not cheat even though it may*

² Le recours au vocabulaire de l'abus, de la fraude ou du gaspillage en témoigne. Cet abus a plusieurs visages notoires : le nomadisme médical où le patient consulte plusieurs médecins pour le même épisode de soins, la fraude à l'arrêt de travail où la maladie est instrumentalisée pour satisfaire une préférence pour le loisir, l'addiction aux médicaments développant une consommation exagérée, etc.

be 'rational economic behavior' to do so (Arrow, 1968, p 538)³. Cette position tend à minorer le problème éventuel posé par l'aléa moral du patient.

C'est en s'éloignant de la perspective d'Arrow que la notion d'aléa moral est devenue négative et que l'assurance santé s'est transformée en problème important. L'aléa moral du patient est en effet *a priori* neutre : le fait que l'assurance induise une consommation de soin ne dit rien sur le caractère approprié ou non de cette consommation. Il n'a pas lieu de craindre l'aléa moral. On pourrait même l'espérer si cette consommation est justifiée. La théorie de l'aléa moral initiée par Pauly considère au contraire que l'aléa moral est négatif car il entraîne une perte de bien être du fait de la rationalité des consommateurs de soins. Si l'aléa moral n'est qu'une propriété de l'assurance et non des individus, on ne peut pas s'en remettre à des jugements moraux qui limiteraient ou annuleraient la crainte d'un aléa moral négatif. En se privant de la possibilité d'un contrôle social que s'imposeraient les individus, la seule solution pour enrayer le développement de cet aléa moral est de s'en remettre aux incitations financières (Batifoulier, 2013). Pour réduire l'aléa moral, c'est-à-dire la consommation induite par l'assurance, il convient alors de faire appel à des mécanismes de partage des coûts.

1.2 L'intensification du partage des coûts

Les mécanismes de partage des coûts se sont intensifiés ces dernières années en se partageant en quatre dispositifs :

1. Le ticket modérateur (ou coassurance), qui correspond à un pourcentage du coût des soins, est très développé pour les consultations de médecins généralistes ou spécialistes ainsi que pour les médicaments en France, Belgique ou Suisse. L'Allemagne ne les pratique que pour les médicaments. Aux Etats-Unis, le ticket modérateur est fréquent pour l'assurance privée et sur de nombreux services Medicare (plus de 65 ans).
2. Le co paiement, qui est une contribution forfaitaire indépendante du coût, correspond à un coût fixe d'entrée. Ce mécanisme est quasiment systématique pour les soins hospitaliers. Il correspond à un forfait séjour ou à un forfait que doit acquitter le patient pour certains soins. Aux Etats-Unis, le co paiement pour les visites chez le médecin, payé au travers des plans d'assurance santé d'entreprise, a doublé entre 2001 et 2006. Il s'ajoute aux 50 \$ de forfait pour une visite aux urgences.
3. La franchise est un seuil annuel de déclenchement de la prise en charge qui est particulièrement développée en Suisse et aux Pays Bas ou encore en Suède sur les

³ « Mr. Pauly's wording suggests that 'rational economic behavior' and 'moral perfidy' are mutually exclusive categories. No doubt Judas Iscariot turned a tidy profit from one of his transactions, but the usual judgment of his behavior is not necessarily wrong" Arrow (1968, p 538).

médicaments remboursables. Elle a fait récemment son apparition en France en étant articulée à un mécanisme de co paiement pour les médicaments et les transports sanitaires. Le remboursement intégral se déclenche au-delà d'un seuil de 50 euros annuel. Les franchises sont très étendues aux Etats-Unis pour l'assurance privée comme pour le programme public Medicare.

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

En mobilisant ces quatre types de mécanismes de partage des coûts, la contribution financière des patients s'est accrue ces dernières années, avec des situations différenciées selon les pays tenant à la place de l'assurance privée. L'accentuation du reste à charge du patient peut être refinancée par une assurance privée ou être directement assumé par les ménages (« out-of-pocket payments »). L'étude comparative de Quesnel-Vallée et al. (2012) montre que le poids de l'assurance privée et des paiements directs des ménages (en % des dépenses totales de santé) s'est accrue partout de 1990 à 2010 sans que l'on puisse ordonner cet accroissement selon la typologie usuelle d'Esping Andersen (1990) ou celle de Roemer (1993)⁴. Ainsi le poids de l'assurance privée est fort pour un pays libéral comme les Etats-Unis mais faible pour le Royaume Uni, tout deux considérés comme des pays « libéraux ». Il est également élevé pour un système corporatiste conservateur comme les Pays Bas et, à un degré moindre, pour la France et l'Allemagne, rangés dans la même catégorie. La France a des paiements directs aux ménages plus faibles que l'Allemagne et surtout l'Italie, trois pays qui appartiennent pourtant au même régime d'Etat providence. Au sein des systèmes nationalisés selon la typologie de Roemer, on trouve un poids de l'assurance privée faible (Royaume uni, Danemark, Italie) mais plus élevé en Finlande. Le poids des paiements directs des ménages est aussi très contrasté dans cette même catégorie avec une augmentation de l'ordre de 10 % au Royaume Uni, de 15 % en Finlande et au Danemark et supérieur à 20 % en Italie de 1990 à 2010.

1.3 Elasticité prix de la demande et renoncement aux soins

Les dispositifs de partage des coûts avec le patient se sont donc bien déployés, accroissant le reste à charge du patient. L'objectif de ces dispositifs est de renchérir le prix des soins et ainsi de décourager une part de la demande. Cet effet de baisse de la demande par le renchérissement des prix payés par le patient est confirmé par les études mesurant l'élasticité prix, sur données administratives (étude des consommations de soins en fonction de la générosité de l'assurance) ou sur données expérimentales

⁴ Esping Andersen distingue les systèmes de protection sociale de type libéral, corporatiste – conservateur ou social-démocrate. La grille d'analyse de Roemer distingue les systèmes de santé à partir de trois grands modèles: nationalisés, mandatés et entrepreneuriaux.

(affectation aléatoire de police d'assurance variable). Les études réalisées aux Etats-Unis (Eichner, 1998), en France (Chiappori et al. 1998, Geoffard, 2000, Caussat et Raynaud, 2005), aux Pays Bas (Van Vliet, 2004) ou au Japon (Kan et Suzuki, 2006) convergent autour d'une élasticité prix de -0.2 et apportent peu de changement par rapport aux résultats de l'étude de la Rand Corporation qui reste l'étude de référence. Celle-ci a attribué des polices d'assurance différentes allant de la gratuité complète jusqu'à un ticket modérateur (TM) de 95%⁵ par tirage au sort sur un échantillon de 6000 personnes suivies pendant 3 à 5 ans. Si les résultats montrent que beaucoup de personnes ne consomment rien sur un an (c'est le cas en médecine de ville et encore plus à l'hôpital), ils révèlent une baisse des dépenses (en fait des recours au médecin) dans le cas d'un TM, même relativement limité. Cette baisse de la consommation n'est pas linéaire (l'élasticité prix n'est pas constante). Elle atteint 30 % pour un TM de 95% et 20% pour un TM de 25%. L'effet est ainsi plus marqué pour un passage de 0 à 25 % que pour une augmentation de 25% à 50% ou 95%. La réduction des dépenses est plus forte en soins ambulatoires qu'à l'hôpital où les TM sont peu efficaces. A l'issue d'un bilan de santé (besoin de soins optiques, caries dentaires, tension artérielle, etc.), l'enquête conclut à l'absence d'amélioration sensible de l'état de santé en fonction de la couverture sauf pour les deux premiers déciles de revenu.

A partir de l'enquête de la Rand Corporation, la littérature s'accorde sur une élasticité prix de l'ordre de - 0.2 mais variable selon le type de soins. Elle considère qu'un partage des coûts de l'ordre de 25% est optimal : au-dessous, il est peu incitatif, au-dessus, il l'est trop en décourageant des dépenses nécessaires.

Cette justification des mécanismes de partage des coûts a conduit à organiser avec succès le renoncement aux soins pour raison financière. Comme le montre l'enquête du Commonwealth Fund, le renoncement aux soins pour raison financière est généralisé mais contrasté selon les pays : 20 % des répondants aux Etats-Unis ont déclaré avoir des problèmes sérieux pour payer leurs dépenses de santé ou en être incapable contre 2 % au Royaume Uni. La France est le pays européen étudié qui a le taux le plus fort (9%) (Commonwealth Fund, 2010; Schoen *et al.*, 2010).

Les obstacles financiers mis à l'entrée du système de soins sont donc efficaces. Faire payer le patient vise à réduire les dépenses de santé dont il serait responsable. Il convient maintenant d'examiner ce postulat.

⁵ Avec un plafond annuel de dépense.

2. Des fondements théoriques discutables

2.1 Demande induite par l'offre versus aléa moral du patient

La théorie de l'aléa moral vide la médecine de ses médecins qui sont inexistantes dans l'analyse. Or, le médecin a la capacité d'induire la demande et de persuader les patients de consommer plus qu'ils en ont besoin, comme l'a mis en évidence la littérature sur la « demande induite » où le médecin instrumentalise le différentiel d'information qu'il possède face au patient (Rice, 1983, Rochaix et Jacobzone, 1998, Leonard et al., 2009). L'argument met ainsi en avant la responsabilité du médecin dans la surconsommation imputée au patient. Dans cette perspective, le médecin aurait intérêt à une couverture généreuse du patient car il peut solvabiliser l'exercice de son pouvoir discrétionnaire. Dans la théorie de l'aléa moral, l'assurance du patient peut induire de la « sur quantité » des soins, du « sur prix » ou de la « sur qualité ». Or, dans chacun de ces registres, le décideur reste le médecin : c'est lui qui décide de la consommation médicale et qui prescrit les actes médicaux. L'assurance rend le patient moins regardant sur le prix qui reste fixé par le médecin et qui peut l'être en fonction de l'assurance du patient. Enfin, les phénomènes de « sur qualité » mettent l'accent sur une utilisation injustifiée du progrès technique auquel le patient n'a pas d'accès direct. Les politiques de partage des coûts sont sans effet sur ces dépenses et ne peuvent pas inciter le patient à réduire une consommation qui échappe à son autorité.

Cette capacité d'induction peut cependant être contrecarrée par la déontologie professionnelle qui interdirait aux médecins de profiter de l'assurance du patient à des fins personnelles. Cette hypothèse est celle mobilisée par Arrow (1963) : la déontologie médicale fonctionne comme une obligation sociale en entretenant la confiance nécessaire à la relation de délégation entre un patient et un médecin. Conformément à la trajectoire tracée par Pauly, cette conception n'a pas résisté à la « marée montante du scepticisme » en économie de la santé, qui nie qu'une norme éthique puisse conduire à l'amélioration du bien être, si ce n'est par pure coïncidence. La position d'Arrow concernant les effets positifs de la déontologie est jugée naïve et quelque peu surannée. « *Health economists admire Arrow's article for its path-breaking analysis of market failure resulting from information asymmetry, uncertainty and moral hazard. But his suggestion that anticompetitive professional norms can compensate for the market failures is at odds with economists' more typical treatment of professional norms as monopolistic constraints on contractual possibility* » (Bloche, 2001, p. 1100).

Pour autant, l'existence d'un médecin soucieux du bien être de son patient n'est pas une hypothèse dénuée de fondement, parce qu'elle permet de prendre en compte, au niveau théorique, le fait que le

médecin ne se conduit pas comme un entrepreneur individuel⁶ et qu'elle fait état, au niveau empirique, d'une grande variété de comportements du médecin. Une autre raison importante de prendre au sérieux l'existence d'une déontologie professionnelle est de relativiser l'hypothèse de la demande induite par le médecin, c'est-à-dire de sa capacité à orienter la demande. Du même coup, elle offre l'opportunité de mettre en avant la responsabilité du patient dans sa consommation médicale : si le médecin est moins responsable, le patient l'est davantage.

Dans cette perspective, pour réconcilier les deux courants de la littérature qui s'opposent (aléa moral du patient et demande induite), certains travaux ont fait appel à l'existence d'un altruisme du médecin (Bardey et Lesur, 2006). L'aléa moral du patient n'existe que sous hypothèse d'un médecin totalement altruiste, ce qui annule la possibilité de demande induite. Il faut donc un médecin altruiste (même s'il ne l'est pas totalement) pour faire vivre l'hypothèse d'un aléa moral du patient. Une telle stratégie pose des problèmes théoriques tenant à la nature de l'altruisme médical (Davis et Mc Master, 2007; Batifoulier et Gadreau, 2006). Elle invite aussi le patient à condamner l'altruisme du médecin. En effet, si le médecin est altruiste, l'induction de la demande est nulle (altruiste pur) ou limitée (pour un altruiste impur) et l'aléa moral est réhabilité, ce qui justifie les politiques de partage des coûts que devra payer le patient. Le patient qui se voit infliger des forfaits ou franchises au nom de la crainte d'un aléa moral n'a alors pas intérêt à ce que l'ont suppose que le médecin est altruiste !⁷

Une autre stratégie pour réhabiliter la responsabilité du patient dans la dépense de santé consiste à prendre appui sur le contexte « d'empowerment » marchand du patient. La contestation du paternalisme médical dans le cadre de la « démocratie sanitaire » a développé l'autonomisation du patient, considéré comme développant de véritables compétences et pouvant négocier avec le médecin voire même le considérer comme un simple conseiller technique (Gafni, Charles et Whelan, 1998). Le nouveau patient, actif, émancipé par des procédures marchandes qui lui rendent un rôle de consommateur est dorénavant plus en phase avec le patient responsable de sa dépense de santé. Le patient considéré comme l'être infantile et irresponsable du paternalisme médical ancestral ne pouvait pas rendre des comptes. L'émancipation du patient au nom de valeurs d'autodétermination, de non ingérence, de « gouvernement de soi » diffuse un climat favorable à la responsabilisation du patient et au durcissement des politiques de partage des coûts (Batifoulier et al., 2009).

Le mouvement d'autonomisation du patient conteste le rôle moteur du médecin dans la consommation médicale et conduit dès lors à réhabiliter la théorie de l'aléa moral malmenée par la thématique de la demande induite.

⁶ De Jaegher et Jegers (2000), par exemple, à la suite d'autres travaux, montrent l'absurdité d'un point de vue microéconomique de l'existence d'un pouvoir discrétionnaire du médecin sans limite.

⁷ A l'inverse, une politique qui épargne les médecins de tout contrôle de la tutelle nécessite un patient qui instrumentalise l'assurance et qui est la cible du régulateur. Le médecin a cette fois intérêt à l'aléa moral du patient.

2.2 L'assurance du malade : de l'effet prix à l'effet revenu

Les efforts pour réhabiliter le rôle du patient dans la dépense de santé se heurtent cependant au contexte dans lequel l'assurance santé s'exerce. Ce contexte est celui de la maladie qui annule très largement l'opportunisme attendu du patient. Le calcul froid du patient rationnel achoppe face aux émotions suscitées par la maladie. Le malade doit affronter la crainte, l'angoisse ou la peur qui relègue au second plan la possibilité de surconsommer du fait de l'assurance et rend peu crédible l'exploitation de l'avantage informationnel.

Ainsi, la théorie de l'aléa moral *ex ante* (avant la maladie) est caduque car la maladie n'a pas que des coûts monétaires. Elle implique aussi souffrance, jours et années perdues, incapacité, limitations, etc. Or, ces autres préjudices ne sont pas couverts par l'assurance qui ne couvre que le coût des soins. C'est pourquoi, on ne voit pas où serait l'intérêt d'un patient à omettre des efforts de prévention qui vont altérer son propre bien être et sa qualité de vie. Un assuré avec couverture complète peut rationnellement faire des efforts de prévention sauf à hypothéquer volontairement son avenir sanitaire et *in fine*, son insertion sur le marché du travail, ses flux de revenus, sa position sociale, etc. On ne voit donc pas en quoi, l'assurance complète peut affecter négativement les comportements de prévention (Bardey et al., 2003, Le Pen, 2002). On observe même l'inverse : ce sont les mieux assurés qui recourent le plus aux soins de prévention. La théorie de l'aléa moral *ex ante* est de plus dangereuse si la réduction de couverture peut décourager la prévention. L'action volontaire de prévention est en effet très sensible au prix du fait notamment d'une perception plus lointaine des bénéfices des soins préventifs par rapport au curatif.

Si l'on se focalise sur l'aléa moral *ex post* (après la maladie), on peut aussi mettre en avant les externalités positives pour la société d'une couverture santé. Dans cet esprit, en contestant la mesure de la perte de bien être de Pauly, Nyman (1999b) a réhabilité l'idée que l'assurance permet aussi d'accéder aux soins. Si l'on met en avant le « motif d'accès », et pas seulement l'aversion pour le risque, alors l'assurance a un effet positif sur le bien-être social car elle permet à des individus d'acquérir du soin qu'ils ne pourraient financer seuls au regard de leur revenu. La consommation médicale induite par l'assurance peut alors être parfaitement justifiée quand elle évite que de trop faibles ressources soit un motif de renoncement aux soins. La « valeur » de l'assurance est ainsi dans sa capacité à permettre un accès impossible sans assurance. Dans ces conditions, le soin de santé n'est pas substituable à un autre bien. Il est nécessaire pour éloigner la maladie.

Quand le prix des soins se réduit voire est nul du fait de l'assurance, ce ne sont pas tous les individus qui répondent à cette baisse mais uniquement les malades. Le bien portant n'a pas besoin de soins même si le prix est nul, ce qui est occulté par la théorie de l'aléa moral en santé. L'assurance santé, sous couvert de baisse de prix, assure en fait un transfert de revenu des biens portants vers les malades (Nyman, 2008). Les malades assurés répondent à un transfert de revenu plutôt qu'à une baisse du

prix⁸. Dans ces conditions, l'assurance n'est pas un problème mais une solution car elle permet l'accès aux soins pour les malades.

Cette conception est confirmée par Pierre et al. (2012) qui montrent que la souscription d'une assurance maladie plus couvrante⁹ s'accompagne d'un accroissement des restes à charge car le surcroît d'assurance permet d'accéder à des soins qui étaient trop coûteux auparavant: le dentaire et l'optique. L'assurance santé ne diminue donc pas le risque financier. Elle ne conduit pas non plus à une dépense inutile. Elle permet de satisfaire une demande trop coûteuse sans assurance satisfaisante. De même, Lengagne et Perronin (2005) montrent que les plus hauts niveaux de couverture en matière d'optique et de dentaire n'entraînent pas une surconsommation de soins mais permettent d'augmenter les recours, en particulier pour les plus modestes.

Dans ce contexte de domination d'un effet revenu et d'un effet prix résiduel, l'opportunisme des patients induit par l'assurance reste très marginal. L'aléa moral est le plus souvent efficient car il concerne des malades qui cherchent à satisfaire un besoin de soin. Dans ce contexte, les politiques de partage des coûts n'ont de sens que si elles luttent contre un aléa moral inefficace qui reste très largement secondaire.

3. Les effets pervers de la théorie de l'aléa moral

3.1 Un effet négatif du partage des coûts sur l'état de santé

Les développements critiques de la théorie de l'aléa moral ont confirmé, s'il en était besoin, qu'il existe une consommation induite par l'assurance : il existe donc bien un aléa moral. Ils ont aussi mis en évidence que cette consommation était largement justifiée : l'aléa moral est alors positif contrairement à ce que voulait faire croire la théorie conventionnelle. Dans ces conditions, le renoncement aux soins, organisé par les politiques de partage des coûts, peut largement porter préjudice au patient.

Le renoncement aux soins n'est pas un objectif en soi des politiques de partage des coûts. Elles visent à éliminer le soin inutile, qui n'améliore pas l'état de santé, conformément à la théorie de l'aléa moral. Or, l'élasticité négative de -0.2 entre prix et consommation ne dit rien sur le caractère justifié ou injustifié de la consommation. C'est l'étude de la Rand Corporation qui a rendu possible cette

⁸ Si l'on considère que la demande de soins augmente avec l'assurance, c'est un déplacement de la droite de demande vers le haut qu'il faut envisager et non un déplacement le long de la même droite de demande comme le soutient l'analyse conventionnelle de l'aléa moral (Nyman, 1999a).

⁹ L'analyse est menée sur 18 126 adhérents de la Mutuelle Générale de l'Équipement et des Territoires (MGET) dont on étudie la consommation de soins et les restes à charge entre 2001 et 2005 suite à l'introduction d'une «sur complémentaire» en juillet 2003.

aspiration en montrant que l'on pouvait faire payer le patient sans nuire à sa santé. Or, cette conclusion doit être relativisée du fait des insuffisances de cette étude de référence.

Comme le montre Nyman (2007, 2008), selon l'étude de la Rand Corporation, très peu de personnes sont sorties volontairement de l'expérience une fois qu'elles y étaient entrées (5 personnes sur les 1294 adultes participants qui se sont vu assigner un taux de co assurance). Mais 179 personnes sur 2664 (6.7%) qui n'avaient pas de plan d'assurance assigné en sont sorties. Cette différence peut s'expliquer par l'auto sélection de ceux qui sont malades et nécessitent un soin hospitalier (diagnostic récent et anticipation d'hospitalisation ou de maternité). Un certain nombre d'individus sont sortis de l'expérience plutôt que de prendre le risque de payer le plafond, soit 1000 \$ de l'époque (près de 5000 \$ en 2014). Sortir de l'expérience consiste à reprendre son ancienne police qui couvre les soins hospitaliers. Si les patients malades sortent de l'échantillon, ce dernier ne mesure que les patients peu ou moins malades, ce qui crée un biais d'attrition dans les résultats. Ce n'est donc pas la co assurance qui a fait réduire la consommation de soins hospitaliers sans effet sur la santé, mais le fait que les participants n'étaient pas malades et n'ont pas exprimé le besoin de soins hospitaliers. Les autres sont sortis volontairement de l'expérience.

Les résultats empiriques de la Rand Corporation sont aussi vulnérables à la mesure de l'état de santé, qui doit être fiable et chercher à approcher la « santé vraie ». Or, dans cette enquête, l'état de santé a été mesuré par des médecins dans le cadre d'une approche clinique (prise de la tension, par exemple) que l'on peut considérer comme restrictive car elle ne correspond pas au sentiment de bien-être du patient tel qu'il est valorisé par l'OMS par exemple. Les mesures de l'état de santé se sont aujourd'hui éloignées de ce type de mesure et reposent sur des critères de santé auto évaluée par les patients, en considérant que les individus sont capables d'être de bons juges de leur état de santé. De plus, la santé ne peut pas être réduite à une mesure de court terme et l'étude de la Rand Corporation ignore les effets à long terme d'une privation de soins. Enfin, les soins des années 1970 étaient moins efficaces qu'aujourd'hui, en particulier dans la prise en charge des maladies chroniques, ce qui a minoré l'effet du soin sur la santé.

Le doute sur la fiabilité de l'étude de la Rand Corporation s'est consolidé à la suite de nombreuses études qui ont convergé pour mettre en évidence un effet négatif des politiques de partage des coûts sur l'état de santé. Une première gamme d'études empiriques sur les plus de 65 ans, écartés de l'enquête de la Rand Corporation, a montré à la fois les effets négatifs sur l'état de santé et sur les dépenses de santé. En étudiant la consommation des retraités de la fonction publique en Californie, Chandra et al (2010) ont fortement relativisé les conclusions de l'enquête de la Rand Corporation en montrant les effets négatifs sur la santé d'une hausse des co paiements dans le programme Medicare en 2002, pour les consultations de médecins et le médicament. L'effet négatif de ces politiques de

mise à contribution des patients âgés se présente aussi sous forme de report vers l'hôpital, ce qui équivaut à une hausse des coûts pour Medicare et une baisse des coûts pour les assureurs privés.

Trivedi et al. (2010) confirment l'effet de report vers l'hôpital à la suite de co paiement en ambulatoire. Ils montrent également l'existence d'un retard de soins pour les patients Medicare suivis entre 2001 et 2006, particulièrement pour les plus malades ou les plus pauvres. Le recours plus fréquent à l'hôpital pour des soins plus lourds parce que plus tardifs rend élevé le surcoût engendré par les co paiements.

L'effet délétère sur l'état de santé des politiques de partage des coûts se traduit par une augmentation du coût global des soins ainsi que le montrent de nouvelles études réalisées par la Rand Corporation (McGlynn, 1998, Goldman et al. 2006). Renoncer aux tickets modérateurs sur les médicaments anti cholestérol pourrait améliorer la santé des malades tout en économisant plus de un milliard de dollars par an en frais médicaux, en augmentant l'observance du traitement et en réduisant ainsi le risque d'hospitalisation.

L'un des aspects essentiels de la théorie de l'aléa moral est de pouvoir séparer les soins qui n'améliorent pas l'état de santé et qui sont donc la cible des politiques de partage des coûts, des autres soins que cherchent à épargner ces politiques. Or, il n'en est rien. Les politiques de partage des coûts sont aveugles aux types de soins. Le renoncement aux soins s'applique à tous les soins, y compris ceux qui sont essentiels pour la santé. Une étude menée par les chercheurs du département de médecine et d'épidémiologie de McGill University sur des données canadiennes en 1996, a cherché à départager l'effet des politiques de partage des coûts sur la consommation de médicaments essentiels (insuline, médicaments antiviraux, anti parkinson, etc.) ou non essentiels. La population étudiée est composée de 120 000 personnes âgées (dont 75 % ont recours aux médicaments essentiels) et de 120 000 personnes bénéficiaires de l'aide sociale (dont 47 % utilisent les médicaments essentiels). L'étude révèle une baisse de la consommation de médicaments non essentiels mais aussi essentiels après l'introduction de la mise à contribution financière. La baisse de la consommation médicamenteuse essentielle se traduit par une hausse des « événements indésirables » (recours aux urgences pour soins aigus, hospitalisation en soin de longue durée, décès). Les personnes avec plusieurs pathologies, grosses consommatrices de médicaments sont les plus vulnérables (Tamblyn et al., 2001). Une étude française récente sur le besoin de soins non satisfait à partir des données de « l'enquête santé protection sociale » confirme que le partage des coûts est médicalement aveugle et est de nature à détériorer l'état de santé observé quatre ans après (Dourgnon et al., 2012).

Les politiques de partage de coûts peuvent aussi être à l'origine de nouvelles pathologies quand elles conduisent à des reports de consommation de médicaments mieux pris en charge. L'effet négatif sur la santé du déremboursement des médicaments (au travers du mécanisme du tarif de responsabilité) a été observé en France (Pichetti et Sermet, 2011). Les déremboursements conduisent à un report de

prescription vers les classes thérapeutiques toujours remboursées, ce qui pose des problèmes de santé publique et d'efficacité financière du dispositif. Par exemple, l'abandon des veinotoniques s'est traduit par une sur prescription des anti inflammatoires non stéroïdiens ou des antalgiques. Le report de prescription des mucolytiques vers les bronchodilatateurs et antitussifs. Ces deux reports peuvent être dangereux pour l'état de santé.

Il existe ainsi une forte convergence des études empiriques pour montrer que les politiques de partage des coûts ont des effets négatifs sur l'état de santé tout en conduisant à des retards de soins et à des reports vers l'hôpital qui sont de nature à augmenter les dépenses (Williams, 2009).

3.2 Efficacité et équité : une conciliation impossible ?

Compte tenu de ce constat, il devient difficile de concilier une politique de partage des coûts efficace et un objectif de non accroissement des inégalités.

Une stratégie efficace d'organisation du renoncement aux soins suppose en effet que les tickets modérateurs, forfaits ou franchises soient suffisamment forts sinon ils sont sans incidence sur le comportement du patient. Si tel est le cas, ils ont une conséquence fâcheuse sur l'état de santé. L'efficacité nécessite aussi que les mécanismes de mise à contribution financière du patient ne soient pas ré assurables ainsi que le souligne J-J Laffont : « *Il est important d'empêcher les individus de souscrire une assurance complémentaire qui détruirait toutes incitations à l'effort. C'est pourtant ce que l'on laisse faire pour l'assurance maladie* » (Laffont, 1998, cité par Le Pen 2009, p. 266)¹⁰. Une telle recommandation a été suivie récemment en France avec l'existence de dispositifs non ré assurables par les assurances privées (forfait de 1 euro, franchises, déremboursements de médicaments et pénalités en cas de non-respect du parcours de soins). Même s'ils peuvent paraître d'efficacité limitée parce qu'ils portent sur de petites sommes d'argent à chaque épisode de soin, ils parviennent néanmoins à créer une charge financière significative pour les plus malades ou les plus pauvres (Kambia-Chopin et Perronnin, 2010).

Au-delà des problèmes de réassurance, on peut également arbitrer entre les différents mécanismes offerts au législateur pour faire payer le patient. Comme le ticket modérateur est un pourcentage du prix des soins, il se présente comme une « *taxe plate* » qui pénalise davantage les plus malades : il est faible pour les dépenses faibles mais très élevé pour les dépenses lourdes. Les franchises sont efficaces quand elles sont élevées et non ré assurables mais inégalitaires : elles peuvent être modulées en fonction du revenu mais les malades et les plus pauvres y resteront les plus sensibles et les plus

¹⁰ Cet intégrisme incitatif, qui ne voit dans la couverture santé qu'un problème d'incitation et ignore totalement le motif d'accès aux soins, a été réaffirmé récemment par St Paul (2012) qui propose l'instauration d'un système d'assurance unique en fonction des actes et donc le monopole du privé pour certains soins.

susceptibles de renoncer aux soins. Quel que soit le mécanisme de partage des coûts, l'effet négatif d'une hausse du prix des soins est plus brutal chez les plus modestes.

La définition d'un contrat d'assurance optimal achoppe structurellement sur la nature des inégalités en santé qui sont avant tout des inégalités sociales. Les inégalités de santé obéissent à un « gradient social » selon lequel l'élévation dans l'échelle sociale éloigne la probabilité de maladie. L'existence d'une relation croissante et continue entre l'échelle socio professionnelle et l'espérance de vie, quelles que soient les causes de décès, s'accompagne d'une surmortalité sociale, quand elle est mesurée par une hausse sensible de la prévalence des maladies chez les personnes de statut social modeste. Si le combat contre les maladies est plus efficace pour tous, les années de vie gagnées sont plus nombreuses pour les plus favorisés. Avec le temps, les inégalités sociales de santé se sont au mieux maintenues mais elles n'ont pas régressées¹¹.

Dans ce contexte, les études nationales comme internationales des iniquités horizontales d'accès aux soins montrent qu'à un état de santé donné, les différences de recours sont importantes. Elles soulignent que le besoin de recours au médecin est concentré chez les pauvres alors que le recours effectif est observé chez les riches (Wagstaff et van Doorslaer, 2000 ; Or et al. 2009). Une telle situation s'observe partout en Europe et est spécialement marquée en France, particulièrement pour les soins de spécialité et relevant de la prévention¹². Or, un moindre recours dégrade l'état de santé et le recours tardif pour des soins dit de réparation est plus coûteux pour la collectivité. Les causes de ces inégalités d'accès aux soins sont largement imputables à la couverture santé du malade. Les individus ne s'assurent pas en fonction de leur risque mais de leur revenu (Saliba et Ventelou, 2005). Les plus hauts revenus et ceux qui ont les meilleures positions sur le marché du travail ont les assurances santé les plus couvrantes (Peronin et al., 2011). Ceux qui ont davantage besoin d'un accès sécurisé aux soins sont aussi les moins bien protégés par leur assurance maladie. Les inégalités d'accès aux soins ne viennent pas contrecarrer les inégalités d'état de santé : elles les creusent. Dans ce contexte, les populations dont l'état de santé est le plus détérioré sont celles qui souffrent le plus des politiques de partage des coûts. En rendant le soin plus cher pour tous et particulièrement pour les plus pauvres qui sont aussi les plus malades, elles les obligent à consacrer une partie plus importante de leur budget

¹¹ Ce constat vaut quelle que soit la mesure de l'état de santé retenu (risque de décès, pronostic vital, santé perçue, limitations fonctionnelles et incapacité, etc.) et quelle que soit la mesure du statut social (revenu, CSP, diplôme, classe sociale, etc.) (BEH, 2011, Leclerc et al. 2000). Il a été affiné par de nouvelles études qui, en cherchant à hiérarchiser les facteurs explicatifs de ces inégalités, renforcent leur caractère injuste. Ainsi des études récentes ont mis en avant le rôle majeur de l'origine sociale dans la formation de ces inégalités. Elle explique une grande partie des « comportements à risques » (tabagisme, alcoolisme, obésité) et relègue au second plan le rôle de l'effort individuel à se doter d'une bonne santé quand l'état de santé des individus devenus adultes est lié à leur condition d'existence pendant l'enfance (Jusot et al., 2009, Devaux et al. 2008).

¹² Les statistiques européennes sur le revenu et les conditions de vie montrent que les besoins de soins non satisfaits se concentrent chez les plus pauvres. La probabilité de consulter un médecin généraliste une année donnée est plus élevée chez les riches que chez les pauvres. Les degrés d'iniquité sont plus élevés pour les visites et surtout pour les consultations de spécialistes, notamment en France où le degré d'iniquité est le plus élevé des 19 pays de l'échantillon étudié (Devaux M. de Looper 2012 ; OCDE, 2011).

aux soins de santé et donc à sacrifier d'autres postes de consommation dont certains sont utiles pour la santé : alimentation, hygiène, habitat. L'érosion de l'état de santé des plus fragiles est source d'externalités négatives pour la société. Les barrières financières introduites dans l'accès aux soins peuvent induire, au delà des menaces pour la santé des individus eux-mêmes, un risque collectif de propagation des maladies et d'altération du bien-être collectif nécessitant de nouvelles dépenses publiques.

Les politiques de partage des coûts ne s'adressent qu'aux malades et les malades sont avant tout les plus modestes. Dans ces conditions, l'assurance santé est une solution plutôt qu'un problème quand elle permet un mieux être de la population la plus vulnérable aux problèmes de santé. L'expérience réalisée en 2008 dans l'état de l'Oregon en témoigne. L'Oregon Health Plan Standard s'est donné pour objectif de fournir une assurance de manière aléatoire à des habitants pauvres via une extension de Medicaid. 90 000 adultes à faible revenu ne remplissant pas les conditions exigibles à Medicaid se sont inscrits à la loterie pour 10 000 places disponibles. Le tirage au sort a permis de constituer deux groupes : les « gagnants » (groupe « traitement ») et les « perdants » (groupe « contrôle »)¹³ (Newhouse et al., 2012, Baicker et Finkelstein, 2011, Finkelstein et al., 2011)¹⁴.

L'étude du comportement des gagnants a permis de mettre en évidence un accès plus élevé aux soins. Ainsi la couverture Medicaid accroît la probabilité d'utilisation des soins en consultation externe de 35 %, des médicaments sur ordonnance de 15 % et de l'hospitalisation de 30 %. Les soins préventifs sont plus élevés que pour ceux restés sans couverture (hausse de 60 % de la mammographie et 20 % du contrôle du cholestérol). Au total, les soins de premiers recours ont augmenté de 50 %. Seul le recours aux urgences n'a pas enregistré de différence significative entre les 2 groupes.

La dépense a augmenté de 25 % en moyenne. Ces résultats confirment l'existence d'un aléa moral (l'assurance augmente la consommation¹⁵) mais conteste la théorie de l'aléa moral en montrant que l'assurance répond à un réel besoin de soin. L'effet sur la santé évalué un an après, soit à l'été 2009, est largement positif : bénéficier d'une assurance a augmenté de 25% les chances qu'une personne interrogée se déclare en «bonne», «très bonne» ou «excellente» santé et a diminué d'environ 15% le

¹³ Au plan méthodologique, l'intérêt de l'étude est de distinguer les groupes que par la chance (tirage au sort) alors qu'il existe une difficulté récurrente à comparer le groupe assuré du groupe qui n'a pas d'assurance car deux groupes différents : les assurés et les sans assurances sont différents en termes d'emploi ou de chômage, de revenu et d'état de santé, toutes choses qui influencent la demande de soins de santé.

¹⁴ L'extension de Medicaid a une résonance particulière dans le contexte du débat sur la réforme Obama (Affordable Care Act). Les opposants à l'extension font valoir que les soins délivrés par Medicaid sont de faible qualité et qu'être assuré Medicaid ou ne pas l'être ne change pas grand chose. L'argument s'appuie sur le constat que ceux qui ont une assurance publique ont effectivement une moins bonne santé que ceux qui ont une assurance privée, ce qui justifierait par ailleurs un système de santé axé sur les assurances privées. Cependant, comme le montre Quesnel-Vallée (2004), on ne peut pas en inférer que l'assurance publique a un effet négatif sur la santé car il s'agit tout simplement d'un effet de gradient social

¹⁵ Le coût total par nouvel assuré est de 778 dollars/an /bénéficiaires soit 600 euros environ. La CMUC en France coûte 450 euros par bénéficiaire.

nombre de jours d'arrêt de travail. Dans le même temps, les probabilités de déclarer un lieu habituel de soins et de déclarer un médecin traitant ont respectivement augmenté de 70 % et 55 %.

L'un des apports majeurs de l'étude est de mesurer l'effet d'une assurance santé sur le bonheur déclaré et le bien-être général. Cet effet est très significatif et suggère que le rôle d'un effet prix est marginal par rapport à l'effet revenu. En effet, l'assurance santé sécurise la vie des individus¹⁶ qui peuvent honorer leurs dettes (baisse de 40 % de la probabilité de ne pas honorer ses dettes) et consommer davantage, quel que soit leur problème de santé. La prise en charge des frais médicaux lève l'inquiétude sur l'avenir et permet aux individus de mieux maîtriser leur existence. En retour, se sentir heureux, maîtriser sa vie a un impact sur l'état de santé dans la mesure où l'insécurité alimente les inégalités comme le montre Wilkinson (2010).

3.3 Des dispositifs correctifs pour enrayer les effets pervers des politiques de partage des coûts

Alors qu'une meilleure couverture permet d'améliorer le bien être de la population, le développement de la mise à contribution financière du patient a abouti à l'accélération des inégalités d'accès aux soins. L'introduction de barrières à l'entrée du système de soins a conduit certains patients à renoncer à des soins essentiels ou à les reporter vers des structures comme l'hôpital. Les politiques publiques ont alors été conduites à installer ou développer des politiques de protection de certains patients pour préserver l'équité du système de soins (Chambaretaud et Harman, 2008). La mise à contribution financière des patients a été assortie de mécanismes protecteurs pour certains soins et/ou certains patients qui se voient exonérés de la contribution financière qui est demandée aux autres. Il s'agit alors de légitimer la mise à contribution croissante du patient par une fragmentation des droits sociaux selon le type de patient ou de soin. L'objectif de la politique de la demande en santé est double : poursuivre la mise à contribution financière du « patient moyen » et exonérer certains patients de cette politique selon certains critères (la pauvreté, la maladie, l'âge) de façon à définir le groupe minimal qui doit recevoir la protection maximale (Batifoulier et al., 2013).

Il semble alors acquis que la mise en place de mécanismes efficaces de partage des coûts accroît les inégalités en santé, ce qui appelle l'existence de dispositifs de correction ciblés. Ces dispositifs destinés aux plus pauvres (la CMUC en France, les plafonds annuels de dépenses ailleurs, un meilleur remboursement pour les bénéficiaires de l'intervention majorée selon le revenu en Belgique, Medicaid aux Etats-Unis, etc.), aux plus malades (un plafond spécifique en Allemagne, le dispositif ALD en France, la prise en charge des « frais exceptionnels de maladie » aux Pays Bas, etc.) ou aux plus âgés

¹⁶ L'étude montre une réduction significative de la dette médicale (probabilité d'avoir des impayés médicaux) dans un contexte où, aux Etats-Unis, les frais de santé sont la première cause de ruine personnelle (Gross and Notowidigdo, 2011).

(Medicare aux Etats-Unis, remboursement majoré pour les personnes âgées dépendantes en Belgique, exonération de reste à charge pour les moins de 18 ans et plus de 60 ans au Royaume Uni) sont coûteux et activent des dépenses nouvelles. Ils sont aussi à l'origine de nouvelles inégalités tenant aux effets de seuils (financiers ou de maladie), à la stigmatisation dont peuvent être victimes les bénéficiaires et à l'existence d'un non recours. Leur efficacité est aussi limitée quand ils laissent subsister un reste à charge important pour le patient pourtant protégé.

Ces dispositifs d'aménagement de la politique de la demande en santé reposent sur l'hypothèse que les politiques de partage des coûts restent nécessaires mais qu'il faut les assortir de dispositifs correctifs pour limiter autant que possible les effets pervers qu'elles engendrent. La fragmentation des droits sociaux et la segmentation des patients, entre ceux qui sont protégés du partage des coûts et ceux qui ne le sont pas, est insuffisante pour ceux qui bénéficient du ciblage car il existe toujours des restes à charge élevés. Elle est aussi insupportable pour les malades qui n'en bénéficient pas et qui doivent acquitter des forfaits, tickets modérateurs ou franchises en croissance. La désolidarisation conduit à une défiance envers les institutions qui prennent en charge le risque maladie¹⁷. Cette défiance est alimentée par l'hostilité vis-à-vis des personnes protégées et des plus pauvres en particulier que nourrit la médiatisation de la thématique du patient fraudeur. La connotation morale de la notion d'aléa moral nourrit la pensée selon laquelle on paie beaucoup trop pour des patients qui abusent. Dans le même temps, l'augmentation des restes à charge fait que les catégories non protégées par le ciblage ne voient pas (ou moins) l'intérêt de payer pour la solidarité, ce qui peut conduire à un risque de sécession sociale.

Conclusion

Les critiques dont a fait l'objet la notion d'aléa moral du patient, la force de théories contradictoires comme la demande induite des médecins ou la capacité d'auto sélection des patients conduisent à douter de son existence pour réduire cet aléa moral au rang de « mythe » (Gladwell, 2005) ou recommander sa mise à l'écart (Le Pen, 2002). Pourtant la notion d'aléa moral selon laquelle l'assurance suscite la consommation de soin relève pour une large part de l'évidence.

Ce qui fait débat est l'affirmation selon laquelle cette surconsommation est inutile à l'amélioration de l'état de santé. Il convient alors de déployer des mécanismes de partage des coûts qui incitent le patient à se départir de la consommation inutile. Cette conception conduit structurellement à l'augmentation des inégalités car, en mettant des barrières financières à l'entrée du système de soins, elle prive de soins ceux qui en ont le plus besoin. En cherchant à éradiquer les soins inutiles, on

¹⁷ Une enquête Ipsos pour la fédération française de l'hospitalisation privée en 2011 a révélé une perte de confiance dans la capacité de l'assurance maladie à garantir l'accessibilité financière aux soins.

empêche les soins utiles. A l'inverse, une couverture maladie généreuse permet à ceux qui en ont le plus besoin d'accéder aux soins et de consommer davantage. Il ne faut donc pas craindre l'aléa moral mais l'espérer.

Références bibliographiques

Arrow K. J. (1963), « Uncertainty and the welfare economics of medical care », *American economic review*, n°53, pp. 941-973.

Arrow K. J. (1968), « The economics of moral hazard: further comment », *American Economic review*, n°58, pp 537-539.

Baicker K., Finkelstein A. (2011), « The Effects of Medicaid Coverage: Learning from the Oregon Experiment », *The New England Journal of Medicine*, July 20, pp 683-685.

Baker T. (1996), « On the Genealogy of Moral Hazard », *Texas Law Review*, 75(2), pp. 237-292.

Bardey D., Couffinal A., Grignon M. (2003), « Efficacité et risque moral *ex post* en assurance maladie », *Revue française d'économie*, n°2, Vol 18, pp. 165-197.

Bardey D., Lesur R. (2006), « Optimal regulation of health system with induced demand and *ex post* moral hazard », *Annales d'économie et de statistique*, n° 83-84, pp. 279-293.

Batifoulier P. (2013) « Faire payer le patient : une politique absurde », *Revue du Mauss*, n°41, pp.71-86

Batifoulier P., Braddock L., Latsis J. (2013), « The health basket : from arbitrariness to societal values », *Journal of Institutional Economics*, Vol.9, n°1, pp 61-80.

Batifoulier P., Domin J.P., Gadreau M. (2011) « Market empowerment of the patient: the French experience », *Review of social economy*, Vol. 69, n°2, pp. 143-162.

Batifoulier P., Gadreau M. (2006), « Comportement du médecin et politique économique. Quelle rationalité pour quelle éthique ? », *Journal d'Économie Médicale*, volume 24, n°5, pp. 229-239.

BEH Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (2011), « Numéro thématique - Les inégalités sociales de santé », Mars.

Blomqvist, A. (2001), « Does the economics of moral hazard need to be revisited? A comment on the paper by John Nyman », *Journal of health economics*, n°20, pp. 283-288.

Caussat L., Raynaud, D. (2005), « La régulation de la demande de soins : le rôle de l'assurance maladie dans la formation de la consommation des biens et services de santé », *Revue d'économie financière*, n°76, pp. 129-152.

Chambaretaud S., Hartmann L. (2009), « Participation financière des patients et mécanismes de protection en Europe », *Pratique et organisation des soins*, Vol.40, n°1, Janvier-Mars, pp. 31-38.

Chandra A., Gruber J., McKnight R. (2010), « Patient Cost-Sharing and Hospitalization Offsets in the Elderly », *American Economic Review*, 100:1, pp. 193-213.

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*, vol. 42, pp. 499-511.

Commonwealth Fund, (2010), *2010 International Health Policy Survey in Eleven Countries*, Chartpack, Commonwealth Fund.

Davis, J., McMaster R. (2007), « The individual in mainstream health economics: a case of *persona non-grata* », *Health care analysis*, n°15, pp. 195-210.

- De Jaegher K., Jegers M. (2000), « A model of physician behaviour with demand inducement », *Journal of health economics*, n° 19, pp. 231-258.
- Dembe, A. E., Boden L. I. (2000), « Moral Hazard: A Question of Morality? », *New Solutions*, 10(3), pp. 257-279.
- Devaux M., de Looper M. (2012), « *Income-related inequalities in health service utilization in 19 OCDE countries, 2008-09* », OECD Health Working Paper n° 58.
- Devaux M., Jusot F., Trannoy A., Tubeuf S. (2008), « La santé des seniors selon leur origine sociale et la longévité de leurs parents », *Economie et Statistique*, 411, pp. 25-46.
- Dourgnon P., Jusot F., Fantin R. (2012), « Payer peut nuire à votre santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé », DT IRDES, n° 47 Avril.
- Eichner M. J. (1998), « The demand for medical care: What people pay does matter », *American Economic Review*, vol. 88(2), pp. 117-121.
- Finkelstein A, Taubman S, Wright B, et al. (2011) « The Oregon health insurance experiment: evidence from the first year », *NBER Working Paper n°17190*, July.
- 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*, August 47(3), pp. 347-354.
- Geoffard, P-Y. (2000), « Dépenses de santé : l'hypothèse d'aléa moral », *Économie et prévision*, n°142, pp. 123-135.
- Gladwell M. (2005), « The Moral-Hazard Myth », *The New Yorker*, August 29.
- Goldman D., Joyce G., Karaka-Mandic P. (2006), « Cutting Drug Co-Payments for Sicker Patients on Cholesterol-Lowering Drugs Could Save a Billion Dollars Every Year », *Rand research brief*, http://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9169.html
- Gross T., Notowidigdo M. (2011), « Health Insurance and the Consumer Bankruptcy Decision: Evidence from the Expansion of Medicaid » *Journal of Public Economics*, Volume 95, Issues 7-8, August, pp. 767-778.
- Jusot F., Tubeuf S., Trannoy A. (2009), « Tel père, tel fils : l'influence de l'origine sociale et familiale sur la santé des descendants en Europe », *Retraite et Société*, 58, 2, pp. 63-85.
- Kambia-Chopin B., Perronnin M. (2010), « Les franchises ont-elles modifié les comportements d'achats de médicaments ? », *Questions d'économie de la santé*, Irdes, n° 158 <http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes158.pdf>
- Kan M., Suzuki W. (2006): « The demand for medical care in Japan: initial findings from a Japanese natural experiment », *Applied Economics Letters*, vol. 13(5), pp. 273-277.
- Laffont J.J. (1998), « Le risque comme donnée économique », in Ewald F., Lorenzi J.H. (Éd), *Encyclopédie de l'assurance*, Economica, pp. 1492.
- Le Pen C. (2002), « Point de vue : Pour en finir avec le hasard moral », *Lettre du collège des économistes de la santé*, mars, n°1.
- Le Pen C. (2009), « Patient ou personne malade ? Les nouvelles figures du consommateur de soins », *Revue économique*, 2, Vol. 60, pp. 257-271.
- Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski, M. Lang, T. (2000), *Les Inégalités Sociales de Santé*, La Découverte/INSERM, Paris
- Leonard C., Stordeur S., Robertfroid D. (2009), « Association between physician density and health care consumption: a systematic review of the evidence », *Health Policy*, 91, pp. 121-134.

- Manning W.G., Newhouse J.P., Nairn D., Keeler E.B., Leibowitz A., Marquis, M.S. (1987), « Health insurance and the demand for medical care: evidence from randomized experiment », *American economic review*, n°77, pp. 251-277.
- McGlynn E. (1998), « Assessing the Appropriateness of Care: How Much Is Too Much? » Rand research brief 4522 http://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB4522.
- Newhouse J., Allen H., Baicker K. and the Oregon Health Study Group (2012), « The Oregon Health Insurance Experiment: Evidence from the First Year », *Quarterly Journal of Economics*, 127, n°3, pp. 1057-1106.
- Newhouse J.P. (1993), *Free for all? Lessons from the Rand Health Insurance experiment*, Harvard University Press.
- Nyman J., (1999a), « The economics of moral hazard revisited », *Journal of health economics*, n°18, pp. 811-824
- Nyman J., (1999b), « The value of health insurance: the access motive », *Journal of health economics*, n°18, pp. 141-152.
- Nyman J., (2007), « American health policy: cracks in the foundation », *Journal of health politics, Policy and Law*, Vol. 32, n 5, pp.759-783.
- Nyman J., (), « Health insurance theory: the case of the missing welfare gain », *European Journal of health economics*, n 9, pp.369-380.
- OCDE (2011) *Panorama de la santé*, <http://www.oecd.org/fr/sante/politiquesetdonneesurlasante/49105873.pdf>
- Or Z., Jusot F., Yilmaz E. et al (2009), « Inégalités sociales de recours aux soins en Europe: Quel rôle pour le système de soins ? », *Revue Economique*, 60, 2, pp. 521-543.
- Pauly M. (1968), « The economics of moral hazard. Comment », *American economic review*, n°58, pp. 531-537.
- Perronnin M., Pierre A., Rochereau T. (2011), « La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès », *Questions d'économie de la santé, IRDES* n° 161.
- Pichetti S., Sermet C (2011) « Le déremboursement des médicaments en France entre 2002 et 2011 : éléments d'évaluation », *Questions d'économie de la santé, IRDES*, n ° 167, juillet-août.
- Pierre A., Gosselin A., Perronnin M., Franc C. (2012), « Impact d'une sur assurance santé sur le reste à charge des patients », *Economie publique*, n° 28-29 pp.149-164.
- Polton D., Rochaix L. (2004), « Partage optimal entre assurance maladie privée et publique : la situation française au regard d'expériences étrangères », *Économie publique*, vol. 14, n° 12, pp. 7-23.
- Quesnel-Vallée A. (2004), « Is it really worse to have public health insurance than to have non insurance at all ? health insurance and adult health in the United States », *Journal of health and social behavior*, Vol. 45, December, pp 376-392.
- Quesnel-Vallée A., Renahy E., Jenkins T., Cerigo H (2012), « Assessing barriers to health insurance and threats to equity in comparative perspective : the health insurance access database », *BMC, health services research*, Vol. 12, n°107, pp 1-12.
- Rice T. (1983), « The impact of changing medicare reimbursement rates on physician-induced demand », *Medical care*, Vol. 21, n° 8, pp. 803-815.
- Rochaix, L., Jacobzone, S., (1997), « L'hypothèse de demande induite : un bilan économique », *Economie et prévision*, n°129-130, pp. 25-36.
- Roemer, M.I. (1993), « National health systems throughout the World », *Annual Review of Public Health*, 14, pp. 335-353.

- Rowell D., L. B. Connelly (2012), « A History of the Term "Moral Hazard" », *The Journal of Risk and Insurance*, Vol. 79, n°4, pp. 1051-1075.
- Saint-Paul, G., (2012), *Réflexions sur l'organisation du système de santé*, Rapport pour le Conseil d'analyse économique, n° 103, La documentation Française
- Saliba B., Ventelou B. (2006), « Complementary health insurance in France. Who pays? Why? Who will suffer from public disengagement? », *Health policy*, Vol. 81, pp. 166-182.
- Schoen C., Osborn R., Squires D., Doty M. et al., (2010), « How Health Insurance Design Affects Access to Care and Costs, by Income, in Eleven Countries », *Health Affairs*, December 2010, 29 :12, pp. 2323-2334.
- Tamblyn R., Laprise R., Hanley J., Abrahamowicz M. et al (2001), « Adverse events associated with prescription drug cost –sharing among poor and elderly person » , *Journal of the American Medical Association*, Vol. 285, January, 24-31, pp. 421-429.
- Trivedi A., Mooloo H., Mor V (2010), « Increased Ambulatory Care Copayments and Hospitalizations among the Elderly », *New England Journal of Medicine*, January, 28 362, pp. 320-328.
- Van Vliet R. (2004), « Deductibles and Health Care Expenditures: Empirical Estimates of Price Sensitivity Based on Administrative Data », *International Journal of Health Care Finance and Economics*, Vol. 4(4), pp. 283-305.
- Wagstaff, A., Van Doorslaer E. (2000), « Equity in health care finance and delivery », in Culyer, A., Newhouse, J. (eds.), *Handbook of health economics*, vol. 1B, Chap. 34, North Holland, pp. 1803-1862.
- Wilkinson R. (2010), *L'égalité, c'est la santé*, Desmopolis, Paris, traduction de *The impact of inequality, how to make sick societies healthier*, 2005, The New Press.
- Williams J. M. (2009) « Health consequence of uninsurance among adults in the United States: recent evidence and implications », *The Milbank Quarterly*, Vol. 87, n°. 2, pp. 443–494.